

PARLEMENT

**Comment le PLFSS
aurait pu changer**

SOINS

La quête d'efficience



HARRIS VS TRUMP

**QUEL PROJET SANTÉ/SOCIAL
POUR LES USA ?**



**« Notre travail est reconnu »
Pr LIONEL COLLET (HAS)**

On s'engage pour celles et ceux qui s'engagent.

Sylvie, Stéphane, Zora...

Ils sont tous agents du service public, tous engagés pour l'intérêt des autres.

Chez MGEN, on s'engage à leurs côtés en les accompagnant globalement, de la prévention des risques pour leur santé physique et mentale à leur prise en charge en établissement de santé MGEN, en passant par le remboursement de leurs frais médicaux.

MGEN. Première mutuelle des agents du service public
On s'engage mutuellement



MGEN, membre du groupe VYV, est une mutuelle régie par le Code de la mutualité et la première mutuelle en cotisations individuelles. Classement Argus de l'assurance oct. 2023. © Illustration : Camilo Huinca

ÉDITO

Pascal Beau



La bataille du sucre



Tout le monde aura compris que réaliser des économies dans les dépenses publiques et sociales, où, *a contrario*, quêter de nouvelles recettes, s'apparente pour le gouvernement à un véritable parcours du combattant où l'on reçoit davantage de coups que l'on en donne. Ce cru 2025 est de ce point de vue, un des pires moments budgétaires de ces dernières années. Quoi que dise ou fasse l'équipe de Michel Barnier, avec des bonnes ou de moins bonnes idées, tout le monde lui tombe sur le râble.

Dernièrement, la piste d'une hausse des taxes sur le sucre, et par là même sur une part significative de l'alimentation transformée, a fait hurler les industriels au motif qu'ils ne sont pas responsables du déficit de la Sécurité sociale. Dans l'immédiat, peut-être. Sur la durée, ils endossent une part de responsabilité. En promouvant à l'excès ce qui relève de la « malbouffe ». Tout cela est su, documenté, répété. Les conséquences sont également connues. Elles ravagent une partie de la population *via* une poussée sans précédent de l'excès de poids si ce n'est de l'obésité. Et par-delà, une atteinte profonde à ce qui permet une qualité de vie et de bien-être des personnes. Que faire alors ? Taxer plus pour dénicher quelques sous pour moins déséquilibrer les comptes de l'Assurance Maladie. Pourquoi pas, mais l'enjeu exige d'adopter une approche plus large. C'est toute une conception de notre façon de nous alimenter qu'il convient de revoir. Et par là même, une partie de nos modes de vie.

L'industrie agroalimentaire est évidemment utile, mais elle doit révolutionner ses pratiques en arrêtant, pour une partie de ses acteurs, de « carburer » aux produits ultra-transformés. On peut manger sain, tout en privilégiant des circuits courts, et pour pas forcément plus cher. Nos territoires sont moteurs sur ces sujets. On ne peut également mettre de côté la nécessité d'éduquer les consommateurs que nous sommes. Et ce, dès le plus jeune âge dans le cadre scolaire. Autres idées à pousser : mettre le paquet sur l'information, en rendant obligatoire le Nutri-Score ou en interdisant certaines publicités nocives sur les écrans comme dans certains pays.

Notre politique de santé publique est trop *soft*, trop subtile pour convaincre au-delà des couches sociales déjà acquises aux efforts de prévention. Là se niche nos marges de progrès. Mais, en avons-nous la réelle volonté ? ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÈNEMENT

- Duel Harris/Trump : deux visions pour une Amérique.
- « L'élection 2024 est spéciale », entretien avec **Élisa Chelle**, professeure de science politique à l'Université Paris Nanterre.

11 - SÉQUENCES

11 • Sécu
PLFSS : ce que les députés ont voulu changer.

13 • Santé
« Nos missions n'ont cessé d'évoluer », entretien avec le **Pr Lionel Collet**, président de la HAS.

14 • Analyse
Système de soins : le défi de l'efficace.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 60 000 €
RCSParis B 480 706 159
(2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction : Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 440 € TTC.
- Individuel : 240 € TTC.
- Association : 340 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International Famille - Action sociale : Alexandre Beau, a.beau@espace-social.com
Prévoyance complémentaire : Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast : Gladys De Micheli, g.demicheli@espace-social.com
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Shutterstock

IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

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

CADES, L'HISTOIRE SANS FIN?



Passé inaperçu, le rapport de la mission d'information sur la Cades, rédigé par les deux députés **Hadrien Clouet** (LFI) et **Stéphanie Rist** (Renaissance), ancienne rapporteure générale du PLFSS, a été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 4 octobre dernier. Attendu à la mi-juillet, les auteurs ont sagement reporté la présentation afin de tenir compte des éléments du PLFSS 2025 et de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de fin septembre.

Qu'apprend-on de nouveau sur notre fameuse caisse d'amortissement de la dette sociale ? Les péripéties de celle-ci furent, depuis 1996, celle d'une fuite en avant perpétuelle de report d'échéances au gré des déficits non traités sur 33 ans (date du dernier déficit non compensé) pour un montant total de 397 Mds €. Fin 2024, il faudra encore apurer quelque 137 Mds €. Suite à une loi de financement rectificative intervenue en juillet 2020, il était prévu que la Cades reprendrait 136 Mds € de dette du régime général, incluant 13 Mds € de dette hospitalière. Le reste, soit 123 Mds €, correspondait à une dette ancienne non apurée et une projection de dette nouvelle permettant, enfin, d'espérer son extinction en 2032 ou 2033. Horreur ! les déficits perdurent et s'amplifient. Fin 2024, au mieux, ce serait encore 90 à 100 Mds € de dette accumulée non prévue.

Que faire alors ? Les deux rapporteurs évoquent sans trancher trois pistes d'action pour le gouvernement :

- Une hausse de la CSG de 1 % soit 17,5 Mds €, ce qui, en 2029 (date limite du retour à la règle des 3 % de déficit public du pays), rééquilibrerait les comptes. À condition de conserver la hausse dans la durée.
- Une logique d'économie de dépenses de l'ordre de 20 à 25 Mds € sur les régimes de base, notamment sur l'Assurance Maladie. Et ce progressivement. Une voie d'action néanmoins non documentée.
- Un mixte des deux actions.

Quelle suite à ce rapport ? Aucune à ce jour, évidemment. Sachant qu'en ne faisant rien, l'Urssaf caisse nationale devra emprunter chaque année 20 Mds € supplémentaire pour assurer la trésorerie de la Sécu... donc 65 Mds € en 2025, 85 en 2026 et ainsi de suite... On est mal patron ! ■

> Doctolib avance!

