

ESPACE SOCIAL

EUROPÉEN

CENTRES DE SANTÉ

**Un accord pour relancer
la dynamique**

FAMILLE

Top départ du CMG

**REDRESSEMENT
DES COMPTES**



LE TEMPS PRESSE



**PÉDAGOGIE ET COMPRÉHENSION
MISSION IMPOSSIBLE ?**

AGIR POUR LES AGENTS PUBLICS, C'EST AGIR POUR LE SERVICE PUBLIC

MFP

MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

UNE DÉMARCHÉ MUTUELLES

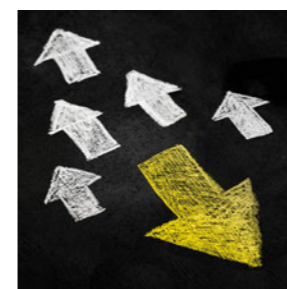


ÉDITO

Alexandre Beau



Contre-pied



Les premières sorties d'un nouveau Premier ministre relèvent toujours d'une certaine symbolique. Sébastien Lecornu a pour sa part opté pour un centre de santé. Le geste a pu surprendre car à la fois nullement anticipé, mais aussi, car en décalage avec les sujets budgétaires faisant la une de l'actualité. L'annonce de la création d'un réseau de 5000 centres de santé de proximité labellisés par l'État a, quant à elle, pris beaucoup de monde à contre-pied. Cette démarche pourrait se révéler être loin anecdotique.

Faut-il y voir une volonté gouvernementale de reprendre la main sur l'organisation de l'accès aux soins vis-à-vis d'un binôme CNAM/médecine libérale tardant à produire des résultats à la hauteur des attentes et besoins des populations situées dans les zones les plus fragilisées du territoire national? Le postulat peut sembler un peu exagéré, mais il dénote tout de même d'un sentiment que les efforts fournis jusqu'ici se sont avérés peu productifs. CPTS, assistants médicaux, forfaits ROSP, journées de solidarités, aides à l'installation... beaucoup de créations, un zeste d'innovation, pour au final une mobilisation qui déçoit aux vues des conséquents efforts financiers consentis.

Sur le terrain, l'impatience, que dire le sentiment d'exaspération, continue de grandir. Face aux limites des réponses imaginées depuis les organes centraux, les élus locaux agissent. Le département de la Saône-et-Loire, choisi par le Premier ministre, est symptomatique de cette nouvelle façon de vouloir concilier maillage médical et bassins de population. De multiples centres de santé s'y ouvrent démontrant au passage qu'un autre modèle de fonctionnement salarié et collectif peut très bien trouver sa place dans un paysage médical français historiquement déchiré entre son hôpital et sa médecine de ville libérale. Alors entendons-nous, tout n'est pas parfait, loin de là. Mais au moins, les choses bougent et elles ont le mérite de redynamiser des territoires qui, jusqu'à peu, semblait condamner à devenir des déserts médicaux.

En ce sens la volonté de créer un pendant sanitaire aux maisons France Services, un dispositif qui fonctionne au passage, peut être saluée. Après tout, une majorité de nos voisins européens ont depuis longtemps opté pour sur ce modèle. Sans que leurs usagers s'en plaignent d'ailleurs. Par les temps qui courent, l'exécutif s'en contenterait bien. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT

- Lecornu aux manettes.
- Sécurité sociale, les comptes devenus « incontrôlables ».

10 - SÉQUENCES

10 • Santé

Centres de santé : un accord pour amorcer une relance ?

12 • Europe

Commission européenne : de réels obstacles au déploiement de l'IA.

12 • Famille

CMG : une réforme pour mieux prendre en compte les besoins des familles.

14 - 80 ANS DE LA SÉCU

Sécurité sociale, une pédagogie difficile.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 60 000 €
RCS Paris 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
Action sociale :

Alexandre Beau, a.beau@espace-social.com

Prévoyance complémentaire, Famille :

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 : Cocktail Santé

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

ÇA CHANGE!



Depuis mai 2017, plus de 30 ministres et secrétaires d'État (sans compter l'implication directe des Premiers ministres notamment durant la crise sanitaire et les réformes des retraites) furent peu ou prou en charge de la protection sociale.

Un 10^{ème} ministre de la Santé!

En l'espace de 8 ans et 4 mois, la France a connu déjà 9 ministres de la Santé : Agnès Buzyn, Olivier Véran, Brigitte Bourguignon, François Braun, Catherine Vautrin, Agnès Firmin-Le Bodo, Frédéric Valletoux, enfin Yannick Neuder, dernier en date avant la démission du gouvernement Bayrou. Un record ! Et ce n'est pas fini. Restent quelque 20 mois avant le terme du second quinquennat d'Emmanuel Macron...

... Un 11^{ème} ministre chargé des Solidarités

(Famille, Personnes handicapées et âgées, Lutte contre la précarité, Enfance). Ou plutôt, un ministre délégué voire un secrétaire d'État, parce que rattaché à un ministre de pleine compétence, chargé des Solidarités. Parmi les noms, citons : Agnès Cluzel, Charlotte Caubel, Charlotte Parmentier-Lecocq, Fadila Khattabi, Adrien Taquet, Paul Christophe, Jean-Christophe Combe.

... Un 6^{ème} ministre des Retraites

En général, ce poste relève du champ ministériel du ministre de l'Emploi, du

Travail. Depuis mai 2017, compte tenu de l'importance du dossier, ce fut surtout Matignon qui prit directement en charge les réformes. Que ce soit Édouard Philippe en 2018, ou Élisabeth Borne en 2023, certes très aidée par Olivier Dussopt, et François Bayrou pour ces derniers temps. Les noms des anciens titulaires : Murielle Pénicaud, Laurent Pietraszewski, Élisabeth Borne, Olivier Dussopt, Astrid Panosyan-Bouvet.

