

RÉGULATION DES MÉDECINS

RÉVOLUTION PRINTANIÈRE ?

**PPL, plan Bayrou :
la confusion générale**

Dans l'UE, ça agit !

**“ On se trompe d'approche ”
Gérard Raymond (France Assos Santé)**



**FONDATION MGEN
LES DATA AU SERVICE DE LA PRÉVENTION**

Insuffisance cardiaque

4 bons réflexes à mettre au cœur de votre vie.



**Bouger
 chaque jour**



**Se peser
 régulièrement**



**Respecter son traitement
 et ses rendez-vous
 médicaux**



**Limiter
 le sel**

RETROUVEZ TOUS LEURS BONS RÉFLEXES SUR AMELI.FR

ÉDITO

Pascal Beau



Du bon sens



Cette histoire de TVA sociale, un sujet vieux comme Hérode, relancée par le président de la République mérite un commentaire. Son recours permettrait, selon certains, de réduire un peu la part des cotisations salariales pour dynamiser le pouvoir d'achat. *In fine*, cela mettrait la France au même niveau que ses partenaires européens en matière de taxation indirecte. Le patronat y est plutôt favorable à l'opposé des syndicats. Peu probable cependant que cette opération se fasse.

Une opération de hausse de TVA au profit d'une redistribution du pouvoir d'achat entre inactifs (seniors et retraités) et actifs est peut-être concevable. Mais difficile à réaliser dans une économie comme la France, tertiariée à 83%. Sans compter que la priorité du temps actuel est aussi de réduire les déficits et boucler le « trou de la Sécu ».

Côté prévision économique, Bruxelles a durement refroidi les espérances du gouvernement français pour 2025 et 2026. Croissance, emploi, niveau de déficit et d'endettement, bref pour tous les ingrédients majeurs, l'UE contredit Paris. Outre cette langueur économique dont on ne sort pas, un chiffre inquiète au plus haut point, la charge de la dette avoisinerait 2,9 % du PIB l'année prochaine soit 90 Mds €...

Poursuivant ce bref périple financier, un mot tout de même sur les commentaires sévères de la Cour des comptes quant à la certification des comptes validée avec fortes réserves, ou l'absence de certification pour la CNAF, des comptes des caisses nationales du régime général. Un aspect très pointu de l'activité de l'institution qui recèle toutefois son importance. Permettons-nous cependant une remarque de portée générale. La France compte un système social d'une complexité inouïe. Et chaque LFSS annuelle voit le Parlement et l'État central accroître, ce qui devient un défi croissant, la réglementation prestataire et tarifaire. En sus, les fraudes sociales sont aussi la conséquence d'une forme de déconstruction de la citoyenneté sociale dont le pays souffre. Ceci explique aussi cela. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÈNEMENT

- PPL Garot et Mouiller, plan Bayrou... le capharnaüm printanier de la médecine de ville.
- « Nous n'avons pas forcément besoin de plus de médecins traitants ». Entretien avec **Gérard Raymond**, président de France Assos Santé.
- L'UE face aux déserts médicaux.

11 - SÉQUENCES

- 11 • Formation**
 Le « Aller vers », dispositif d'avenir.
- 12 • Prévoyance**
 « Contribuer au virage du curatif vers le préventif ». **Clotilde Truffaut et Karim Ould-Kaci**, présidente et directeur général de la Fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique.

14 - 80 ANS DE LA SÉCU

Politique familiale, entre réussite et incertitudes.

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 : 450 € TTC.
 - Individuel : 250 € TTC
 - Association : 350 € 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 : Freepik
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
 N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
 Prix au numéro : 15 €
 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

ALORS ? VOS PROPOSITIONS D'ÉCONOMIES ?



Normalement, mi-juillet prochain, **François Bayrou** doit annoncer la couleur des 40 Mds € d'économies prévus pour 2026 dont 18 pour la seule Sécurité sociale. Où en est-on ? Les magistrats de la Cour, sur l'Assurance Maladie en particulier, dans leur rapport d'avril dernier, suggèrent quelque 15 à 20 Mds € de moindre dépense notamment sur les produits de santé (un tiers du total), une revoyure du 100 % santé et du panier de soins donnant lieu alors à un transfert de 1,5 Md € vers les Ocam. Le reste des pistes prolonge et intensifie les annonces de la CNAM dans le cadre des rapports annuels « charges et produits » destinés à nourrir les PLFSS.

Le Premier ministre a commandé un rapport commun de solutions aux trois hauts conseils dans le champ de la Sécurité sociale (le HCFIPS sur le financement, le HCAAM sur l'Assurance Maladie et le HCFEA sur la famille, l'enfance et l'âge). Le haut conseil du financement confirme ses constats très prudents sur la TVA sociale. Pour les autres instances, peu à attendre « *parce que ce n'est pas notre mission* ». Restent alors les travaux ministériels. Les remontées sont faibles et s'appuient largement sur les pistes de Bercy, de la Cour des comptes et des caisses nationales. Pas de tremblement de terre en vue. La question des erreurs et des fraudes aux prestations est au centre des idées. Les branches sont priées de mettre davantage le paquet. Pour l'État central, deux pistes tiennent la corde. Une baisse générale de 10 % des avantages (et donc du coût budgétaire) des niches et autres exonérations de cotisations sociales. Un gain de 7 à 8 Mds € en vue. Seconde piste, un quasi-gel des prestations en espèces de la Sécurité sociale en 2026, hormis les minima sociaux. Là, le gain projeté avoisine 5 à 6 Mds €. Rendez-vous mi-juillet ! ■

► Traité anti-pandémie



194 pays sont appelés à approuver le projet de traité anti-pandémie négocié à l'OMS depuis trois ans. Le texte prévoit, une première dans l'histoire, une stratégie mondiale d'anticipation et de réponses aux risques de pandémies type Covid-19. Concrètement le traité inclut le partage d'informations, la coopération scientifique et la mise à la disposition des pays du « Sud global » de stocks

de vaccins suffisants pour ne pas répéter la situation des années Covid-19. Au delà, l'OMS s'interroge sur un avenir après le retrait des États-Unis.

► Refonte contrats responsables

Unanimité des fédérations d'assurance complémentaire santé et de la CNAM sur le principe d'une revoyure du périmètre des contrats responsables (loi d'août 2004), jugés



À NOTER



Risque d'effondrement du **système sanitaire néo-calédonien** avec 50 % des lits hospitaliers fermés pour cause d'insécurité pour les personnels soignants...

« Évolution contrastée » des résultats de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) selon la CNAM pour 2024. Toutefois, en matière de vaccination et de dépistage en oncologie (colorectal, sein, etc.) on constate plutôt des reculs de taux et d'implication de prévention pour les 65 ans et plus, chez les médecins généralistes...

Le projet de loi sur l'emploi des seniors bientôt à l'ordre du jour du Parlement. Le texte reprend largement les termes de l'accord récent entre les partenaires sociaux. Deux mesures phares : la création d'un CDI senior valorisant l'expérience (CVE) et un accès à la retraite progressive dès 60 ans.

Urgences hospitalières, les directeurs généraux des CHU et CH plaident pour 10 actions visant notamment à limiter l'accès direct injustifié des patients.