Jean-Urbain Hubau, DG de Doctolib France, précise les projets de sa société en matière d'IA (Intelligence Artificielle) avec la création d'une fonction d'assistant de consultation testée prochainement dans 20 cabinets de médecins libéraux. Par ailleurs, Doctolib indique vouloir améliorer la messagerie sécurisée patients disponible sur téléphone mobile. D'autres fonctionnalités se font jour comme **Doctolib Siilo** (favorisant le dialogue entre praticiens), le gestionnaire de tâches dit « intelligent », la connexion aux dispositifs médicaux et le module de prévention (patients chroniques).



À NOTER



Biosimilaires, après des péripéties, le droit pour le pharmacien d'officine de substituer devrait normalement démarrer en 2025. Les organisations de professionnels plaident pour une formation *ad hoc*.

• **Emploi des séniors, vers un déblocage des négociations ?** Le patronat accepte d'ouvrir le droit à la retraite progressive dès 60 ans et non plus 62 ans.

• **Faute de résultats probants, la conférence des doyens de faculté de médecine prône la création d'un service civique obligatoire d'un an pour les jeunes médecins fraîchement diplômés dans les déserts médicaux.** Une idée courageuse, mais contestée par les organisations d'internes, sans surprise.

• **Vers un plafonnement des honoraires d'intérim pour les paramédicaux ?** À l'instar des médecins, infirmiers et aides-soignants sont visés pour une mesure applicable en juillet 2025.

• **Promesse faite et tenue en 2026 pour la mise en place de la réforme de la retraite des exploitants agricoles améliorant le calcul des pensions.**

• **Fauteuils roulants et prothèses capillaires en cheveux naturels devraient en 2025 voir leurs prises en charge inscrites dans le panier des soins prothétiques à 100 %.**

ILS ONT DIT

« Le déficit de l'Assurance Maladie est significatif et ne va pas s'arranger même si selon les prévisions, il est stable. Une réduction des dépenses sans réformes structurelles ne ferait que mettre à la poubelle l'efficacité des soins. Si nous parvenons à débiter des réformes, nous pouvons faire beaucoup de choses. La prévention reste quelque chose de fondamental. Existe deux sujets majeurs : l'infongibilité des enveloppes en particulier entre l'hospitalier et le médico-social. Ensuite la qualité des soins ». **Yannick Neuder, rapporteur général du PLFSS dans Avenir et Santé, octobre 2024.**



« Les entreprises comme Coca-Cola et Nestlé vendent des quantités énormes de produits à des prix relativement bas et cela est un excellent business comme en témoigne la hausse continue de leurs profits. Le problème est que les prix pratiqués ne reflètent jamais les conséquences sanitaires que la société paie du fait de leur surconsommation ». **Nathalie Mathieu-Bolh, professeur d'économie aux États-Unis (Université du Vermont) citée par Challenges.**



« La réforme du métier d'infirmier (promise par le gouvernement) est indispensable pour transformer les soins à domicile et générer des économies précieuses en réduisant le recours à l'hôpital, en évitant les ré-hospitalisations et les complications grâce à la prévention. Notre pays ne peut pas perdre la course contre la montre à laquelle nous devons nous livrer dans l'organisation des soins ». **Daniel Guillerm, président de la FNI (Fédération nationale des infirmiers).**



> Vague Wegovy ?



Il paraît qu'aux États-Unis le niveau d'obésité dans la population recule un peu grâce aux médicaments du laboratoire danois Novo Nordisk (Ozempic et surtout Wegovy) mis sur le marché nord-américain. Wegovy serait aussi plus efficace, car deux fois plus dosé que le premier produit. Reste le cas français, et européen, où la campagne indirecte de promotion bat son plein. Quelle décision à venir pour les autorités sanitaires ? À commencer par la HAS et le ministère de la Santé. Entre-temps, la valorisation de Novo Nordisk dépasse désormais le niveau du PIB danois, soit plus de 360 Mds € !

> TMS sous déclarés

Selon Santé Publique France, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont « sous-déclarés » à hauteur de 50 à 75 % du nombre de cas réels constatés après enquêtes de terrain. En cause les atteintes au rachis lombaire, épaules, coudes, syndrome du canal carpien, etc. Déficiences d'information des travailleurs, de formation et de sensibilisation des médecins, procédures de déclaration des maladies professionnelles trop complexes sont pointés. ■



LES CHIFFRES

4,36 millions

de bénéficiaires de minima sociaux en 2023 selon la Drees (+0,5 % sur un an).

6,9 %

de baisse du taux de pauvreté (14,4 % au final) permis par la redistribution publique et sociale.

1557 €

de coût « caché » de la santé selon France Assos Santé.

6 %

du PIB (ou presque) de niveau du déficit de la France en 2029 selon le FMI qui ne croit pas aux plans de redressement des comptes publics du pays.

6 Mds €

a minima de recul d'excédents pour l'Assurance chômage d'ici 2027 soit un report de l'équilibre technique du régime national.

72 %

des actifs déclarent méconnaître leurs droits et le niveau de leur future retraite (enquête Altaprofits).

43,6 Mds €

de dépenses sociales « nettes » des départements en 2023 selon l'Odas (+5,2 % sur un an).

40 années

« d'avance sur la France », selon les experts, s'agissant de la prise en charge de l'autisme en Belgique.



Duel Harris/Trump : deux visions pour une Amérique

Sauf capharnaüm électoral, nous saurons dans quelques jours qui sera le 47^e président des États-Unis d'Amérique. Le suspense est total quant à l'issue du scrutin. Dans ce cadre, et même si elles ont été peu reprises dans les médias européens, les questions sanitaires et sociales font l'objet d'une forte opposition entre les représentants des camps Démocrate et Républicain.