... Un 6^{ème} ministre des Comptes publics et sociaux

Tout se tient en matière de politique sociale. Le point d'équilibre des arbitrages fut toujours localisé à Bercy. Depuis la présidence de Nicolas Sarkozy, un ministre des Comptes publics et sociaux assume les politiques budgétaires qu'il s'agisse de l'État et de la Sécurité sociale (via les PLFSS) et les réformes des retraites. Les noms des titulaires ? Olivier Dussopt, Gérald Darmanin, Thomas Cazenave, Gabriel Attal, Amélie de Montchalin. ■

À NOTER



La HAS rejette la prise en charge du médicament anti-Alzheimer Leqembi à titre précoce au double motif de son inefficacité et de ses effets secondaires.

La directive européenne « DERU » (eaux résiduelles urbaines) est jugée excessive par les industriels de la santé et de la cosmétique pour un surcoût de 600 à 700 Ms € annuels.

Annonces multiples des grands laboratoires pharmaceutiques mondiaux de retraits d'investissements en Grande-Bretagne (MSD, AstraZeneca) en matière de R&D au motif de « perte de compétitivité du pays ». Un recul de 58 % des investissements sur les sciences de la vie dans le pays depuis 2017 ! La France ne fait pas mieux...

Selon Iqvia, de mai 2024 à mai 2025, en cumul mobile, le marché des génériques s'est décomposé en 1,31 milliard de boîtes vendues pour une valeur totale de 6,1 Mds €. Le taux de pénétration atteint 86 %. Quant aux biosimilaires, 16,4 millions de boîtes ont été vendues pour un CA de 1,75 Md € avec un taux de pénétration de 40 %.

ILS ONT DIT

« Tous les pays de l'UE sont confrontés à des déserts médicaux et des inégalités territoriales d'offre de soins (...) la question est donc universelle. Quand bien même des différences de situation existent. On parle plutôt dans certains pays de zones sous-denses. Mais on manque de recul pour évaluer l'impact des mesures de régulation (...) sur les mesures à caractère obligatoires, les études montrent que les effets sont plutôt court-termistes. Les médecins y exercent le temps demandé, mais n'y restent pas ».

Guillaume Chevillard, chercheur en géographie de la santé dans *Le Monde*.



« L'I.A. transforme totalement les conditions d'exercice médical. Les algorithmes offrent des solutions inédites pour le déroulé de la consultation, la structuration des dossiers, l'information partagée avec le patient et la prescription (...) Sur le fond des disciplines, le bouleversement sera considérable avec des preuves de valeur pour la radiologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, les diagnostics en oncologie, le diabète avec le dosage d'insuline automatique pour ne citer que quelques domaines. Sans oublier la prévention avec une démarche particulièrement interactive possible ».

Antoine Tesnière, directeur général de Parisanté Campus dans *le Médecin de France*.

► Tocsin en Allemagne!



Friedrich Merz, chancelier fédéral d'Allemagne, n'a pas les mêmes états d'âme que ses homologues français s'agissant des déficits sociaux. Plutôt que de renvoyer la question à la création d'une sorte de Cades « sauce Berlin », les 6 à 8 Mds € de déficit du régime fédéral AOK feront l'objet d'un projet de loi dès octobre prévoyant des économies et un strict encadrement des hausses de cotisations imputées aux entreprises. ■

► Accès aux soins

Rappel aux acteurs publics et professionnels : selon les travaux de l'Irdes, 18 % de la population française est en difficulté d'accès aux soins. 5 % de la population est en « grand » besoin d'accès aux soins primaires. Notamment dans le Nord, le Centre, l'Île de France ainsi que dans plusieurs zones

rurales et montagneuses. 13 % ont un accès « mitigé » et parfois « aléatoire » notamment en rural et périurbain. ■

► Chiffres « vérités » sur H



La Drees publie un bilan 2023 du secteur hospitalier : 13,2 millions de patients hospitalisés en 2023 pour 19 millions de journées au total, 369 400 lits d'hospitalisation complète (-1,2 %). Un recul de 10 % depuis 4 ans. *A contrario*, sur les quelque 2 965 établissements tous secteurs confondus, 88 500 lits d'hospitalisation partielle (+4 %) en progression de 9 % sur 4 ans. 20,8 millions de passages aux urgences recensés. Le secteur emploie 1,4 million de personnes en hausse sur 3 ans de 2 % pour le public et de 2,3 pour le privé lucratif. ■

LES CHIFFRES

8,8 %

de taux d'absentéisme dans les hôpitaux en 2024 (même taux qu'en 2019 avant la Covid-19), en baisse constante sur la plupart des établissements.

92 %

des patients atteints de diabète le sont au titre du diabète 2. 4,3 millions de patients sont traités pour un coût total de 10,2 Mds €.

56 %

des 1800 Ehpad privés à but lucratif (25 % du total) sont détenus par 5 opérateurs, dont Clariane (ex-Korian), Emeis (ex-Orpea), DomusVi.

Entre 561 Ms € et 1,7 Md €

de médicaments jetés chaque année pour cause d'inutilisation (Source : Cour des comptes).

10 %

des 188 millions d'enfants et adolescents en scolarité dans le monde en risque élevé d'obésité.

2,18 %

du PIB en 2023 consacré à la recherche, en recul de 0,5 % sur un an. L'Allemagne est à 3,1 %, la Grande-Bretagne à 2,7 %!

2 681 €

de montant maximum journalier de rémunération pour un médecin hospitalier intérimaire.

3 825

médicaments encore en rupture de stock en 2024 selon l'ANSM.

LECORNU AUX MANETTES



Bien que n'ayant pas encore déterminé la composition de son équipe gouvernementale, le nouveau Premier ministre, et les administrations centrales, tentent d'affiner les contours des prochains textes budgétaires devant être (normalement) présentés d'ici le début octobre. Si rien n'est figé, des tendances semblent toutefois émerger pour tenter de freiner les dérapages attendus.