Énième mission ministérielle sur la question de l'accès aux soins des personnes handicapées.

ILS ONT DIT

« Nous appelons le Comité économique des produits de santé (CEPS) à veiller dans ses arbitrages financiers à la maîtrise des prix d'entrée des médicaments sur le marché des remboursements et pour les médicaments déjà pris en charge à identifier les baisses de prix légitimes et nécessaires... Le CEPS devra en outre trouver de nouveaux mécanismes de tarification pour inciter à une plus grande diffusion des produits hybrides, issus de molécules déjà approuvées avec une forme d'administration innovante... La France doit cependant conserver une industrie forte et souveraine ! ».

Catherine Vautrin et Amélie de Montchanin, extraits de la lettre adressée au président du CEPS.



« Je ne sais pas quantifier la prévention au sein des Ocam. Chaque acteur dit qu'il fait de la prévention, mais qu'en est-il réellement ? Notre rapport sur les Ocam sera public cet automne. On va travailler étape par étape. Par exemple, pour faire un bilan de l'ANI sur la généralisation de la complémentaire santé collective. Il est incroyable que cette politique majeure n'a jamais été évaluée ».



Jérôme Guedj, député PS et président de la MECSS (Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale) dans l'Argus de l'assurance.

« Vous imaginez un candidat à la présidentielle de 2027 avec un programme comportant d'importants coups de rabots dans le modèle social français ? Sur le fond des choses et des annonces, on aura quoi ? Des promesses générales dont celle du retour nécessaire à l'équilibre et ce sera tout. Mais, attention à la crise financière inévitable qui s'annonce et qui obligera l'élu à prendre des décisions rapides et violentes ».

Gilles Carrez, ancien rapporteur général du Budget à l'Assemblée dans Paris Match.



inflationnistes et « mal foutus ». Que ce soit la Mutualité française, le CTIP, France Assureurs et la plupart des grands opérateurs en complémentaire, la réforme est allée trop loin. S'est ajoutée à celle-ci, le 100 % santé avec les dérives connues sur l'optique et les audioprothèses. La crainte de dérapages est forte sur la prise en charge des fauteuils roulants. Voilà un sujet délicat à deux ans des prochaines élections...

► Santé scolaire, urgence absolue!

Santé scolaire, l'alarme est déclenchée ! Certes, **Élisabeth Borne**, ministre de l'Éducation nationale promet des assises nationales. La question n'est pas nouvelle. Des années d'ignorance.



Les données inquiètent : en termes de ratios par millier d'élèves on a 1 infirmier pour 1 600, 1 psychologue pour 1 500, 1 assistant social pour 4 000, un médecin pour 13 000. Parmi les priorités à traiter, évidemment celle sur la santé mentale. ■

LES CHIFFRES

2 575

recrutements dans l'Assurance retraite en 2025 (14 544 agents au total).

14 %

des décès prématurés aux États-Unis et en Grande-Bretagne seraient dus à un excès de consommation d'aliments ultra-transformés.

4 %

de taux de vaccination contre le zona chez les plus de 65 ans.

10 %

des « incidents » hospitaliers dus à un problème de communication entre soignants (synthèse de 46 études portant sur 67 000 cas entre 2013 et 2024).

5

fruits et légumes par jour ? Ok pour 24 % des femmes et 18 % des hommes, seulement...

233 416

médecins en activité en 2024 selon la Drees (+1,4 % sur un an).

Entre 35 000 et 38 000 milliards

respectivement de cellules et de bactéries composent le corps humain.

8 400

assistants médicaux fin mars selon la CNAM.

44 %

des femmes seulement (- 4 % en un an) âgées de 50 à 74 ans ont eu un dépistage du cancer du sein en 2024 (l'UE recommande un taux de 70 %).

PPL GAROT ET MOUILLER, PLAN BAYROU... LE CAPHARNAÛM PRINTANIER DE LA MÉDECINE DE VILLE



Depuis plusieurs semaines, fort de l'écho provoqué par la proposition de loi (PPL) transpartisane du député Garot, les questions des déserts médicaux et de régulation de l'accès aux soins sont sur toutes les lèvres du paysage médico-politique du pays. Tout le monde y met son grain de sel dans une certaine cacophonie. Retour sur une séquence pour le moins détonante.

Le système sanitaire français est assez fascinant. Enfin, si l'on prend le point de vue d'un observateur extérieur des choses. Car, à y regarder de près, chaque année semble se reproduire un sempiternel cycle de thématiques. Alors que les budgets sont discutés, on s'attarde sur l'état des comptes de la branche Maladie tout en questionnant sur les niveaux de remboursement ainsi que sur la lutte contre la fraude. Et quand nous sortons de cette séquence, particulièrement longue en ce qui concerne la LFSS 2025, le scope se porte irrémédiablement sur les crises à l'hôpital et dans les déserts médicaux. Élus, décideurs et acteurs se divisent continuellement tant sur les causes que sur les solutions à apporter pour répondre à ces défis structurels. Ce printemps n'échappe pas à la règle.

Initiatives parlementaires

Le temps faisant, les constats ne sont plus à faire. L'étroitesse du lien entre (dés)organisation des acteurs de ville et l'émergence accélérée de territoires en situation de rupture de couverture médicale s'est imposée à une majorité d'élus nationaux et locaux. Des initiatives parlementaires similaires se sont d'ailleurs multipliées ces dernières années pour tenter d'endiguer le phénomène en imposant des logiques de contraintes dans la régulation de l'installation des médecins libéraux. Des tentatives dont la portée a été limitée pour la quasi-totalité d'entre elles. Quand elles ne furent pas tuées



dans l'œuf. Or, la PPL du député socialiste, et ancien maire de Laval, Guillaume Garot se distingue de ces démarches en ayant mobilisé des députés de tous bords.

Un symbole que les « élus cherchent des solutions nouvelles vu que les mécanismes d'incitations financières n'ont pas résolu le problème ». Dans son contenu, le texte comprend cinq articles dont le premier est incontestablement la mesure phare avec l'instauration d'une autorisation d'installation des médecins délivrée par les ARS. Pour les zones sous-dotées, rien ne changerait. En revanche, là où « l'offre de soins est au moins suffisante », une autorisation serait délivrée uniquement si l'installation fait suite à la cessation d'activité d'un praticien pratiquant la même spécialité sur ce territoire. Si l'intitulé semble introduire une logique de contrainte généralisée, tout du moins du point de vue des organisations syndicales, le député Garot s'en défend en précisant qu'il ne s'agit « d'encadrer la liberté d'installation que sur seulement 13 % du territoire national ». Quoiqu'il en soit, la PPL a été adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 7 mai dernier. Place désormais au Sénat même si l'examen de la PPL n'est pour le moment pas inscrit à l'agenda parlementaire.

Ironie de la chose, la Haute assemblée y est également de sa proposition de loi en matière de régulation de l'offre de soins. C'est le président LR de la commission des Affaires sociales, Philippe Mouiller qui en est à l'initiative. Un autre texte,

d'autres angles d'approche, mais, une volonté assumée d'y aller de façon moins coercitive que leurs collègues de l'Assemblée nationale. L'installation des médecins généralistes libéraux en zone sur-dense serait conditionnée « à un engagement d'exercice à temps partiel en zone sous-dense ». Pour les spécialistes, la proposition sénatoriale voudrait que dans ces territoires la règle « 1 partant = 1 arrivée » s'applique avec possibilité de dérogation dans certains cas particuliers. D'autres mesures, incluant le développement de l'activité secondaire ou le renforcement du dispositif PADHUE, ont également été intégrés au texte qui, dans la foulée de son vote en première lecture, a tout de suite été transmis à l'Assemblée nationale dans le cadre d'une procédure accélérée impulsée par l'exécutif.