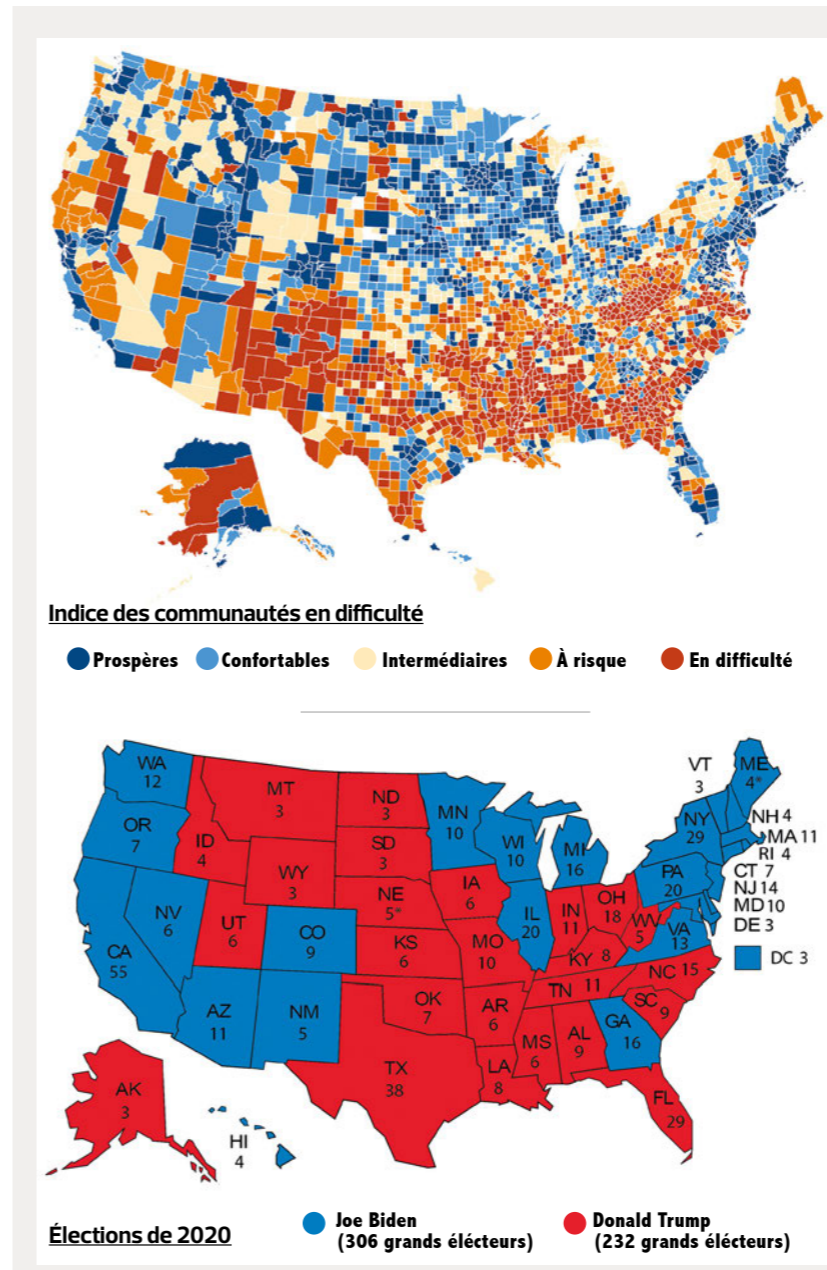
Le 5 novembre, les yeux du monde entier seront tournés une fois de plus sur les États-Unis d'Amérique. Alors que le dénouement approche à grands pas, il est toujours aussi intéressant de constater que le duel qui s'annonce entre Kamala Harris et Donald Trump fascine autant qu'il inquiète. Car au moment de se pencher sur le contenu des projets portés par les deux candidats, on ne peut s'empêcher de remarquer à quel point les réalités du modèle social américain semblent si éloignées des nôtres. Et si de ce côté de l'Atlantique, les médias se concentrent principalement sur les questions internationales et économiques, les thématiques sanitaires et sociales sont au cœur de l'agenda électoral comme l'indiquait d'ailleurs un récent sondage de l'institut Pew Research Center qui plaçait la santé comme deuxième sujet de préoccupation des électeurs. 65 % d'entre eux le considérant même comme un élément de décision important au moment

de choisir leur candidat. Cela tombe plutôt bien, car les programmes portés par les représentants des camps Républicain et Démocrate sont opposés sur bon nombre de sujets. D'abord sur la forme, par la densité des programmes officiels : 16 pages pour Trump contre 82 pour Harris ! Une revue de ceux-ci s'impose donc.

Santé, une question prioritairement financière

À commencer par les questions sanitaires. Comme indiqué précédemment, les électeurs attendent des candidats qu'ils s'emparent de ces sujets. Un enjeu majeur pour un pays faisant face à de sérieux défis de santé publique et d'accès aux soins (cf. encadré 2). Et, de façon assez surprenante, le thème de la santé n'est pas l'épicentre des oppositions entre Harris et Trump. À commencer par l'Obamacare. Il faut dire que 14 ans après son lancement, la réforme de l'accès à une couverture

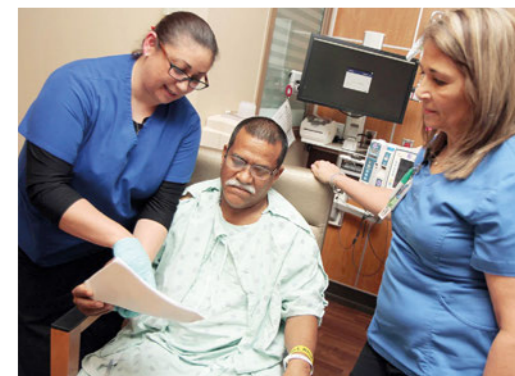
santé fait que désormais seuls 8 % des Américains en sont dépourvus (contre près de 17-18 % en 2010). Malgré tout, des problématiques restent en suspens : qualité des couvertures souscrites, maintien des barrières financières (franchises, tickets modérateurs...) à l'accès aux soins, et ce, sans oublier le reste à charge final des assurés qui reste conséquent dans une majorité des cas. Dans ce contexte, la question financière est incontournable à l'heure où 41 millions d'Américains seraient endettés à hauteur de 220 Mds \$ pour les seuls frais médicaux ! Kamala Harris propose de travailler main dans la main avec les États et les municipalités afin d'éponger la dette de 3 millions d'entre eux à hauteur de 7 Mds \$. De même, en vue de lutter contre la dérive des tarifs des assureurs, elle entend étendre et pérenniser le mécanisme de crédit d'impôt mis en place en vue d'inciter les usagers à souscrire à une assurance privée. La couverture universelle Medicare,



COMPRENDRE LA CARTE ÉLECTORALE AMÉRICAINE PAR LE BIAIS DES INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES

À l'heure de se pencher sur l'analyse des électorats démocrates et républicains, il devient de plus en plus difficile de faire fi des disparités de dynamiques économiques des 50 États américains. Les cartes, ci-contre, en sont une parfaite illustration. Il semble essentiel de s'attarder sur celle portant sur l'indice des communautés en difficulté qui combine sept indicateurs complémentaires du bien-être économique (la pauvreté, l'éducation, le chômage, les postes vacants, les revenus, les emplois et l'état des entreprises locales) en une seule unité de mesure. Plus la couleur tend vers le bleu, plus leur situation est prospère. À l'inverse, plus cela tend vers le rouge plus on fait face à une situation de réelle détresse.