Que l'exercice imposé, au fraîchement nommé, Sébastien Lecornu semble difficile. En quelques jours, il lui est demandé pas moins que retourner une situation pour le moins inextricable à la suite de la démission de François Bayrou. Le tout dans la configuration parlementaire connue de chacun. Mission impossible en perspective ? Les prochains jours devraient permettre d'y voir plus clair quant aux noms qui composeront la future équipe gouvernementale ainsi que les options qui auront été retenues pour les PLF et PLFSS version 2026. Évidemment dans la mesure où ce précaire équilibre ne vole pas en éclat d'ici là.

Une question de curseur

Une chose semble certaine : les 43,8 Mds € d'efforts attendus initialement dans le cadre du « moment de vérité » ne devraient pas survivre au départ de son auteur. Ceci étant, reste à déterminer là où le curseur sera placé. Entre les projections faites par le gouvernement Bayrou et les propositions formulées par le Parti Socialiste autour des 22 Mds€ d'économies, une importante marge de manœuvre existe. Sébastien Lecornu suivra-t-il alors la ligne émergente du « bloc » parlementaire présidentiel estimant qu'un effort autour des 35 Mds€ sera plus facilement acceptable aux yeux de l'opposition et de

l'opinion publique ? Autre bataille de chiffre qui devra être tranchée, celle de la progression de l'Ondam pour 2026. Là encore, la marge est réelle entre le taux de progression de 2 %, annonçait par Catherine Vautrin au cœur de l'été, et les 3 à 4 % espérés par les fédérations et syndicats dans les sphères sanitaires et du médico-social. Le nouveau Premier ministre sera-t-il tenté de couper la poire en deux avec un Ondam à 2,5 % ? Possible.

L'autre interrogation porte sur le contenu des textes budgétaires. Que restera-t-il de la mouture initiée le 15 juillet dernier ? Hormis la symbolique de l'abandon de la suppression des deux jours fériés, le nouvel Exécutif pourrait assouplir sa position concernant le périmètre retenue pour l'année blanche en matière de prestations sociales ainsi que son ambition en ce qui concerne la « modération » des dépenses de santé. Ces deux blocs comptaient pour 12,6 Mds € dans les 43,8 Mds € initialement prévus. Ce total devrait logiquement baisser. En marge, les près de 2 Mds € d'objectifs escomptés en matière de lutte contre la fraude sociale devraient être maintenus étant donné que les dispositifs prévus sont déjà en cours de déploiement.

Autres mesures attendues ayant déjà filtré ces derniers jours : la possible création d'un nouveau mécanisme de taxation des

industries pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires (en sus de la clause de sauvegarde), la diminution du champ de bénéficiaires des APL ainsi que la création d'une taxe sur le vapotage. Concernant la contribution exceptionnelle des Ocam, déjà attendue pour cette année en marge de l'application de la LFSS 2025, le flou persiste toujours.

Casting à définir

Enfin, demeure la question du pilotage politique de ces dossiers. Qui sera aux manettes sur les questions sociales et de santé ? Au jeu des pronostics, deux options sont sur la table à savoir le maintien du périmètre actuel, avec une Catherine Vautrin, chapeautant toujours un grand ministère, et auquel on adjoint des ministres délégués et/ou des secrétaires d'État. Les noms de ceux-ci pouvant toutefois évoluer. L'autre scénario consiste à chambouler le tout en faisant entrer de nouvelles personnalités voire en redéfinissant les périmètres des portefeuilles ministériels.

La première sortie sur le terrain du Premier ministre s'étant déroulée dans un centre de santé, faut-il y voir un présage que le prochain ministre de la Santé est attendu dans un rôle plus prépondérant qu'il ne l'est actuellement ? La réponse ne devrait pas tarder.

■ Alexandre Beau

SÉCURITÉ SOCIALE, LES COMPTES DEVENUS « INCONTRÔLABLES »



En mai dernier, dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes qualifiait la situation financière de l'institution d'« incontrôlable ». Depuis, les choses se sont, une énième fois, dégradées. Pour autant la crise financière n'est pas forcément perpétuelle.

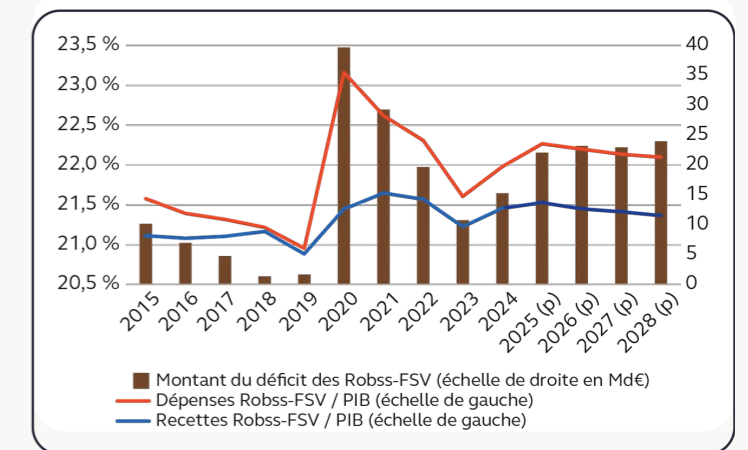
Trois graphiques et tableaux illustrent le pessimisme des magistrats de la Cour des comptes en mai dernier. Un constat largement confirmé en juin dernier sur l'état financier de la Sécurité sociale par le rapport Charges et Produits de la CNAM destiné à nourrir le PLFSS 2026 et au-delà. Thomas Fatôme, directeur général de la caisse nationale n'hésite pas à parler d'un déficit potentiel croissant d'ici 2029 pouvant atteindre les 40 Mds €, si le pays ne mettait pas de l'ordre et de la cohérence dans sa politique de santé.

Un effet ciseaux inexpugnable ?

C'est un classique de l'économie de la Sécurité sociale que celui du constat d'un « effet ciseaux » récurrent entre les recettes et les dépenses. On rappellera que sur les quelque 80 années d'histoire financière de l'institution, la majorité des exercices annuels se soldèrent par un déficit. Une forme d'accoutumance s'est même installée dans les esprits. Première introspection avec l'évolution des courbes recettes/dépenses sur un plan global.