Réchauffé gouvernemental?

Car entre temps, le gouvernement avait également voulu reprendre la main dans cette affaire. Principalement à rebours de la PPL Garot, dont l'article 1 a suscité un certain remous tant chez les professionnels de santé que parmi les représentants de l'exécutif. « La voie de la régulation autoritaire ne sera pas celle que nous retiendrons dans l'étape que nous ouvrons », a d'ailleurs précisé le Premier ministre au moment de présenter son pacte de lutte contre les déserts médicaux. Cette feuille de route s'appuie sur le principe de « solidarité territoriale » entre les médecins via notamment la mise en place d'une à deux journées de consultations avancées dans les territoires en difficulté. L'objectif étant de dégager des créneaux supplémentaires de consultation dans les zones à tension. Un chiffre de près de 30 millions d'actes est d'ailleurs déjà avancé. Toutefois, cet objectif est susceptible d'être remis en cause car si dans un premier temps, le Premier ministre a indiqué le caractère obligatoire de l'application de cette mesure par les médecins, la version finale du dispositif indique que « leur participation s'exerce sur la base du volontariat ou, à défaut, sur désignation du directeur général de l'Agence Régionale de Santé ». La décision de rendre le dispositif obligatoire leur

GAROT DÉFEND SON TEXTE

À l'occasion d'une interview accordée à France Info le 29 avril dernier, le député socialiste de la Mayenne Guillaume Garot a expliqué le leitmotiv de sa démarche. L'occasion de porter un constat sans concession sur l'organisation territoriale de la médecine de ville et les politiques publiques engagées sur ce thème depuis plusieurs années : « Nous avons en charge l'intérêt général du pays. Et l'intérêt général c'est de répondre à la détresse des patients qui sont sans médecin, c'est de trouver des solutions pour que la République soit présente partout. (...) Ma démarche n'est pas une question de confiance, c'est une question d'efficacité. (...) La réalité est qu'il y a trois fois plus de médecins généralistes par habitant dans les Hautes-Alpes qu'en Eure-et-Loir, il y a 17 fois plus d'ophtalmos par habitant à Paris qu'il n'y en a dans la Creuse, et il y a 21 fois plus de dermatologues par habitant à Paris qu'il n'y en a dans la Meuse! (...) Depuis 20 ans, 30 ans, on a fait des chèques en disant, "vous aurez aussi des incitations fiscales". On a fait des efforts sur la fiscalité, on a fait tout ça depuis des années et pourtant ça n'a pas produit les résultats qu'on attendait. (...) Au final, le laisser-faire, le laisser-aller, cela ne produit pas des résultats au bénéfice de tous ».



reviendra donc. À noter qu'en cas de refus de participation, les médecins peuvent subir des pénalités financières allant jusqu'à 1 000 € par jour.

En parallèle, de nombreux experts ont pointé que cette proposition gouvernementale ressemblait fortement à l'une des avancées phares prévue dans la convention médicale que sont les consultations ponctuelles réalisées dans les zones sous-dotées. Une mesure valorisée à hauteur de 200 € par demi-journée, dans la limite de six demi-journées par mois, qui doit démarrer en 2026... Un constat similaire est également fait en ce qui concerne l'annonce de travaux portant sur la simplification des démarches et des organisations, déjà prévus dans le texte signé l'an dernier par l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux.

Le gouvernement reconnaît jouer gros dans cette histoire. François Bayrou présentant d'ailleurs ce pacte comme celui de la « dernière chance » pour le système organisationnel actuellement en place. Via le vote d'amendements, son contenu a depuis intégré la PPL Mouiller. Et cela, sans que celui-ci ne vienne remettre en cause les articles portant sur la révision des mécanismes de régulation de l'installation dans les zones sur-dense...

Ras-le-bol

De leur côté, les syndicats médicaux ont semblé plus que jamais être pris en tenaille entre les PPL et les annonces gouvernementales. L'un dans l'autre, ils n'y trouvent pas leur compte. « Tout cela se révèle être de la poudre aux yeux » indique le premier syndicat de médecins généralistes, MG-France. Pour la CSMF, la voie dessinée par le gouvernement serait un moindre mal car « il faut sortir des logiques coercitives en avançant sur le chemin de l'incitatif ». Toutefois en parallèle, le collectif des représentants des médecins libéraux s'était accordé sur la nécessité de faire part de leur colère en initiant un mouvement de grève nationale (plus ou moins illimité). Une démarche qui n'aura pas généré une forte adhésion chez les professionnels de santé. Quant à la manifestation parisienne, s'étant déroulée à la même période, celle-ci a très largement davantage mobilisé les étudiants que les professionnels déjà installés.

Et les patients dans toute cette histoire? Leur représentant, France Assos Santé, s'est fait entendre dans la foulée du mouvement de contestation contre la PPL Garot en rappelant que « le temps des invectives est terminé ». Son président Gérard Raymond se faisant l'écho de cet avertissement (cf. p.8-9). Malgré tout, le mouvement des usagers rappelle aussi que le texte issu de l'Assemblée nationale va au-delà de la seule question de la régulation des installations en supprimant la majoration des tarifs à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant, en préparant l'extinction progressive du secteur 2 « hors-OPTAM », et enfin, en rétablissant l'obligation de permanence des soins. Des mesures susceptibles de répondre à des revendications historiques du représentant des patients.

On le constate donc, cette nouvelle équation printanière semble plus complexe que jamais à résoudre. PPL Garot? PPL Mouiller? Laquelle ira au bout? Les paris restent ouverts d'ici à l'été. Période où se profilera un autre sujet brûlant, celui du rééquilibrage des comptes publics.

... Entretien avec **Gérard Raymond, président de France Assos Santé** qui nous livre un regard sans concession sur l'organisation des soins en médecine de ville.



“ Nous n'avons pas forcément besoin de plus de médecins traitants ”

Comprenez-vous toute cette agitation autour de la PPL Garot ?

Je pense que nos députés, et plus globalement ceux qui nous représentent politiquement, ont entendu le cri de la population. Des études d'opinion montrent que 80 % des citoyens dans ce pays considèrent que notre système de santé est inadapté aux besoins et ne répond plus à leur demande. On parle quand même de 7 millions de personnes qui n'ont pas de médecins traitants. Et quand ils en ont un, il faut parfois au moins 3 jours pour avoir une consultation et, lorsque l'on veut rentrer dans un parcours de soins, il faut attendre 6 mois pour voir un spécialiste. C'est la réalité de notre désorganisation territoriale. Autre conséquence directe, on dépense plus de 6 Mds € en transport sanitaire du fait des trous dans notre maillage médical. C'est un contre-sens total alors que l'on devrait entrer dans une ère du numérique, de Mon Espace Santé et où tout le monde devrait être coordonné et informé. Nos députés ont compris cela et si cette PPL

Garot revêt un rôle plus symbolique que les PPL Rist ou Valletoux, c'est qu'elle se focalise sur les médecins là où les autres ne faisaient que gratter la surface des problèmes posés par la répartition des médecins, en augmentant les compétences des autres professionnels de santé.