Superposé avec la carte électorale de l'élection présidentielle de 2020, un constat s'impose : à l'instar du paysage politique, les oppositions entre États côtiers et centraux, ainsi qu'entre les grandes villes et les milieux ruraux démontrent que deux Amériques co-existent. Une réalité qui semble plus prégnante que jamais, et ce, malgré les tentatives de réduction de ces fractures portées par les réformes sociales déployées notamment par les administrations Clinton et Obama. Au dire des avis experts (cf. ESE 1182), elles auront davantage participé à freiner des dynamiques d'inégalités, financières et sanitaires principalement, qu'elles ne les auront réellement stoppées. Il faut dire que les derniers présidents républicains, à l'image de Donald Trump, ont tout fait pour en limiter leur portée. À l'image des coupes budgétaires de plusieurs milliards de dollars imposées au Medicaid durant son mandat. ■



couvrant 99 % des plus de 65 ans, serait quant à elle renforcée notamment dans l'objectif de réduire les restes à charge et de mieux couvrir les frais médicaux dans le cadre de soins à domicile. En parallèle, la candidate Démocrate a indiqué vouloir s'attaquer aux difficultés d'accès financier à certains traitements médicamenteux. Face à la hausse des prix, elle ambitionne de rehausser le plafond de remboursement d'insulines pris en charge par les assureurs privés et le Medicare ainsi que de revoir la chaîne d'approvisionnement en vue de réduire l'influence qu'ont les intermédiaires pharmaceutiques sur le prix des traitements. Du côté de Donald Trump, les annonces sont moins détaillées. L'ex-président annonce toutefois vouloir mener une réforme globale du système de couverture santé promouvant une accentuation de la concurrence entre

assureurs, en vue de faire baisser le niveau des primes, et un renforcement des niveaux de couvertures proposés principalement sur le poste médicaments. Concernant le Medicare, son accès pourrait être restreint uniquement aux citoyens américains. Des mesures sur la prévention des pathologies chroniques et de la perte d'autonomie sont également annoncées dans le programme du candidat, mais sans plus de précision.

La famille au centre des débats

L'émergence du sujet famille est la grande nouveauté de cette élection. Historiquement reléguée au second plan, il occupe désormais une réelle prépondérance dans les débats opposant les deux candidats. Un intérêt relancé principalement par Kamala Harris qui a fait de la petite enfance un thème

phare de ce rendez-vous électoral. Loin du modèle français, la question de la prise en charge des enfants est davantage vue par le prisme économique aux USA. Ainsi, un crédit d'impôt de 2 000 \$ est accordé à chaque famille pour chaque enfant jusqu'à ses 17 ans, quel que soit son niveau de revenu. La candidate démocrate veut revoir ce niveau de montants en proposant



Principaux indicateurs (source OCDE 2024)	USA	FRANCE
Population se déclarant en mauvaise santé (% des + 15 ans)	3,1%	8,9%
Espérance de vie	76,4 ans	82,4 ans
Prévalence du diabète (% adultes)	10,7%	5,3%
% Fumeurs quotidiens (population des + 15 ans)	8,8%	25,3%
Alcool - litres consommés par personne (population des + 15 ans)	9,5 L	10,5 L
Obésité - % population avec IMC > 30 (population des + 15 ans)	33,5%	14,4%
Population couverte pour une assurance santé de base (en %)	91,3%	99,9%
Reste à charge moyen des ménages (en € / habitant)	830 €	380 €
Médecins (pour 1 000 habitants)	2,7	3,2
Nombre de consultations médicales en présentiel (par habitant)	3,4	5,5
Infirmiers (pour 1 000 habitants)	12,0	9,7
Lits hospitaliers (pour 1 000 habitants)	2,8	5,7
Proportion des 65 ans et plus à recourir à des soins de longue durée	1,7%	9,7%
Part de PIB consacré aux dépenses de santé (en %)	16,6%	12,1%

**FRANCE CONTRE
ÉTATS-UNIS, UN
DUEL PLEIN DE
CONTRADICTIONS**



La lecture des 13 indicateurs retenus dans le cadre de ce comparatif « États-Unis vs France » doit faire lever plus d'un sourcil aux observateurs du notre système sanitaire. Tout du moins de la perception qu'on peut en avoir. Si l'un d'entre eux nous distingue bien des Américains, il s'agirait de celui portant sur la perception de l'état de santé de la population âgée de plus de 15 ans. En France, près de 9 % des personnes déclarent être en mauvais état de santé. Le chiffre est divisé par trois outre-Atlantique. Le hic est qu'à la vue des agrégats présentés ci-contre, le rapport devrait globalement être inversé. Que ce soient sur l'espérance de vie, la progression des pathologies chroniques, la densité de médecins, le nombre de lits hospitaliers, ou bien le reste à charge des ménages, le comparatif tend à démontrer un système de santé plus « performant ».

Y compris, notre prise en charge médicale de nos aînés semble également meilleure. Tout du moins d'un point de vue statistique. Certes, et il ne faut pas minorer ces données de prévention, les résultats obtenus en matière de consommation de tabac (notre pays étant historiquement un très mauvais élève en la matière) et d'alcool sont meilleurs aux USA. Toutefois sur la question de l'obésité, et ce même notre situation se dégrade progressivement, il n'y a clairement pas « match » entre nos deux pays. Et pourtant, au bout du bout, la perception globale des usagers français est que notre système sanitaire est dans un plus mauvais état que celui de nos amis d'Amérique. Voilà bien une pathologie chronique sur laquelle on pourrait ravir la première place mondiale! ■

6 000 \$ pour les nouveau-nés, 3 600 \$ pour les enfants entre 1 et 5 ans et 3 000 \$ entre 5 et 17 ans. De façon surprenante, Donald Trump a repris cette idée en promettant de rehausser le montant du crédit d'impôt à 5 000 \$ par enfant jusqu'à ses 18 ans. Toutefois, il a précisé que cette réforme se ferait uniquement si un modèle de financement viable est trouvé pour une opération dont le coût annuel se chiffrerait entre 200 et 300 Mds \$ là où la proposition démocrate porterait sur 120 Mds \$.

L'autre sujet de politique familiale qui clive les deux candidats est celui de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le renversement par la Cour suprême en juin 2022 de l'arrêt *Roe vs Wade*, aboutissant à ce que « les représentants du peuple dans les États sont désormais libres de définir la politique relative à l'avortement dans leur juridiction », a provoqué de vives secousses dans l'opinion publique américaine. Deux ans plus tard, le sujet continue d'aviver les tensions entre les deux camps. Pour le



candidat Républicain, les positions sont parfois confuses (cf. p. 9). Kamala Harris a de son côté indiqué son ambition de faire revenir le droit à l'avortement à l'échelon fédéral. Problème, six des neuf juges suprêmes sont Républicains à tendance conservatrice et leur « mise à la retraite » n'est pas attendue à court terme

And the winner will be ...