Que s'est-il passé entre 2019 et 2024 ? Et au-delà ? Le quasi-équilibre de l'année précédant la pandémie de la Covid-19 a laissé la place à une plongée logique des comptes sociaux. Le « quoi qu'il en coûte » s'imposa d'évidence. Mais, une fois passée le temps de la crise, n'eut-il pas fallu prendre des mesures de redressement des comptes ?

Projections des soldes des régimes de S.S. de base (ROBSS) + FSV 2025-2028 selon la LFSS 2025 (en Mds €)



Sources : Cour des comptes, rapport Sécurité sociale 2025

Évolution des recettes et des dépenses de la Sécurité sociale au regard du PIB et de ses déficits (en Mds €)

	2025	2026	2027	2028
CNAM	-15,4	-16,1	-16,1	-16,8
AT-MP	+0,2	-0,4	-0,6	-0,5
ROB-VIEILLESSE*	-7,5	-5,7	-7,1	-8,9
CNAF	+0,4	-0,1	+0,8	+1,6
CNSA	-0,7	-2,2	-2,1	-2,8
TOTAL ROBSS	-23	-24,3	-25	-27,4
FSV	+0,7	+0,9	+1,9	+3,1
TOTAL	-22,3	-23,4	-23,6	-24,3

* ROB= Régimes obligatoires de base (toutes les caisses d'assurance vieillesse)
Source : LFSS 2025



tant pour les pensions vieillesse que les prestations familiales, que les revenus de remplacement prévus pour l'Assurance Maladie que sont la maternité et l'invalidité. Bref, une construction conforme qui prend néanmoins en compte des efforts d'économies permis par une lutte renforcée contre la fraude sociale et des économies sur les dépenses de soins comme les transports sanitaires et le médicament.

Toutes les hypothèses peuvent faire l'objet de discussion. Sur les cinq branches, quatre restent en déficit ! Seule la CNAF voit sa perspective comptable s'améliorer en lien avec la baisse de la natalité, un sujet toutefois de forte préoccupation. La CNSA connaîtrait un déficit croissant bien qu'une fraction de CSG (0,15 %) lui soit attribuée. Mais le tendancier est clair, notamment pour l'Assurance Maladie dont le déficit courant atteint le double de celui des régimes de base vieillesse. Ces derniers (les pensions d'État ne figurent pas dans les données) voient leur situation s'aggraver conformément aux projections du COR (Conseil d'orientation des retraites). Là, on marquera la situation particulière de la CNRACL (collectivités locales) subissant une situation très préoccupante.

Dettes et trésorerie dans le noir!

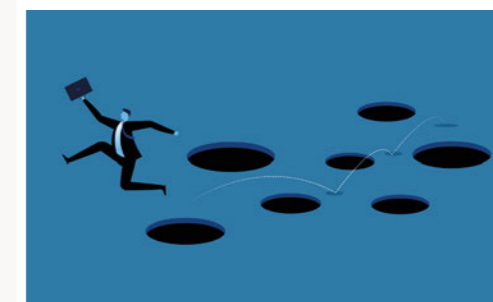
Une fois de plus, les travaux de la Cour des comptes éclairent d'un jour singulier les perspectives de la dette et de la trésorerie de la Sécurité sociale. Le tableau (page suivante) tiré du rapport de mai dernier fait froid dans le dos...

Officiellement, la dette sociale (396 Mds € repris fin 2024 depuis son origine en 1996) devrait être éteinte en 2033.

Projection de la dette sociale jusqu'en 2028 (en Mds €)

	2023	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Situation nette négative Cades	145,2	137,9	121,7	105	87	69
Cumul des déficits non repris du régime général	11,6	11,7	31,3	53	76	100
Situation nette négative CNRACL	4,9	7,9	10,3	12	13	13
Total	161,7	157,5	163,3	170	176	182
dont pesant sur l'Acoss	16,5	19,6	41,6	65	89	113
Encours moyen annuel Acoss	19,1	26,6	46,0	70	90	115
Plafond d'emprunt Acoss	45,0	45,0	65,0	90	110	135

Note : pour 2026-2028, les plafonds d'emprunt indiqués, qui ne figurent pas dans la trajectoire votée, sont une projection mécanique en fonction de l'encours moyen prévisible.
Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2025 et les projections Acoss, Cades et CNRACL



Plusieurs facteurs expliquent la déprime financière. En premier lieu, l'impact des plans Ségur sur les secteurs hospitalier et médico-social. Plus de 15 Mds €, certes nécessaires, mais non financés par des recettes nouvelles. Croire que la dynamique de l'économie et de l'emploi retrouvées au sortir de la phase aiguë de la crise sanitaire était trop optimiste. Le secteur hospitalier était quasiment exsangue. Quant au renchérissement du coût des soins de ville, ce ne fut pas au service d'un relais destiné à soulager l'hôpital public. Une tendance lourde et préoccupante du système de soins. Car tout s'opère comme si les deux secteurs sont dans une cohabitation permanente, sans liens organiques. En juillet dernier, la dynamique de croissance du poste « ville » de l'Ondam 2025 atteignait 5,7 % ! Hors de portée pour le rythme des recettes courantes.

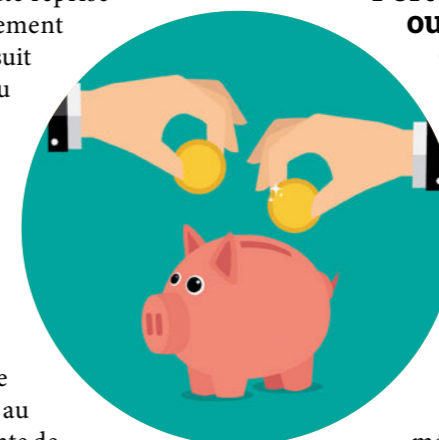
À regarder de plus près l'évolution projetée des deux courbes dépenses/recettes, un fossé s'opère durablement sur l'ensemble du périmètre des risques sociaux. Un effet structurel en réalité. Cet écart est chiffrable : de l'ordre de 0,5 % à 0,7 % du Pib. Soit en valeur, entre 20 et 25 Mds € annuels ! La courbe des dépenses vogue vers une croissance de 4 % l'an tandis que celle des recettes traîne vers 3 %.