Les mesures présentées par François Bayrou répondent-elles à ce défi ?

Je vois davantage dans la copie présentée par le gouvernement une dernière tentative de sauver un modèle qui est à bout de souffle. C'est pour cela que les syndicats médicaux n'ont que marginalement rebondi à l'annonce de ces mesures. Mais paradoxalement, si l'on s'attarde sur la seule proposition visant à « obliger » les médecins à aller exercer deux jours par mois dans les déserts médicaux, on se rendra compte que cela engendrera la mise en place d'un mécanisme plus complexe et plus coercitif que le système prévu par la PPL Garot. Celle-ci, il faut le rappeler, ne propose que d'intervenir sur 13 % du territoire national

là où la copie gouvernementale s'appliquerait partout si on va au bout du raisonnement visant à obliger les médecins à aller dans ces territoires en souffrance. Enfin, uniquement si on va au bout du raisonnement visant à obliger les médecins à aller dans ces territoires en souffrance. Or, si on part d'abord sur la base du volontariat, comme l'indique l'amendement gouvernemental, alors tout cela ne débouchera sur rien. En revanche, financièrement, cette mesure sera autrement plus conséquente pour l'Assurance Maladie.

On a donc atteint le bout d'un certain fonctionnement ?

Hasard du calendrier, nous fêtons les 80 ans de la Sécurité sociale cette année. J'ai le sentiment que les conditions qui nous ont permis de vivre ensemble, sur cette période, dans une logique de solidarité générationnelle et de fraternité ne sont plus possibles aujourd'hui parce que la société a changé. Les mécanismes ne sont plus les mêmes, ne serait-ce que la pyramide des âges. En revanche,

les valeurs doivent perdurer. Ce que notre mouvement dit, c'est qu'il est l'heure de refonder notre système de protection sociale de santé, tant d'un point de vue structurel, culturel que financier.

Comment pourrions-nous enclencher cette démarche ?

Soyons réalistes avant tout. Ces choses prennent du temps, mais il faut en priorité poser les briques les unes après les autres. Déjà, et je me fais l'écho ici de certaines promesses gouvernementales, il est temps de définir une réelle trajectoire pour les 5 à 10 ans à venir. Cela passera par une loi de programmation pluriannuelle qui va donner un cap à toutes les composantes de notre système sanitaire ainsi qu'une méthode. Attention, cela ne veut pas dire que tout se fera sans heurt. Il faudra expliquer et accompagner les acteurs dans cette démarche car tout le monde devra opérer des transformations profondes par rapport à ce que se fait actuellement. Par exemple, le métier et le rôle du médecin ne seront plus ce qu'ils sont aujourd'hui. Quant au paiement à l'acte, il va se marginaliser progressivement face à une prise en charge du patient qui va se chroniciser et donc, nécessiter le développement de paiements forfaitaires plus adaptés à cette nouvelle réalité.

Entendez-vous quand même, les syndicats médicaux quand ils pointent que l'enjeu central dans ce dossier est celui de l'attractivité ?

Quitte à vous surprendre, je suis d'accord avec eux. Mais attention, pour moi l'enjeu d'attractivité ne peut se limiter qu'à des aspects financiers. Sur ce point-là, l'Assurance Maladie a fait beaucoup d'efforts sans que cela ne produise beaucoup de résultats. Nous devons progresser davantage sur les questions d'attractivité des pratiques et des modes d'exercice. Un peu grossièrement, je dirais qu'il faut aider les médecins « à prendre leur pied » dans leur activité en retrouvant le sens du métier. Cela passe notamment par un soutien au travail en collectif (l'équipe soignante) et par une réappropriation des enjeux de santé publique.



“ Il y a nécessité à construire des équipes traitantes autour des patients en s'appuyant sur les réalités sanitaires territoriales ”

La politique du « il faut plus de médecins » fait-elle donc sens ?

Selon moi, on se trompe d'approche sur cette problématique. L'analyse doit se faire territoire par territoire avec une évaluation précise des besoins et de l'offre. La PPL Mouiller reprend un peu cette idée. Car avec un peu de recul, on se rend compte que nous n'avons pas forcément besoin de plus de médecins traitants sur le terrain, on a besoin de construire des équipes traitantes autour des patients en s'appuyant sur les réalités sanitaires territoriales. Il faut comprendre et accepter le fait qu'il n'existe pas d'uniformité de situations à l'échelon national. En conséquence de quoi, il faudrait confier trois missions à ces équipes traitantes.

Lesquelles sont-elles ?

En premier lieu, elles doivent constituer une ligne de front de santé publique. C'est-à-dire mener des actions concrètes et ciblées en

matière d'éducation à la santé et de prévention. Dans ce cadre, il faut continuer d'élargir les missions des paramédicaux pour que le collectif de soignants, dans son ensemble, soit mobilisé et responsabilisé sur ces enjeux. La deuxième mission porte sur le parcours de soins des patients chroniques. Il y en a de plus en plus et, chaque médecin en a au moins un bon millier dans sa patientèle. Le suivi de ces personnes doit être délégué aux acteurs d'un collectif de soins. Cela fait-il encore sens qu'un patient diabétique de type 2 voit 7 à 8 fois son généraliste traitant chaque année ? Ne pourrait-on pas assurer de son suivi par l'intermédiaire d'un infirmier-e en pratique avancée ? Sans même parler des outils numériques qui sont actuellement sous-exploités. S'il doit y avoir obligation, c'est bien dans le recours à des logiciels métiers inter-opérables et dans l'utilisation de Mon espace santé avec l'accord des patients. Enfin vient le sujet de la permanence des soins. En s'appuyant sur une équipe de soins, pouvant regrouper des acteurs de ville et de l'hôpital, on aura davantage la capacité d'orienter correctement le patient vers le bon professionnel de santé plutôt que de le laisser aller systématiquement aux urgences lorsque cela n'est pas utile.

■ Propos recueillis par Alexandre Beau ...

... L'UE face aux déserts médicaux

Nombre de systèmes de soins en Europe sont confrontés aux problématiques des déserts médicaux. Toutefois, des solutions fonctionnent plutôt efficacement. Comme quoi...



Télé médecine au Danemark

La France n'est pas seule à être confrontée aux défis des déserts médicaux. Les grandes nations de l'UE éprouvent des difficultés similaires. Pour autant, si le débat français prend, comme d'habitude dira-t-on, une tournure « hystérique », les autres systèmes pratiquent des solutions dans l'ensemble efficace.