Prudence est de rigueur au moment de se lancer au jeu des pronostics. Comme souvent, les fameux « swing states » vont probablement déterminer l'issue de ce scrutin. Quoiqu'il en soit, le match Harris/Trump aura rajouté une pierre de plus à l'édifice de l'éternel débat sur le rôle de l'État outre-Atlantique en matière de questions économiques et sociales. Si Donald Trump s'inscrit grosso modo dans la continuité de sa ligne politique des dernières élections, Kamala Harris prend le pari de se tourner davantage vers la gauche de l'électorat démocrate. Son programme ayant même été qualifié de « populiste » par le très sérieux *Washington Post*, un quotidien de centre gauche pour le lectorat américain. C'est à se demander ce qu'ils doivent penser des modèles sociaux européens, français en tête. En attendant, les choses s'apprennent à bouger sérieusement. Mais dans quel sens ?

■ Alexandre Beau

« L'élection 2024 est spéciale »

Entretien avec **Élisa Chelle**, professeure de science politique à l'Université Paris Nanterre et membre de l'Institut universitaire de France, spécialiste des politiques de santé et des élections aux États-Unis. Elle est l'auteure de *Comprendre la politique de santé aux États-Unis* (Hygée, 2019) et vient de publier *Une démocratie ébranlée* (Politique américaine, n° 42, 2024).

Les questions de santé sont-elles au cœur des préoccupations des électeurs américains ?

La santé reste un sujet qui préoccupe beaucoup les Américains, même si l'économie et la démocratie sont souvent au premier plan. Dans cette campagne, les « droits reproductifs » comme l'avortement et la fécondation *in vitro* attirent particulièrement l'attention. Ces questions sont délicates parce qu'elles rencontrent une forte opposition de la part des milieux religieux conservateurs, qui sont des électeurs clés pour les Républicains. Cette division n'est pas nouvelle, mais l'élection de 2024 est spéciale parce que c'est la première présidentielle depuis que la Cour suprême a remis en question la protection fédérale de l'avortement en juin 2022, laissant chaque État décider. En plus du vote présidentiel, dix États vont se prononcer le 5 novembre sur des référendums locaux pour soit protéger soit restreindre l'accès à l'avortement. D'autres sujets de santé sont aussi sur la table. Les classes moyennes s'inquiètent du coût des médicaments, de la crise des opioïdes, et de l'assurance santé comme Obamacare, Medicare et Medicaid. Les Démocrates progressistes insistent sur l'importance de ne pas discriminer les personnes transgenres dans l'accès aux soins. Un point très controversé est le financement public pour la transition de genre des mineurs.



L'Obamacare est-il encore un sujet de débat ?

Rappelons qu'en 2016, Donald Trump avait promis de supprimer l'Obamacare. Il a essayé de le faire en 2017, mais sans succès. Cette fois-ci, l'Obamacare n'est pas au centre des discussions. En novembre 2023, Trump a posté sur Truth Social qu'il cherchait des alternatives moins coûteuses. Lors de son débat avec Kamala Harris, il a mentionné avoir une « idée de projet » pour remplacer cette loi, mais sans plus de détail. De son côté, Kamala Harris a souligné son soutien à l'Obamacare, qui couvre maintenant 45 millions d'Américains, dont 5 millions de nouveaux assurés cette année. L'administration Biden a temporairement élargi l'éligibilité, et Harris veut rendre cette extension permanente.

Quid des questions de santé des femmes ? On a du mal à comprendre quelles sont les positions du candidat républicain sur ce sujet.

Donald Trump a eu des positions assez contradictoires sur l'avortement. En 2016, il attaquait Hillary Clinton en disant qu'elle permettait « d'arracher le bébé de l'utérus jusqu'au jour de la naissance ». Il a répété cette accusation contre Kamala Harris. Pourtant, il a aussi dit qu'il était d'accord pour autoriser l'avortement jusqu'à 15 ou 16 semaines. Il avait même critiqué le délai de 6 semaines proposé en Floride comme étant trop court, avant de revenir sur ses propos sous la pression des conservateurs radicaux. Trump s'est aussi montré favorable au financement fédéral de la fécondation *in vitro*, ce qui est assez atypique pour un Républicain.

Ces changements de position sont surtout stratégiques. Les élections de mi-mandat en novembre 2022 ont montré que même des États Républicains pouvaient soutenir le droit à l'avortement. Les femmes, y compris celles du Parti Républicain, se mobilisent pour protéger leur santé. Depuis 2022, la restriction de l'accès à l'avortement dans un tiers des États américains a entraîné des complications de santé et des coûts supplémentaires pour les femmes. Le droit à l'avortement est la priorité numéro un pour les électrices de moins de 45 ans. C'est pourquoi Trump et son colistier J.D. Vance préfèrent maintenant rester prudents et dire que chaque État pourra décider.

■ Alexandre Beau

Militantes défendant le droit à l'avortement et militant anti-avortement manifestant devant une clinique.



► DÉBAT BUDGÉTAIRE

PLFSS : ce que les députés ont voulu changer

Alors que le PLFSS 2025 est examiné en séance publique depuis le 28 octobre dernier, ESE fait le point sur le débat et les amendements qui ont été portés par les députés en commission et en séance publique.



Malgré le contexte politique compliqué, le PLFSS poursuit son traditionnel marathon législatif de l'automne. La prochaine étape décisive, le vote en séance publique, est prévue le 5 novembre prochain. À condition que le gouvernement ne dégage pas l'article 49-3, le recours à ce dernier pour l'ensemble du budget ayant été validé en Conseil des ministres à titre « préventif ». Malgré cette épée de Damoclès, les débats en commission des Affaires sociales ont été très riches, sans pour autant mener à l'adoption du texte. Frédéric Valletoux (Horizons), président de l'instance parlementaire, a ainsi salué « des travaux malgré tout constructifs même s'ils nous conduisent à un résultat qui n'est pas satisfaisant ». Lors de cette première phase d'examen, les députés avaient notamment supprimé l'article 6, portant sur la refonte du

système d'allègements des cotisations patronales. Une vague d'amendements a également été déposée en ce sens lors de la séance publique, par les élus de tous bords. Pour rappel, le projet du gouvernement vise à intensifier les allègements sur les niveaux de rémunération compris entre 1,3 et 1,9 SMIC. Des discussions devaient être conduites avec la ministre du Travail, Astrid Panosyan-Bouvet, pour arriver à une nouvelle mouture. Des amendements destinés à favoriser le cumul emploi-retraite des médecins libéraux, via des exonérations de cotisations, ont également été adoptés en commission, puis repris en séance publique. De leur côté, rapporteur général et gouvernement ont défendu une application du « régime simplifié » (s'appliquant aux remplaçants), suite à l'alerte

de la caisse de retraite des médecins libéraux (CARMF).