Des perspectives plutôt négatives

Le tableau ci-dessus des projections selon les risques, tiré de la LFSS 2025, accroît la perplexité. Les chiffres ne sont pas bons. Les hypothèses de recettes et de dépenses sont plutôt conventionnelles. Une croissance économique basse de l'ordre de 1,4 % par an, couplée avec des créations d'emplois toutefois limitées et un pouvoir d'achat en légère progression. Soit une dynamique de 3,4 % au mieux pour la masse salariale. Côté dépenses, les comptes nationaux ont choisi la continuité. Avec un taux d'Ondam de 2,8-3 % et le maintien du pouvoir d'achat des prestations en espèces des régimes sociaux

Toutefois, depuis la LFSS de 2024 toute reprise nouvelle de dette est constitutionnellement interdite. Pour autant, la situation poursuit sa dégradation. À preuve, dans le tableau publié par la Cour des comptes, figure une ligne intitulée « cumul des déficits non repris du régime général » qui montre *de facto* la création d'une nouvelle dette sociale. Laquelle eu égard aux projections pourrait atteindre 100 Mds € en 2028. C'est l'Urssaf Caisse nationale qui est chargée de la besogne d'emprunter à court terme sur les marchés financiers (un an tout au plus) pour alimenter la trésorerie courante de l'institution ! Compte tenu des cycles de besoins « d'argent frais », la caisse nationale, dont le sérieux et la signature sont reconnus, emprunte jusqu'à un seuil fixé par la LFSS comme 65 Mds € en 2025.

La Cour des comptes plaide alors pour une nouvelle loi organique restaurant la capacité de la Cades à dépasser la date de 2033. Tout autant que des mesures d'économies. Remarquable, ce qui est juste, que la mission de l'Urssaf caisse nationale n'est pas de se transformer en « Cades bis ». Pour ce faire, il faudra franchir l'obstacle du Conseil constitutionnel qui exige depuis 2023 du gouvernement des solutions efficaces de recettes pour mettre fin à l'imbroglio perpétuel des déficits. À l'instar des intérêts de la dette générale du pays (les fameux 3 415 Mds € de fin août dernier), perdurent ceux découlant de la dette sociale. Environ 3 Mds € en 2025 pour la Cades auxquels s'ajoutent le coût des emprunts annuels de l'Urssaf caisse nationale, pas loin de 1 Md cette année. Et forcément davantage ultérieurement. Une spirale infernale dont le pays ne se sort pas est née il y a bientôt 30 ans. Impérialité collective unique dans les annales de la Sécurité sociale mondiale.



Fortes économies ou recettes à envisager?

C'est un fait établi : il faut trouver entre 15 et 20 Mds € sur la Sécu. Plan A, des économies sont réalisées comme le principe d'une année blanche, comme un travail de « curetage » des revenus professionnels et des prestations sociales. Plan B, complémentaire au demeurant, on quête des recettes nouvelles. Sur les économies, les propositions de la CNAM avancées dans son rapport Charges et produits sont sur la table. Il y eut aussi celles prônées par la Cour des comptes. Tout cela n'est pas méchant « socialement » puisque l'effort essentiel se concentre sur le médicament. Il y a encore celles de quelques experts ou collectifs « pensants ». Souvent éloignés du monde réel... Plus récemment, nous eûmes celles énoncées par François Bayrou concernant la fraude avec un projet de loi qui peut avoir de l'avenir, des solutions sur l'officine pharmaceutique, les transports sanitaires, les hausses des franchises et autres contributions sur les soins. Sans oublier la délicate question des ALD. Avec à la sortie, la l'impopulairité que l'on sait...

À regarder de près, ces efforts, en attente pour le moment, suffiraient-ils pour redresser les comptes ? Peu sûr. *A contrario*, le recours à de nouvelles recettes pourrait finalement voir le jour. Pour l'Assurance Maladie, le besoin tourne autour de 1 % de CSG. Pour l'Assurance Vieillesse, tous régimes confondus, compte tenu de l'effet plafond de la Sécurité sociale, il faudrait compter également sur 1 % de hausse de cotisation. Mais dans un contexte tendu sur le pouvoir d'achat, l'exécutif peut-il augmenter les cotisations ? À défaut, il peut glaner d'autres recettes ailleurs... À suivre !

■ Pascal Beau

► CENTRES DE SANTÉ

Un accord pour amorcer une relance ?

À l'initiative des représentants nationaux des centres de santé, l'accord national les liant à l'Assurance Maladie avait été dénoncé début avril. Près de quatre mois plus tard, toutes les parties se sont retrouvées autour d'un nouveau texte visant à renforcer leur rôle majeur dans l'accès aux soins notamment dans les territoires en souffrance. Une nécessité pour un secteur qui, s'il connaît un certain dynamisme en termes de création de structures, s'appuie sur un modèle économique encore fragile.