Hôpital mieux que cabinet de ville

Bien que tous les regards se portent spontanément sur les carences de médecins en soins de ville, Eurostat publie régulièrement des données sur l'accès aux soins hospitaliers. Là, les chiffres sont plutôt rassurants. Les pays de l'UE les plus riches sont évidemment mieux placés. 124 régions garantissent un accès à l'hôpital en moins de 15 minutes soit un ratio de 82 % du total. Un chiffre assez remarquable. Globalement, en dépit de difficultés inhérentes au contexte économique des systèmes de santé, l'Europe hospitalière est plutôt une réussite. N'en demeure pas moins que trois facteurs influent les résultats : la territorialisation des établissements en premier lieu. En clair, plus un pays est vaste, plus le risque de « désert » hospitalier grandit. Classique en fait. D'où le second défi, celui d'un maillage réussi de la démographie des soins de ville. Enfin, troisième facteur, l'organisation des soins médicaux de ville et son contenu. Plus les soins de ville sont forts, dotés de contenus larges, moins la pression hospitalière est pesante.

Et la médecine de ville?

Trois types de situation de médecine libérale émergent en UE. L'Allemagne où l'autogestion professionnelle est forte. Les associations régionales de médecins régulent elles-mêmes l'installation de leurs confrères sur les 395 zones démographiques en fixant les limites quantitatives

(ne pas dépasser l'indice de 110 % de densité, projection populationnelle sur l'âge et sexe et prévalence état de santé). Pour attirer les talents en médecine générale, on développe aussi des *Medizinische Versorgungszentren* (sorte de centre de santé). Globalement, cela marche. Bien qu'ici et là, notamment en ex-RDA, des poches de désert médical persistent.

Le second système libéral est Danois. Bien que la nature de l'exercice prenne un caractère mixte. Petit pays certes, mais formidablement dynamique. Où l'idéologie médicale s'efface devant l'exigence de l'efficacité. Le recours à la télé médecine y est massif. Bien au-delà de la période de la Covid-19. 42 % des consultations de médecine générale s'opèrent de la sorte. En outre, le mode d'exercice est collectif, pluriprofessionnel et partagé avec une place importante pour les soins infirmiers. Une réussite d'ensemble avec un système hospitalier réorganisé et un aval médico-social centré sur le communal et le domiciliaire. Comme quoi réformer est possible...



Cabinet de médecine libérale aux Pays Bas

Un peu moins haut, aux Pays-Bas, on recense 108 pôles professionnels, les *Huisartsenposten*, un équivalent de cabinet de groupe de médecine libérale animé par des généralistes avec une médecine plus intégrée, partagée comme en

Europe du Nord.

Un peu plus bas, en Belgique cette fois, existe des problèmes, notamment en Wallonie, moins dirimants toutefois qu'en France. On pratique une accréditation d'installation en zone déficitaire où les tarifs des praticiens peuvent bénéficier de surcote des honoraires (jusqu'à 20 %). Des aides locales incitatives pour l'installation complètent le dispositif national de l'Inami (assurance maladie belge) avec un fonds d'impulsion de médecine générale.

Si l'on porte le regard sur les services nationaux de santé comme l'Espagne et l'Italie où prévaut une médecine de ville salariée *via* des structures de soins type cabinets de groupe, dispensaires et autres polycliniques, l'accès aux soins est plus contingenté qu'en libéral. Pour autant ces deux systèmes, basés sur une grande autonomie d'organisation (communautés autonomes en Espagne et unités sanitaires locales en Italie), laissent ouvert une place pour une médecine libérale alternative plutôt centrée sur les spécialités.

Quel enseignement principal la France peut-elle tirer des cas européens ? Une tendance se dégage : sans une véritable organisation des soins de ville (la France en est loin), point de salut pour enrayer les déserts médicaux, soulager la pression hospitalière et motiver les acteurs professionnels. Simple, non ?

■ Pascal Beau

RELATION USAGER

Le « Aller vers », dispositif d'avenir

Depuis quelques années, les organismes de Sécurité sociale déploient des démarches d'appels sortants en direction des assurés. Une dynamique qui, si elle est appelée à être renforcée dans le cadre des priorités fixées par les conventions d'objectifs et de gestion, nécessite de préparer les équipes à une autre façon de concevoir la relation usager.

Les organismes de Sécurité sociale, à l'image de bon nombre d'acteurs opérant dans le secteur des services, font évoluer progressivement leur modèle organisationnel pour répondre aux besoins et attentes de leurs publics. L'époque où les opérateurs n'interviennent qu'en cas de sollicitation par les usagers commence à s'estomper pour laisser la place à un modèle plus proactif. Une approche qui répond aux objectifs fixés par les pouvoirs publics d'améliorer l'accès aux droits tout en luttant contre le non-recours aux prestations.

Service public

Outre les bénéfices engendrés à terme en matière de qualité de service et de prévention de certains risques, le déploiement de démarches « d'Aller vers » est positivement perçu par les acteurs associés à celles-ci : renforcement du lien et amélioration de la relation entre l'usager et les services publics, valorisation de l'image de ces derniers, possibilité d'atteindre de nouveaux assurés, etc. En un sens, le « Aller vers » remet la notion du service public au centre des missions portées par les organismes locaux et nationaux. D'ores et déjà plusieurs démarches concrètes sont portées dans les différentes

branches. Par exemple, outre les campagnes nationales pilotées avec la CNAM, les Cnam déploient le dispositif de Mission accompagnement santé (MisAS) pour lutter contre le renoncement aux droits et aux soins des assurés. Pour les Caf, les missions d'ARIPA, sur le versement des pensions alimentaires, et celles dédiées au soutien des familles fragiles en sont une autre illustration. Les Carsat, dans le cadre de l'envoi d'informations anticipées, devançant les demandes d'ouverture de droits retraites de leurs assurés. Enfin, les Urssaf, et sans oublier les MSA, s'inscrivent également dans cette dynamique générale d'aller à la rencontre de leurs publics pour répondre à leurs besoins.

Cette évolution implique d'importantes mutations au sein des réseaux de Sécurité sociale. Une mini-révolution culturelle qui commence notamment par le portage d'une stratégie service davantage centrée autour des initiatives et des collaborations territoriales hors champ interbranche.

Transformation profonde

L'ensemble de ces évolutions est annonciateur d'un changement de paradigme profond d'une institution basculant sur un mode de fonctionnement



d'avantage orienté vers une logique d'offre active. Dans cette optique, plusieurs leviers sont susceptibles d'être mobilisés en vue de réussir cette transformation comme l'utilisation, et le partage mutualisé en interbranche, des données en vue de définir un ciblage plus précis et d'adapter l'offre de service au besoin de l'usager ou l'adaptation territoriale des approches retenues afin de mieux intégrer les réalités du terrain. En outre, plusieurs organismes inscrivent leurs démarches dans une dynamique partenariale avec d'autres acteurs associatifs locaux. Une logique à fort potentiel pour pouvoir atteindre des publics souvent éloignés des services publics.

Le chantier de montée en charge du « Aller vers » s'avère donc tout aussi conséquent qu'il s'annonce nécessaire pour une Sécurité sociale ambitionnant de continuer de franchir des caps dans sa quête d'efficacité et de recours au droit.

■ Alexandre Beau

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES LIÉES À LA PROMOTION DES OFFRES DE SERVICES

Dans l'objectif de renforcer les techniques et les postures à adopter dans le cadre d'une démarche « d'aller vers », l'Institut 4.10 propose des modules de formation ciblés :

- Formation des gestionnaires conseil et des conseillers services pour les branches Maladie et Famille.
- Formation « Mener avec confiance et efficacité » des appels sortants vers les assurés.