Après les annonces sur l'augmentation du délai de carence pour l'indemnisation des arrêts maladie des fonctionnaires (dans le PLF), certains députés veulent s'attaquer à celle des salariés du privé. Ils préconisent d'instaurer des jours de carence « d'ordre public » ou « incompressibles », c'est à dire non pris en charge par l'Assurance Maladie et les complémentaires.

Clause de sauvegarde

Concernant les mesures sur la clause de sauvegarde pour le médicament et les dispositifs médicaux, prévue par l'article 9, Yannick Neuder a également porté le rétablissement d'un plafond à 2 % de chiffre d'affaires pour les génériques. Et pour les biosimilaires et hybrides, Frédéric Valletoux a défendu des remises sur les achats des pharmaciens. Toujours dans le champ du médicament, et en pleine tempête politico-économique sur le Doliprane, le rapporteur général a proposé une mesure visant à soumettre les entreprises pharmaceutiques à la procédure de contrôle des investissements étrangers. Une autre piste, avancée par le député Renaissance Michel Lauzzana, consiste à tenir compte du lieu de production des médicaments dans le calcul de la clause de sauvegarde. Plusieurs amendements instaurant une taxation comportementale, validés en commission, ont été redéposés en vue de la séance publique. L'objectif est notamment de compléter la « taxe soda » en prévoyant une contribution sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires transformés, ils sont

DES QUESTIONS EN SUSPENS

Le PLFSS 2025 ne règle aucunement la crise financière des régimes de base. Plusieurs questions perdurent suite à une lecture attentive du projet de loi.

- Les hypothèses de croissance, d'emplois et des salaires qui conditionne la dynamique des recettes, émises par le gouvernement sont-elles solides ? Selon nombre d'économistes et experts (qui peuvent se tromper), l'effet récessif des mesures budgétaires induirait une perte entre 0,4 % de croissance. Soit quelques milliards d'euros en moins dans l'escarcelle des Urssaf.
- Les projections 2025-2028 soit quatre exercices « budgétaires » laissent entrevoir la perpétuation d'un fort déficit des régimes de base, notamment celui de l'Assurance Maladie. Que va-t-on faire ?
- En filigrane de la question ci-avant, faute d'une réforme de la Cades, avec un financement supplémentaire ainsi que l'exige le Conseil constitutionnel dans sa décision de décembre 2023 sur le PLFSS 2024, ce sera l'Urssaf caisse nationale qui prend le relais chaque année via des emprunts de court terme (12 mois au plus).



Concrètement, celle-ci peut emprunter jusqu'à 65 Mds € en 2025, mais devra les rembourser moyennant intérêts au 31 décembre de l'exercice. Quitte à renouveler la méthode en 2026 et au-delà en ajoutant le déficit de trésorerie subi à la fin de l'exercice précédent ! Il s'agit donc d'un expédient de trésorerie et non pas d'une solution sérieuse et pérenne de gestion de la solution arrêtée en juillet 2020. Contrairement aux

propos du ministre des Comptes publics devant le Parlement.

- Les mesures d'économies sont quasi inexistantes, excepté le décalage de date de revalorisation des pensions vieillesse, le plafond de prise en charge des I.J. Par exemple, la hausse du ticket modérateur sur les consultations n'est qu'un transfert de charges aux dépens des Ocam et non une économie de dépense. S'ajoutent à cela des perspectives peu documentées sur quelques autres postes. Bref, un flou complet.

■ Pascal Beau

portés d'une part par Cyril Isaac-Sibille (Modem) et, d'autre part, par Frédéric Valletoux. D'autres mesures ont été présentées comme une taxe spécifique sur les bières « titrant à plus de 5,5 % » (députés socialistes) et aromatisées ou une extension de la « cotisation Sécurité sociale » à tous les alcools (Annie Vidal, Renaissance).

Les députés ont aussi voulu étendre les mesures de lutte contre les pénuries de produits de santé. Un amendement du rapporteur général a prévu de suspendre automatiquement le visa de publicité d'un médicament, si celui-ci est inscrit sur une liste de produits en risque de rupture ou en rupture par le directeur général de l'ANSM. Les socialistes ont proposé de renforcer les pouvoirs de contrôle de l'agence. Les élus Modem ont, quant à eux, préconisé de réserver le renforcement des sanctions « aux seules situations de manquements répétés » pour plus d'efficacité.

Maîtrise des dépenses en biologie et imagerie

Des ajouts ont également été proposés à l'article 15, qui prévoit des accords de maîtrise des dépenses dans les champs de la biologie et de l'imagerie médicale. Yannick Neuder



a voulu faire de l'accès aux soins un objectif « à part entière de ces accords » et intégrer les associations d'élus locaux, lors des négociations. D'autres députés ont plaidé pour une concertation des fédérations hospitalières concernées dans les négociations. Une initiative du groupe LFI vise à étendre la mesure de régulation du prix des actes à d'autres secteurs, notamment l'ophtalmologie et les soins dentaires. Le rapporteur général a par ailleurs proposé d'appliquer, au plus tard, la réforme du financement des activités de radiothérapie au 1^{er} janvier 2025, soit un an plus tôt que prévu.

En matière d'intérim médical et paramédical, les élus socialistes ont défendu la suppression de la condition de pénurie de professionnels pour pouvoir activer le plafonnement de dépenses d'intérim médical et paramédical. Ils ont également plaidé pour un contingentement de la part maximale de ces contrats parmi l'ensemble des recrutements, reprenant une des préconisations de la Cour des comptes, ainsi que pour une extension du plafonnement des dépenses à l'ensemble des établissements.

Parmi les sujets « épineux » de ce PLFSS, le report de la revalorisation annuelle des retraites du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet avait été écarté en commission par les amendements de neuf groupes parlementaires. La rapporteure pour la branche vieillesse, l'écologiste Sandrine Rousseau, a pointé une « mesure profondément injuste » qui « constitue une double peine pour les retraités ». En séance publique, les amendements de suppression se sont également multipliés, de même que les nouvelles tentatives d'abrogation de la réforme de 2023

■ Emilie Guédé

► HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Un an et demi après sa nomination à la présidence de la Haute Autorité de santé (HAS), le **Pr Lionel Collet** accorde un entretien à *ESE*. À cette occasion, il présente les prochains chantiers qu'il entend porter l'institution dans le cadre de son futur projet stratégique notamment en matière de prise en charge de la santé mentale et de sécurisation du parcours patient.

“ Nos missions n'ont cessé d'évoluer ”

Vous venez d'annoncer que la santé mentale sera un sujet prioritaire de la HAS pour les cinq prochaines années. Que comptez-vous mettre en place en ce sens ?