Dix ans, c'est le temps qui aura séparé la signature de l'accord national des centres de santé en juillet 2015 par Nicolas Revel, alors DG de l'Assurance Maladie, et celui d'août dernier conclu par son successeur, Thomas Fatôme. Entre-temps, si plusieurs avenants sont venus enrichir la copie originelle, la nécessité de définir un nouveau cadre de travail s'est progressivement imposée aux représentants du secteur. Car durant cette période, le contexte sanitaire a évolué et le modèle économique des centres s'est progressivement dégradé. Une situation de fragilité qui inquiète alors que les besoins en soins primaires se font croissants sur l'ensemble du territoire et que le virage préventif doit être réamorcé. L'accord national signé le 28 août dernier

Objectif 2027 : le réseau « France Santé »

À l'occasion de son déplacement dans un centre de santé en Saône-et-Loire, le Premier ministre, **Sébastien Lecornu**, a indiqué vouloir développer un réseau de maisons de santé « France Santé » d'ici 2027. L'ambition annoncée est de créer 5 000 structures de soins de proximité dans une logique d'accessibilité à moins de 30 minutes du domicile de l'utilisateur. Cette mesure sera inscrite dans le prochain PLFSS. Actuellement, on dénombre environ 3 000 centres de santé conventionnés (dont 1 320 sont des centres médicaux et polyvalents). La démarche s'annonce donc pour le moins ambitieuse. ■

ambitionne de renforcer les moyens et les compétences des centres de santé pour pouvoir faire face à cette problématique.

Ce texte conventionnel était particulièrement attendu. Qui plus est, à la suite de la publication d'un rapport Igas en février dernier, ayant dépeint un paysage des plus contrastés. Car, si d'un côté les centres de la santé ont eu le vent en poupe ces dernières années avec notamment près de 658 centres pluridisciplinaires recensés en 2024 (contre 356 en 2016), principalement sous l'effet d'une dynamique impulsée par de nombreux élus locaux, des problématiques de fonctionnement ont également été pointées du doigt (cf. ESE n° 1278) : déséquilibres budgétaires structurels avec des revenus d'activité ne compensant pas la croissance des charges d'exploitation ; déficit de productivité générale, notamment en ce qui concerne la médecine générale traitante, alimentée par des plages horaires d'ouverture trop restreintes ; implantation inégale des centres de santé sur le territoire... Bref, une accumulation faisant que la situation, telle que décryptée par les inspecteurs de l'Igas, ne pouvait perdurer.

Trois axes prioritaires

Conséquence directe, les différentes organisations gestionnaires de centres, FNCS en tête, ont dénoncé en mars dernier la tacite reconduction de l'accord conventionnel de 2015. Obligé de fait, l'Assurance Maladie à venir à

Une relation renouée ?



« Cet accord reconnaît et soutient le rôle des centres de santé en termes d'accessibilité, de coordination et de qualité des soins. C'est un point de départ : je suis convaincu qu'ils ont un rôle encore plus grand à jouer. Dans les prochains mois, nous travaillerons avec nos partenaires pour préciser les rémunérations complémentaires en lien avec des actions de santé publique, auprès de patients plus précaires ou éloignés des soins, ou dans des territoires en difficulté. »

Thomas Fatôme, directeur général de l'Assurance Maladie.

« Ce nouvel accord est une étape essentielle, mais aussi un point de départ qui ouvre la voie à un partenariat renforcé entre l'Assurance Maladie et les centres de santé, autour d'une volonté commune : garantir à chaque citoyen un accès effectif, équitable et durable à des soins de qualité et pertinents. Il constitue le premier acte de la refondation du modèle médico-économique des centres de santé tant attendue par la FNCS. »

Dr Hélène Colombani, présidente de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS).



la table des négociations pour tenter de définir les contours d'un nouveau texte. Moins de quatre mois plus tard, un accord était trouvé autour de trois axes clés.

Le premier porte sur le développement des centres de santé sur l'ensemble du territoire national. Le texte ambitionne de soutenir économiquement la dynamique actuelle tout en valorisant le rôle prépondérant de ces structures dans l'accès aux soins primaires, programmés et non programmés, des populations les plus fragiles (CSS, ALD, AME...). Pour rappel, les centres de santé ont obligation de pratiquer des tarifs opposables et de déployer le tiers-payant sur la partie AMO (83 % font le tiers-payant intégral). Pour soutenir cette première orientation, l'accord national prévoit la revalorisation des rémunérations des centres en lien avec leurs activités et les spécificités de leurs patients. Sur ce dernier point, l'Assurance Maladie s'est engagée à réviser et réévaluer les indicateurs actuellement en place pour mieux tenir en compte la complexité de la situation des patients suivis et des actions déployées par les structures comme le « aller vers ». Plus globalement, l'Uncam entend revoir le modèle de financement en accordant davantage de place à une logique de rémunérations forfaitaires liées à l'atteinte d'objectifs.

Le second axe se concentre sur les pratiques en se focalisant sur la nécessité de développer l'exercice coordonné. Ce point s'attarde principalement sur l'évolution des rémunérations liées aux activités de travail en équipe (concer-

tation des professionnels de santé pour déploiement de parcours de soins coordonnés, élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients...). Dans ce cadre, la mise en place d'un nouvel indicateur permettant de suivre et de valoriser l'activité coordonnée est prévue. Il s'articulera autour du principe d'une « file active d'équipe ».

Le dernier axe se focalise, quant à lui, autour des missions de santé publique. Que ce soit en déployant des actions de prévention, de dépistage ou de vaccination, les partenaires conventionnels se sont engagés à faire des centres de santé un acteur majeur sur ces enjeux. En particulier, en direction des populations les plus à risque et/ou les plus précaires qui fréquentent en moyenne davantage ces structures (18 % de patientèle CSS/AME par établissement contre 10 % en médecine de ville libérale).

Améliorer le fonctionnement interne

En outre, en accord avec les représentants des organisations gestionnaires, l'Assurance Maladie a également revu sa copie concernant un certain nombre de mesures liées au fonctionnement des centres. À commencer, dans la lignée de la convention médicale, par la révision du périmètre de recrutement des assistants médicaux en vue de lever davantage de freins à leur contractualisation. Dans cette optique, le nombre maximum de contrats par centre de santé a été réévalué de 4 à 8. Il est même dépla-

onné pour les établissements installés en zone sous-dense. En parallèle, les contrats démographiques, couvrant notamment les contrats d'aides à l'installation accompagnant les frais d'investissement en début d'activité, seront désormais appliqués automatiquement à tous les professionnels de santé qui y sont éligibles (hors secteur dentaire). Enfin, un nouvel indicateur de rémunération devrait être prochainement mis en place pour valoriser les pratiques en faveur de la santé environnementale. Au total, ce sont près de 30 Ms € supplémentaires qui seront mis sur la table dès l'an prochain par l'Assurance Maladie. Soit, un ratio moyen de 10 000 € d'investissements annuels en sus par centre de santé.