- Formation à la gestion des entretiens téléphoniques auprès des personnes en situation de détresse.
- Et enfin, un accompagnement spécifique des managers qui encadrent ces activités. ■

Pour plus d'informations sur cette offre complète :



► DONNÉES DE SANTÉ

La **Fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique** a obtenu, le 31 décembre dernier, le feu vert de la CNIL pour créer un **entrepôt de données de santé (EDS)**. Cet outil stratégique, exclusivement dédié à la recherche scientifique, permettra d'identifier les leviers d'amélioration en matière de prévention et de prise en charge. Entretien avec **Clotilde Truffaut et Karim Ould-Kaci**, respectivement présidente et directeur général de la Fondation.

“ Contribuer au virage du curatif vers le préventif ”



Pourquoi avoir créé cet entrepôt ?

Clotilde Truffaut : La mutuelle MGEN protège 4,6 millions de personnes en régime obligatoire et régime complémentaire. Nous disposons donc de beaucoup de données de santé. Nous avons créé la Fondation pour faire avancer la recherche en santé publique avec une vocation d'intérêt général. De la même manière, notre entrepôt de données de santé (EDS) vise à améliorer les connaissances en santé publique, la prévention, et à nous outiller en termes de plaidoyer vis-à-vis des décideurs publics.

Karim Ould-Kaci : En tant qu'organisme de recherche, nous avons déjà l'habitude de traiter les données MGEN à travers un échantillon de la population avant la mise en place du RGPD, sous le régime d'autorisation accordée par la CNIL. Le RGPD nous a ensuite amenés à revoir les procédures d'autorisation et à repenser nos outils de gestion des données à des fins de recherche scientifique, notamment pour répondre aux nouvelles exigences de sécurité. La création d'un EDS nous est apparue comme un des moyens de nous inscrire dans ce nouveau régime d'autorisation, l'autre intérêt étant de repenser cette masse de données pour avoir des données beaucoup plus fines et massives. Elle nous permettra d'utiliser d'autres méthodologies, notamment des modèles prédictifs reposant sur l'intelligence artificielle. La finalité est

également de faire le lien entre ces données et des programmes de prévention et d'accompagnement des pathologies chroniques notamment mis en place par MGEN. L'idée est de chaîner les données de ces actions avec celles des régimes obligatoires et complémentaires pour analyser d'un point de vue scientifique, l'impact sur la santé.

Quel est le calendrier de mise en œuvre de l'EDS ?

C.T. : Le projet de l'EDS est mené depuis trois ans, afin de monter le dossier CNIL. Compte tenu du caractère très sensible des données de santé, nous sommes ravis d'avoir obtenu cette autorisation accordée pour trois ans. Nous travaillons désormais sur la mise en place de la gouvernance de l'EDS. Elle comprendra une direction du pilotage, composé de Karim Ould-Kaci et de moi-même, de chercheuses de la Fondation et de représentants de MGEN. À ses côtés, un comité scientifique et éthique rassemblera notamment des personnalités expertes dans le domaine de la santé publique et des personnes protégées par MGEN. L'objectif est que l'EDS commence à fonctionner au dernier trimestre 2025. Ce projet a été conduit sur le long terme, en impliquant des équipes de scientifiques, des politiques, des informaticiens. C'est une belle réussite collective.

Quelles garanties et garde-fous avez-vous prévus auprès de la CNIL ?

K.O.-K. : Le dossier d'autorisation de la CNIL a reposé sur plusieurs critères, en particulier scientifiques, avec un volet important sur la sécurisation et le traitement des données. Nous avons travaillé sur ces sujets avec la déléguée à la protection des données (DPO) MGEN et les équipes informatiques MGEN Technologies, pour mettre en place notamment une pseudonymisation des données. Les adhérents peuvent également s'opposer à ce traitement, dont les finalités sont transparentes.

C.T. : Dans le dossier de la CNIL, nous avons bien spécifié que les données ne peuvent être utilisées qu'à des fins de recherche. Pour être très claire, il n'y aura pas de lien entre l'utilisation des données et le calcul du risque assurable. Le

risque est que les assureurs y aient recours pour fixer les cotisations en fonction des risques, ce qui n'est absolument pas notre objectif.

À quoi ces données vont-elles servir et à qui vont-elles s'adresser ?

C.T. : Une des premières recherches que nous souhaitons mener concerne la start-up Lyv, partenaire de MGEN, qui accompagne les femmes souffrant d'endométriose. Depuis trois ans, les adhérentes, militantes et salariées peuvent bénéficier de cet accompagnement. Jusqu'ici, nous nous sommes appuyés sur des questionnaires pour évaluer ce programme, et donc sur du déclaratif. Demain, nous serons capables de mesurer s'il y a moins de consommations de soins ou plus de recours aux médecines douces. Cela nous permettra donc d'évaluer scientifiquement ce dispositif. La médecine en France est très curative, peut-être parce que nous ne savons pas évaluer la prévention. Nous pourrions donc apporter des connaissances sur ce sujet et contribuer ainsi à un virage du curatif vers le préventif. Nous voulons amener à une réflexion sur l'utilisation des cotisations des adhérents vis-à-vis des dispositifs de prévention, et plus largement, pour tous les citoyens.

K.O.-K. : Comme tout organisme de recherche en santé publique, notre métier est de publier les résultats. Nous ne sommes pas du tout un service R&D classique, nos travaux sont transparents et accessibles à tous. La mise en exergue de l'efficacité d'une action de prévention pourrait très bien être diffusée au plus grand nombre. La notion d'intérêt général est vraiment essentielle et intrinsèque à notre projet.

Cette évaluation pourrait-elle concerner les programmes des autres mutuelles du Groupe VYV ?

C.T. : Nous en sommes encore aux prémices, mais tout est imaginable. Nous avons déjà été approchés par des universitaires, d'autres mutuelles et fédérations qui souhaiteraient travailler avec nous. Une fois l'EDS mis en place, il faudra s'interroger sur nos critères de choix car les trois ans vont passer très vite.

Vous êtes les seuls à disposer à la fois de données RO et RC, quelle plus-value ?

K.O.-K. : C'est toute l'audace et l'intelligence de MGEN, qui a conduit à la création de la Fondation en 2002 et aujourd'hui à l'EDS. Toute sa force est de comprendre que ses données peuvent être utiles pour la santé publique et dans un cadre d'intérêt général. Les données prévoyance, dont nous disposons également, ouvrent des possibilités extrêmement importantes, par exemple sur la problématique des arrêts longs ou même la protection prévoyance en tant que telle.

C.T. : Dans son offre RC, MGEN intègre la prévoyance en couvrant l'invalidité, le décès, l'incapacité et la dépendance. Nous sommes donc aussi en mesure de fournir des études face à ce sujet qui est un peu un serpent de mer politique. En tant que mutuelle de l'économie sociale et solidaire, nous menons des activités d'assurance, mais nous sommes également un mouvement social. Nous portons des idées



Clotilde Truffaut

progressistes et nous sommes au service de nos adhérents, avec des administrateurs élus. La mutuelle intègre donc en elle-même la notion d'intérêt général, la création de la Fondation relève des mêmes objectifs dans une réelle complémentarité.