La HAS se mobilise sur le sujet depuis plusieurs années déjà et je me réjouis de l'annonce du Premier ministre d'en faire la grande cause nationale 2025. La Haute Autorité vient de renouveler son Comité santé mentale et psychiatrie qui sera désormais présidé par un membre de notre Collège, Claire Compagnon. Le programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 sera publié en tout début d'année prochaine. Sans tout dévoiler, je peux déjà vous dire que les troubles schizophréniques et bipolaires, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la dépression chez les personnes âgées, le soutien aux familles des personnes ayant des troubles psychiques ou encore les troubles du neurodéveloppement seront abordés. Nous sommes aussi en phase finale de développement d'un indicateur d'expérience patient, car les patients atteints d'une pathologie psychiatrique ont aussi le droit de donner leur avis sur la qualité des soins reçus, avis qui doit être pris en considération. Enfin, notre prochain projet stratégique 2025-2030, qui sera présenté en janvier, confirmera cet engagement en positionnant la santé mentale et la psychiatrie comme l'une des trois priorités. C'est dire l'importance que nous accordons à ce sujet et aux enjeux associés, du diagnostic aux soins, en passant par la prévention, la



réadaptation ou encore la réinsertion sociale des personnes.

Allez-vous bénéficier de moyens supplémentaires pour soutenir cette ambition ?

Le projet de loi de finances prévoit un rehaussement de notre plafond d'emplois. Nous avons conscience du contexte économique actuel, qui est tendu, c'est pourquoi ce rehaussement est une marque de confiance et nous permettra de mener à bien nos missions. Mais nous souhaitons davantage notamment pour l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux et la santé mentale. Nous sommes actuellement mobilisés en ce sens.

20 ans après sa création, on a parfois le sentiment que la HAS a encore du mal à trouver sa place dans l'écosystème sanitaire français. On se trompe ?

Bien au contraire. Depuis 20 ans, nos missions n'ont cessé d'évoluer, ce qui montre que non seulement nous sommes bien identifiés dans l'écosystème, mais aussi que notre travail est reconnu. Aujourd'hui, aucun médicament, aucun acte, aucun dispositif médical à usage individuel ne peut être remboursé sans l'avis favorable préalable de la HAS. Ainsi quand on voit son traitement remboursé par l'Assurance Maladie, la HAS l'a évalué. Quand on se vaccine, la HAS

a établi au préalable une stratégie vaccinale. Quand on est soigné dans un hôpital, une clinique ou qu'on soit accompagné dans un établissement social ou médico-social, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels. Depuis 2021, plus de 100 000 patients en situation d'impasse thérapeutique ont bénéficié d'un traitement présumé innovant en accès précoce, évalué par la HAS. Et s'il fallait une preuve de plus, je pense que notre action durant la pandémie Covid-19 a démontré notre capacité à répondre aux attentes et besoins des Français.

Quels leviers avez-vous identifiés pour relever le défi du partage et de la transmission de vos travaux aux professionnels de santé ?

L'amélioration de l'impact de nos productions destinées aux professionnels est un véritable enjeu. En 2019, une commission dédiée a été créée. Les travaux ont permis d'élaborer des préconisations, traduites opérationnellement dans un programme d'actions 2023-2028 dédié à l'amélioration de l'impact des recommandations professionnelles. Un autre levier est la labellisation de recommandations par des organismes professionnels en accord avec les règles méthodologiques et déontologiques de la HAS. N'oublions pas les futurs professionnels. Nous avons notamment accueilli récemment les différentes associations étudiantes en santé afin d'évoquer nos travaux, de connaître leurs avis et leur utilisation des productions de la HAS, mais aussi leur perception des défis de demain comme la santé environnementale. Je souhaite poursuivre ces échanges.

Quid de la sécurité des patients ? Quels sont les principaux contours de votre feuille de route 2023-2025 ?

Notre mission, c'est de développer la qualité des soins. Cela passe nécessairement par la promotion de la sécurité des patients. La HAS participe au comité de pilotage de la feuille de route, lancée par la DGOS dans le cadre du deuxième



“ L'impact de nos productions destinées aux professionnels est un véritable enjeu. ”

programme national dédié à la sécurité du patient. Elle coordonne, entre autres, l'axe 1 dont l'objectif est de valoriser et accompagner le travail en équipe et les temps collectifs sur l'ensemble du parcours du patient. La littérature scientifique montre en effet qu'il existe un lien fort entre la qualité du travail en équipe et la sécurité du patient.

Cette feuille de route est l'occasion de valoriser certains de nos outils. Je pense au programme d'amélioration continue du travail en équipe en établissement de santé (Pacte), à l'accréditation des médecins en équipe, aux questionnaires de mesure de la qualité perçue par les patients sur les résultats de soins ou encore aux Flash sécurité patient qui sont des documents courts basés sur l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins déclarés. Des actions sont aussi menées sur l'association du patient en tant que membre de l'équipe. Comme vous le voyez, nous avons développé de nombreux outils qui témoignent de notre engagement depuis de nombreuses années.

Concernant les délais d'évaluation des médicaments, la HAS semble faire des progrès

aux dires des industriels. Vous confirmez cette impression ?

La HAS est très rapide dans le traitement des données. Souvent, il faut bien le dire, le véritable obstacle est après l'avis de la HAS et plus précisément lors de la négociation sur le prix. La nouvelle édition de l'observatoire européen des délais d'accès aux médicaments, présentée dans le rapport Charges et produits 2025 de l'Assurance Maladie, compare les délais d'évaluation clinique par pays sur un échantillon de médicaments : la France enregistre le délai médian le plus court d'Europe pour les médicaments innovants, soit 167 jours comprenant l'évaluation médico-économique le cas échéant, contre 300 jours en Espagne ou encore 172 jours en Allemagne. En complément, le dispositif d'autorisation d'accès précoce, qui est l'antichambre du remboursement de droit commun, permet aux médicaments présumés innovants d'être pris en charge dès la décision de la HAS, qu'elle rend dans un délai très court (en dessous des 3 mois réglementaires). C'est un dispositif emblématique, qu'on nous envie.

■ Propos recueillis par Alexandre Beau

Le défi de l'efficacité

Le récent séminaire du G5 Santé, réunissant les huit plus gros laboratoires pharmaceutiques français, a mis en exergue un besoin d'efficacité au travers d'une contribution de l'économiste Sandrine Bourguignon, présidente de la société RWEality. Explications et détails d'un enjeu fondamental.