Le texte signé le 28 août dernier devrait être enrichi dans les mois à venir par les résultats des travaux menés par les groupes de travail regroupant les partenaires conventionnels. Des chantiers qui vont porter sur trois thèmes : la création d'un « contrat d'initiative territoriale d'amélioration de l'offre de soins » pour récompenser l'engagement des centres de santé sur le terrain ; à l'image de la convention médicale, l'Uncam veut développer les modalités de rémunération alternatives du type Peps (paiement en équipe de professionnels de santé) et Ipep (incitation à une prise en charge partagée) dans les centres ; enfin, des travaux porteront sur la valorisation du rôle des centres de santé accueillant les patientèles les plus fragiles. Il y a donc encore du pain sur la planche...

■ Alexandre Beau

De réels obstacles au déploiement de l'IA

Au cours de la pause estivale, la Commission européenne a publié un rapport des plus intéressants sur le déploiement de l'IA en santé au sein de l'UE. Si les potentiels sont largement soulignés, les freins à la généralisation de cette technologie semblent tout aussi nombreux qu'ils seront également difficiles à lever.

Les rapports issus de la Commission européenne peuvent paraître aux premiers abords assez austères. Il n'en demeure pas moins qu'ils portent généralement des constats assez objectifs sur la faisabilité des choses au sein de l'UE. Celui présenté début août dernier par la Direction Générale Santé sur le déploiement de l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine sanitaire s'inscrit dans cette lignée. Sans surprise, dès que l'on aborde le sujet de l'IA, viennent de suite à l'esprit les potentiels générés par l'usage de cette technologie.

Pour la DG Santé, sa généralisation pourrait permettre de solutionner, pour tout ou partie, les grandes problématiques de fond touchant les différents systèmes sanitaires des États membres. À savoir, la baisse de la démographie médicale et l'accessibilité à des soins de qualité. Et ce, sans omettre les enjeux d'efficience largement mis en avant dans le cadre la montée en charge des pathologies chroniques et du vieillissement de la population européenne. Sur ces promesses, le recensement des projets européens menés depuis 2015 démontre un certain engouement des acteurs au sein de l'UE, qu'ils soient publics ou privés : 3,5 Mds € de financement mobilisés, 118 brevets liés à l'IA médicale en 2023 (contre 22 en 2017), 657 essais cliniques de dispositifs médicaux reposant sur cette technologie (6 en 2015). Malgré tout, cette dynamique est pour le moment jugée comme « limitée » du fait que dans la majorité des domaines couvrant le champ sanitaire, la rapidité d'adoption de l'IA demeure « lente ».



Balle dans le pied ?

Selon la DG Santé, plusieurs réalités contribuent à freiner le déploiement de l'IA au sein des 27. Les problèmes sont d'abord techniques avec les difficultés successivement rencontrées par les États membres à standardiser et formater les données de santé puis, dans un second temps, à les rendre interopérables sur plusieurs plateformes d'exploitation. Ce « déficit global d'uniformisation » réduit en conséquence la qualité de leur traitement. Et donc, leur potentiel à l'usage des acteurs sanitaires. Plus largement, le rapport souligne que de nombreux systèmes d'information au sein de l'UE sont techniquement « dépassés » et, en l'état des choses, ne permettent donc pas de supporter le déploiement d'outils exploitant l'IA. Enfin, non sans un certain sens de l'ironie, le rapport souligne que si les dernières évolutions réglementaires adoptées au sein de l'UE (IA Act, RGPD...) ont permis de définir un cadre « robuste et sécurisé », celles-ci ont a contrario créé

de nouvelles barrières limitatives au déploiement accéléré de cette technologie.

Réticences

Les autres sujets de préoccupations sont financiers. La DG Santé relève que les mécanismes de financement actuellement en place manquent pour le moment de « clarté ». D'ailleurs, le rapport souligne que de nombreux acteurs (les hôpitaux notamment) hésitent à se lancer dans des investissements importants, car peu certains d'obtenir au bout du bout un réel gain en termes de performance médicale et/ou économique. Un choix d'autant plus cornélien que l'ensemble des systèmes de santé européens

suit actuellement une cure d'austérité budgétaire. En parallèle, intervient également le facteur culturel. Le déploiement massif de l'IA est appelé à bousculer les pratiques et les modes d'organisation et, à l'image de la France, les professionnels de santé et les patients font globalement part d'un certain manque de confiance dans l'IA sur des aspects d'éthique et de fiabilité.

En termes de capacité de déploiement de l'IA, et contrairement à ses concurrents internationaux, l'UE pâtit du fait que l'organisation des systèmes de santé de ses 27 États membres ne fasse pas partie de ses prérogatives. Un autre chemin et une autre méthode doivent donc être trouvés. La Commission plaide en ce sens pour l'élaboration d'un plan stratégique commun ayant pour objectif de faire du Marché Unique un des leaders mondiaux dans l'innovation numérique en santé. Sera-t-elle suivie dans cette ambition ?

■ Alexandre Beau

CMG : une réforme pour mieux prendre en compte les besoins des familles

La réforme du Complément de libre choix du mode de garde (CMG) est entrée en vigueur le 1^{er} septembre dernier. Elle vise à mieux prendre en compte la situation des parents et réduire les inégalités d'accès aux modes de garde.