Vous évoquez la possibilité de peser auprès des pouvoirs publics, quel apport de l'EDS ?

C.T. : Nous sommes très engagés sur la santé des femmes, sur laquelle MGEN est historiquement mobilisée. Or, en termes de santé publique, il y a encore trop peu de recherches sur ces sujets. Si nous arrivons à documenter de manière scientifique les problématiques de santé des femmes et à démontrer des pertes de chances dans les prises en charge et dans la prévention, nous pourrions porter ces sujets auprès des décideurs publics, les députés notamment, pour faire en sorte d'améliorer certains dispositifs. Ces recherches scientifiques pourront être utilisées à des fins de plaidoyer, et aussi vulgarisées puis diffusées dans la société dans une approche de sensibilisation. Nous souhaitons d'ailleurs faire entrer des spécialistes de ces sujets dans la Fondation ou dans la gouvernance de l'EDS, qui est vraiment un outil au service d'enjeux sociétaux.

K.O.-K. : La Fondation a déjà publié quelques études, notamment sur le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Cette masse de données supplémentaires nous permettra d'affiner et de continuer à traiter cette thématique essentielle.

MGEN est aussi mobilisée sur les questions de santé mentale, comptez-vous investir ce champ ?

K.O.-K. : Dans le cadre de notre partenariat avec l'INSERM, nous travaillons notamment avec les données de personnels de l'éducation nationale issues de la cohorte Constance de personnels de l'éducation nationale, un des prismes étant la santé mentale. Nous nous sommes intéressés aux causes d'arrêt maladie et au burnout. Nous voulons continuer à creuser notre expertise sur la santé mentale, couplée avec cette priorité populationnelle chez les femmes.

L'idée est d'étudier les consommations de soins en santé mentale et ensuite de travailler sur des questions de recherche en lien avec celle-ci, identifiées par la direction du pilotage et le comité scientifique et éthique. L'EDS doit permettre de repenser la manière dont la Fondation fait de la recherche, en étant à l'écoute de nos partenaires avec un regard sociétal.

Quel lien avec les établissements et les activités de Livre III ?

C.T. : Dans la gouvernance de l'EDS, nous souhaitons intégrer un médecin conseil qui travaille avec l'ensemble de nos établissements. L'idée est de faire le lien entre l'activité sanitaire médico-sociale de MGEN et la recherche pour construire des passerelles entre toutes nos activités.

■ Propos recueillis par **Émilie Guédé**

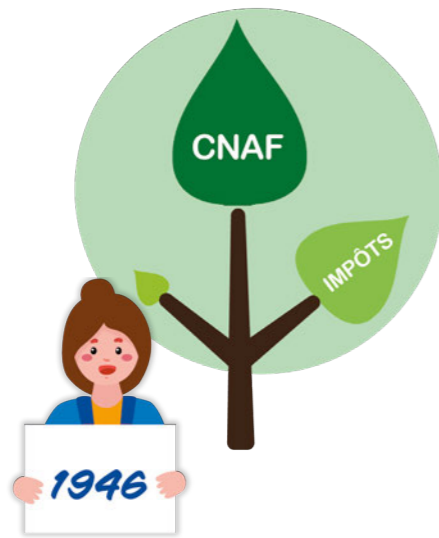
Politique familiale, entre réussite et incertitudes

La politique familiale de la France est citée comme une référence européenne, voire au-delà. En termes quantitatifs et qualitatifs, les réussites demeurent là. Des acquis notoires et consensuels donc, une rareté nationale en ces temps troublés... Toutefois, des défis plus complexes se présentent nourrissant des incertitudes de fond. Explications.

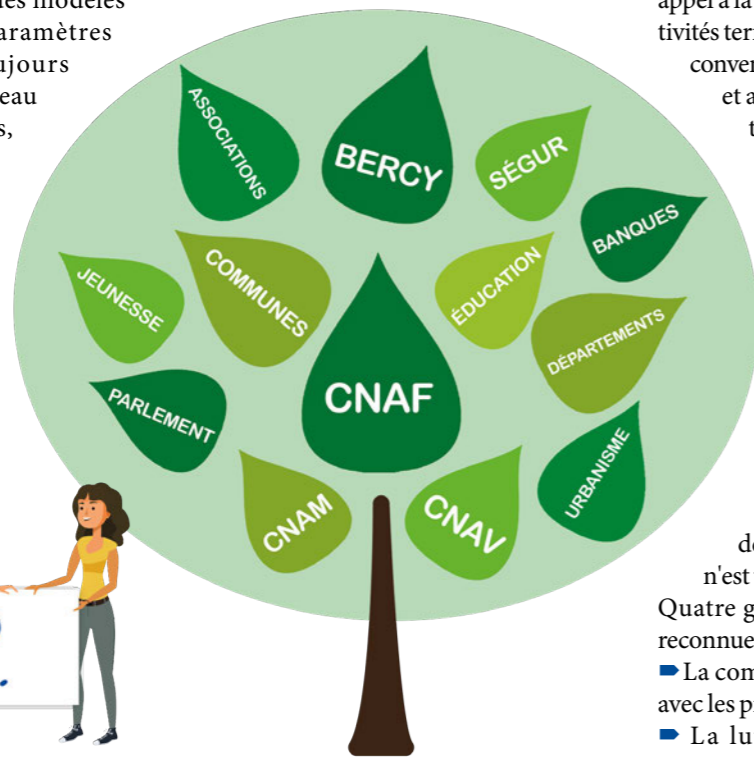
En 80 années, la politique familiale est sortie du lit simple et univoque d'une branche peu chargée en prestations au début, gérant des droits universels, créant un réseau de Caf dense et motivé. Depuis, confrontée aux promesses électorales et aux situations sociales de plus en plus complexes à traiter, la branche Famille est devenue la « cheville ouvrière » des solutions à la précarité tout en conservant ses missions familiales. Pas toujours simple à piloter pour la CNAF.

Tout a changé!

Le slogan type « tout a changé » s'applique bien à la branche Famille en général. Plus de 20 prestations à gérer, des situations de plus en plus complexes multifactorielles contraignant les équipes de terrain à traiter les avatars d'une société et des modèles familiaux écartelés. Les paramètres originels ne sont plus toujours opérants. La CNAF et le réseau des Caf sont multifonctions, multicasquettes. Ses gestionnaires cultivent un indispensable pluralisme réglementaire et doivent garantir une informatique performante. Ne serait-ce que sur la question de l'éradication des erreurs et de la lutte contre la fraude.



1946-2000 ou les bouleversements de la politique familiale.



Sur le plan financier, depuis 1945, la branche sert souvent de réservoir de trésorerie pour la CNAM et la CNAV. Combien de recettes « dérobées » par les branches déficitaires au dépens de la CNAF, depuis près de 60 ans ? Parce qu'en 1967, on était censé gérer la Sécu selon une spécialisation des risques sociaux en cessant la confusion des recettes... Montant du détournement alors ? Au moins 15 à 20 Mds €, tout de même !