C'est plutôt paradoxal que d'entendre des acteurs du médicament plaider pour une forte démarche d'efficacité sur le système de soins. Il fut un temps où la demande portait davantage sur la hausse continue des dépenses de santé, portée comme un mouvement naturel, peu susceptible de questionnement... comme quoi les temps changent ! Bref, fin des illusions sur une double méprise nouée autour d'une hausse illimitée de la dépense permise par une acceptation de financements nouveaux. Il va falloir donc faire avec ce que l'on a et surtout travailler à corriger les dysfonctionnements inhérents au système. Cela tombe bien, ils pullulent ! Le G5 Santé, présidé par Didier Véron, prend à son compte l'exigence d'efficacité, moyen le plus approprié, selon les acteurs pharmaceutiques, de sauver un modèle national du soin confronté à quatre transitions impératives. Qu'il s'agisse de la démographie avec

son vieillissement, l'épidémiologie nourrie par une capacité d'expertise accrue, l'innovation (« *le système s'encroûte trop* ») et l'écologie comme impératif d'avenir. La question de l'efficacité vise là encore quatre dimensions que sont la demande de santé, l'offre et les services de soins, les mécanismes de financement et le pilotage du système. L'analyse de Sandrine Bourguignon vise en fait une démarche utilité, qualité-prix des soins.

Pertes considérables d'efficacité

20 à 25 % des dépenses de soins sont « évitables ». La France gaspille l'argent public et même privé en santé ! Déjà, il convient de rappeler que la demande de soin n'est pas forcément un besoin objectif. Le soin donné n'est pas non plus utile, voire efficace. La légitimité du professionnel ou de l'établissement de soins à agir ne se décrète plus nécessairement. Elle puise son sens



dans l'optimisation de la démarche et sa production. Toujours, notre règle de quatre. Cette fois sur les constats de perte d'efficacité :

- Les patients ne reçoivent pas les bons soins (événements indésirables, multiplication des actes, faible valeur du soin)
- Les bénéfices sanitaires pourraient être atteints avec moins de dépenses (gaspillage de produits et de services, prix moins élevés, soins coûteux inutiles)
- Les patients ne reçoivent pas les soins indispensables (renoncements, errance médicale, délais d'accès).
- Des ressources du système sont détournées de leurs usages (fraude, bureaucratie, les lapins posés lors de rendez-vous médicaux).

Le cas de l'obésité illustre bien la perte d'efficacité du système. Au-delà de la prévention primaire, qui fait largement défaut, 98 % des coûts liés à la prise en charge de

ÉVALUER LES PERTES D'EFFICACITÉ, QUELQUES CHIFFRES INCONTOURNABLES

Consommations évitables :

- 50 % des antibiotiques ne le devraient pas,
- 10 % des hospitalisations pourraient être évitées (soit *a minima* plus de 265 000 cas).

Mortalité évitable à 30 jours :

- Après infarctus du myocarde, 5,5 % en France, 2,6 % en Norvège, 2,9 % aux Pays-Bas.
- Après AVC, 7,3 % en France, 3,1 % en Norvège et même 4,3 % aux USA.

Décès prématurés

- 30 millions de décès de <75 ans liés à des comportements à risques « évitables ».
- De 5 à 16 Mds € de dépenses « gaspillées » en soin par manque de prévention.

Polymédication

- 50 % des plus de 65 ans sont concernés par la polymédication médicamenteuse, 14 % en situation d'hypermédication avec 10 médicaments quotidiens et plus...
- Augmentation du risque d'effets indésirables sur de nombreux actes et surconsommation de produits.

cette pathologie portent sur des complications. D'où un gaspillage d'argent public (10 Mds € pour la seule Assurance Maladie) et privé pour les Ocam. De multiples autres exemples comme les cas de bronchiolites chez le nourrisson (expérimentation SPF-Institut Pasteur) montrent les potentiels de gains, 78 % de taux de passage aux urgences et d'hospitalisation, d'une action de prévention en amont des soins lourds.

Sur le plan des admissions hospitalières, un poste de dépense majeur, l'évitement de prises en charge inutiles parce que pouvant donner lieu à des solutions alternatives en soins de ville. C'est le cas de l'insuffisance cardiaque (51 % des cas de HPE), de la BPCO (22 %) voire de la déshydratation (11 %), comme le fait ressortir le document « Charges et produits » de la CNAM en vue du PLFSS 2025.

Organisation et méthode

L'enjeu de l'efficacité, de la qualité, de l'utilité et de la sécurité du soin renvoie évidemment à des exigences d'information, de formation des professionnels et d'évaluation des produits, des services, des actes et du partage des besoins à prendre en charge. La médecine

collective supplante la pratique individuelle lorsque celle-ci n'est pas connectée à un ensemble. De plus, les potentiels technologiques bouleversent et accélèrent la nécrose d'une conception datée de l'exercice professionnel déconnecté d'une logique systémique. La montée des applications santé, le recours aux tests (cas des TROD), les données de santé partagées, le numérique réducteur de perte de temps et d'information, l'I.A., autant d'outils à promouvoir pour davantage d'efficacité.

Un plan national ?

Les auteurs de l'étude appellent de leur vœu un plan national organisé autour de trois axes :

- 1 Placer la question de l'efficacité au centre du pilotage du système.
- 2 Mobiliser les professionnels de santé et les patients.
- 3 Mettre en place les outils et mécanismes pour réussir l'efficacité.

L'axe 1 est décliné en plusieurs propositions comme l'adoption d'une loi générale sur l'efficacité, la création d'une LFSS organique pluriannuelle, la fongibilité des enveloppes, la création d'un secrétariat général pour l'efficacité en santé et l'obligation pour tous les



opérateurs d'insérer cette exigence dans leur démarche stratégique. L'axe 2 tend à mobiliser les professionnels et les patients autour du mot d'ordre collectif par des stratégies ambitieuses de prévention, d'organisation de l'offre de soins, de prise en compte des innovations tant organisationnelles que thérapeutiques.

L'axe 3, enfin, stimule le recours aux tests biologiques, à la culture de l'évaluation et du pilotage partagé. En conséquence, les organisations et les incitations financières doivent s'adapter. La refonte des modes de tarification des technologies innovantes ainsi que des produits de santé porteurs de gains d'efficacité doit être également décidée.

Une contribution utile au final qui rappelle dans la période difficile que traverse le système de soin du pays, les solutions de facilité habituelles comme le rabot sur les prix ou les prises en charge, les hausses de recettes sans fin, ne sont plus des voies d'action sérieuses pour le long terme. Et donc, qu'il faut, enfin, « mettre les mains dans le cambouis » sur la façon dont on fabrique de la demande de soin et les réponses que le système lui permet. Manifestement, la tâche est immense.

► Pascal Beau

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



**La mutuelle spécialiste de la protection
santé et prévoyance des agents publics**

avec 90% de taux de satisfaction adhérent

(Baromètre annuel 2023 - BVA)



MGEFI est noté Excellent

Basé sur 5 118 avis



★ Trustpilot

Pour tout savoir de nos offres :

→ mgefi.fr