Quatre priorités nationales

Illustration des mutations de la branche, ce qu'on appelle la politique familiale dépasse désormais le seul champ de compétence et d'action de la CNAF. Quand bien même celle-ci pèse pour les trois-quarts de la dépense totale. Cette politique fait aussi appel à la fiscalité, aux missions des collectivités territoriales, aux entreprises avec les conventions collectives, à l'action sociale et aide sociale, sans oublier un large tissu associatif et aux aides communautaires plus ou moins formalisées. Les rapports de l'IGAS/IGF et du Haut conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) en 2021 confirment le désenclavement de la politique familiale, la croisant avec celle de l'emploi, du logement et de l'éducation voire du sociétal. Un enchevêtrement compliqué qui n'évite pas les redondances de compétences et de moyens si ce n'est une confusion sur les finalités.

Quatre grandes priorités sont toujours reconnues :

- La compensation des charges d'enfant avec les prestations d'entretien.
- La lutte contre la précarité et la

vulnérabilité des familles. La montée de la monoparentalité est un facteur prégnant de pauvreté et d'affaiblissement de la cellule familiale.

- L'accueil des jeunes enfants (crèches et assistanat maternel), préoccupation majeure des dernières années.
- L'équilibre économique de la branche et la stabilisation des recettes.

Les trois premiers objectifs ont-ils été atteints ? Le rapport du HCFEA de 2021 adoube ce constat d'ensemble. Le niveau de vie des familles avec enfants, la réduction du taux de pauvreté, la disponibilité de services et d'accueil de la petite enfance, ont progressé. Forcément insuffisamment aux yeux de certains, notamment s'agissant de l'accueil de la petite enfance. Sur la pauvreté, en dépit de l'effort collectif, 20 % des enfants vivent encore sous le seuil de pauvreté. Sur les modes de garde, condition de la réussite de la conciliation vie familiale et vie professionnelle, donc de l'égalité hommes-femmes, il manque toujours quelque 200 000 places d'accueil. Se font jour depuis de nombreuses années, des enjeux structurels auxquels il n'est pas certain que la politique familiale *stricto sensu* puisse répondre tant les solutions bousculent les contours historiques de la branche.

Quelques défis pour la politique familiale

Élus et gestionnaires de la branche Famille s'emploient à maintenir un corpus doctrinal, une identité mise à mal cependant par un certain irénisme politique. À droite, à la veille d'une élection, on se rappelle que la famille « française » existe... À gauche, excepté quelques élus et ministres engagés, c'est l'ignorance et le silence gêné. La famille, une valeur revendiquée ? Les progrès attendus sur les objectifs de la COG en cours, portant déjà sur la qualité de service, l'intégration de l'IA (vers des Caf davantage numérisées), bousculeront beaucoup de choses. Nombre de procédures et de métiers changeront. Tenir les coûts, progresser sur la lutte contre les fraudes, étendre les liens contractuels avec les partenaires territoriaux et associatifs et les rendre encore plus efficaces. Même la défense de l'intégrité de l'action sociale menacée sur le plan organique (des convoitises perdurent sur tout le champ du régime général d'ailleurs) doit être assurée.



Quelques repères

- Le réseau national animé par la CNAF comporte 100 Caf avec 35 000 collaborateurs. Plus de 1 milliard de visites annuelles sur les plateformes numériques. 33 millions de personnes accompagnées, dont 14 millions d'enfants. 100 000 services et actions déployés notamment pour l'accueil de la petite enfance.
- La politique familiale de la France, c'est, pris au sens large du terme, 3 % du PIB, soit 87 Mds €. Au-dessus de la moyenne européenne située à 2 %. La CNAF en 2025 pèse 60 Mds € dont :
 - 22,3 Mds € au titre des prestations d'entretien (14 Mds € pour les seules allocations familiales)
 - 12 Mds € pour la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), 8 pour l'action sociale (en croissance régulière)
 - 5 Mds € pour l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)
 - 6 Mds € pour les majorations d'enfants de droits
 - 2,2 Mds € pour les I. J. maternité.
 - À cela, s'ajoute 17 Mds € de « dépenses fiscales », 6 Mds € d'aides sociales et logement réglementaires et 3 Mds € encore au titre du secteur associatif et communautaire.
- La COG CNAF-État pour 2023-2027 fait état de 10 priorités essentielles pour la branche. Parmi celles-ci, on note la mise en place du service public de la petite enfance, l'amélioration de l'accès aux droits (réduire les non-recours aux prestations et aux aides), les activités péri et extra scolaires, l'accompagnement des situations de séparation, la solidarité à la source (facteur de réduction des erreurs et fraudes), la coopération avec les territoires. ■

Plus largement, plusieurs enjeux préoccupent le pays. La relance de la natalité, l'accueil de la petite enfance, la lutte contre la pauvreté, encore et toujours. Sans négliger les défis de l'adolescence et de la jeunesse, domaines où la branche pourrait être sollicitée davantage. Tout cela avec les boîtes à outils que sont le service public de la petite enfance et la solidarité à la source. Des réformes délicates et potentiellement considérables sont potentiellement encore à venir. Sur ces enjeux, la CNAF est un amortisseur de crises et un anticipateur des mutations sociales de premier plan. Elle est donc au carrefour de multiples domaines et acteurs de la solidarité nationale.

Penser une politique sociale

Il faut une politique sociale sur la famille. Même si la branche n'est plus au premier rang du régime général et des préoccupations politiques. Les défis de la vie moderne incitent à valoriser la représentation de l'enfance dans la société. C'est fondamental pour l'équilibre du pays. L'exercice de la parentalité est le défi majeur. Incluant son environnement sur la qualité de l'emploi, le logement, les transports, l'éducation, la santé et les modes de garde. C'est par la branche Famille que s'amorce en partie le devenir de l'intégration sociale pour des millions de personnes. Ni la CNAF, ni l'État, ne peuvent inverser aisément les risques liés à la dégradation des modes de vie d'une partie des familles. Idem pour la précarité et la pauvreté. La fonction réparatrice qu'est la Sécurité sociale dans son essence se heurte aux mutations subies par une société fracturée. La politique familiale devient de plus en plus compliquée à concevoir, à piloter et à financer. Elle est pourtant un opérateur incontournable sur un large spectre de défis à résoudre. Raison de plus d'en maintenir les missions, voire de les conforter, de garantir ses capacités économiques, ses savoir-faire, son réseau désormais optimisé pour sa conception et son organisation.

■ Pascal Beau

Prochain épisode :
80 ans, l'AEN35 porte le débat.



ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS MNH

QUAND ON EST LE CŒUR DE L'HÔPITAL, ON MÉRITE AUSSI D'ÊTRE SA VOIX.

En 2025, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers organise la nouvelle élection de ses délégués. Participez pour faire entendre votre voix. Pour en savoir plus, rendez-vous sur mnh.fr



Mutuelle Nationale des Hospitaliers
**CRÉE PAR ET POUR
LES HOSPITALIERS**

Plus d'informations sur mnh.fr



MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL - 331, AVENUE D'ANTIBES - 45213 MONTARGIS. LA MNH ET MNH PRÉVOYANCE SONT DEUX MUTUELLES RÉGIES PAR LES DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, IMMATRICULÉES AU RÉPERTOIRE SIRENE SOUS LES NUMÉROS SIREN 775 606 361 POUR LA MNH ET 484 436 811 POUR MNH PRÉVOYANCE. CRÉDIT PHOTO : JH ENGSTRÖM. AGENCE : AUSTRALIE