Un pas supplémentaire est franchi dans la construction du service public de la petite enfance en cette rentrée 2025. Depuis le 1^{er} septembre, de nouvelles modalités de calcul s'appliquent au Complément de libre choix du mode de garde (CMG) qui est également étendu jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales. Objectifs de ces deux mesures prévues par la LFSS 2023 ? Mieux prendre en compte les besoins et soutenir les mères ou pères isolés.

Pour adapter le CMG aux coûts effectivement supportés par les familles, le nouveau calcul intègre les ressources mensuelles, le nombre d'enfants à charge, le coût horaire de la garde ainsi que le volume d'heures d'accueil par mois. Chacune est désormais prise en compte sans limite, contrairement au précédent dispositif. Autre nouveauté, les modalités sont les mêmes pour les tout-petits et les enfants de 3 à 6 ans. L'obligation pour les familles d'assumer un reste à charge d'au moins 15 % du salaire net disparaît. Avec ce nouveau système, le montant de l'aide peut varier chaque mois en fonction du nombre d'heures réellement déclarées. Les cotisations sociales restent assumées par les Caf (dans la limite du plafond horaire défini, soit 8 € par heure pour une assistante maternelle et 15 € pour une garde à domicile). Les corrections apportées à l'ancien dispositif visent notamment à réduire les restes à charge et les taux d'effort horaires élevés, gommant ainsi les différences avec les crèches. Elles doivent aussi limiter les effets de seuils importants en fonction des ressources.

Montants en hausse

Par exemple, pour un couple gagnant 4 000 € par mois avec deux enfants à charge et un besoin de 110 heures d'accueil pour



du CMG, en particulier pour celles ayant des besoins de garde importants. Mais pour d'autres, ce soutien diminue. Un simulateur disponible sur le site de l'Urssaf permet d'évaluer le montant de ce soutien et le reste à charge. Les foyers « perdants » peuvent bénéficier, sous condition (en particulier de ressources), d'un « complément transitoire ». Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2022, cette compensation prendra fin au mois de septembre de l'année de ses 3 ans et à ses 6 ans si la naissance a eu lieu avant cette date. Le coût du dispositif devrait représenter 40 Ms € la première année de mise en œuvre de la réforme, puis 24 Ms € la deuxième et enfin 9 Ms € la troisième.

Jusqu'à 12 ans pour les parents « solos »

Malgré ce système, la Fepem, représentant les particuliers employeurs, a alerté sur une pénalisation des parents isolés (les mères dans 85 % des cas) liée à la suppression de la majoration de 30 % qui s'appliquait sous le précédent système.

En revanche, les mères et pères « solos » bénéficieront de l'allongement du CMG jusqu'aux 12 ans de l'enfant. Cette prolongation doit lever les obstacles à leur activité professionnelle, mais aussi réduire le recours à une garde informelle. Elle devrait donc donner un coup de pouce au secteur de l'emploi à domicile.

À partir de décembre prochain, les deux parents pourront également bénéficier du CMG en cas de résidence alternée, à condition pour chacun de remplir les conditions d'éligibilité. Une dernière étape qui parachèvera la réforme.

■ Émilie Guédé

Sécurité sociale, une pédagogie difficile

Parler avec raison au grand public de la Sécurité sociale en France s'apparente souvent à une mission impossible. L'histoire de l'institution est davantage jalonnée par des réformes et de débats vécus comme des moments de tension et de temps de crises aiguës. Au pays des Lumières et de la raison scientifique, les passions idéologiques, les jeux d'acteurs se conjuguent avec le pouvoir réducteur médiatique désormais surpuissant. De quelques explications.

« Obtenir des grands médias un débat raisonnable sur l'hôpital, sur le problème des urgences notamment ? J'en avais parlé en son temps avec des directeurs de chaîne. Vous n'y pensez pas », m'ont-ils répondu. « Nous risquons des désordres. Et puis les Français pratiquent en ce domaine comme ailleurs le toujours plus », m'ont-ils assuré, nous indiquant il y a deux ans François Braun. C'est peu dire que le ministre de la Santé d'alors était quelque peu excédé de la manière dont les médias traitent les sujets de la santé. Il n'est pas le seul ! « Ce qu'il faut comprendre une bonne fois pour toutes c'est que la culture de l'information Sécu-santé est de situer d'abord l'usager, le patient comme une victime. Promettre une dépense nouvelle est populaire. Annoncer des économies et des cotisations supplémentaires est un supplice pour tout ministre », disait en son temps René Teulade également ancien ministre des Affaires sociales. Des propos ministériels, quelque peu désabusés, de cette nature, on en puise des légions.

Pesanteurs idéologiques d'abord

En amont de ces quelques tonalités, le poids des pesanteurs idéologiques. La scène se déroule dans la grande salle du conseil de la CNAMTS. Nous sommes en avril 2004. Plus de 20 ans déjà. Les quelque 30 membres de l'instance nationale expriment l'avis de leurs organisations, patronales, syndicales, mutualistes et autres sur le projet de loi portant réforme de l'Assurance Maladie. Un texte majeur puisqu'il donnera lieu à la fameuse loi du 13 août de la même année. Au bout de quatre



heures de monologues des « partenaires sociaux » vient le tour des personnes qualifiées du conseil d'administration. Là, Jean-François Chadelat, inspecteur général des Affaires sociales, ancien directeur de l'Acoss, ancien conseiller de Philippe Seguin, s'esclaffe et s'adresse au directeur de la branche Maladie : « Êtes-vous certain d'avoir distribué le même projet de réforme de l'Assurance Maladie ? Car, depuis le début de l'après-midi, j'ai tout entendu. Mais à aucun moment je n'ai entendu des suggestions liées au projet de loi ! Tout au plus une accumulation de digressions idéologiques ». Une anecdote certes, parmi cent ou mille autres. Illustrative de cette déconnexion permanente entre le réel et la croyance idéologique. « Nous pensons ce que nous croyons. Quitte à ce que ce soit déconnecté des réalités. Et dans cette forme de déconstruction, les médias occupent une place prépondérante parce qu'ils ordonnent de plus en plus le débat public » pointe le sociologue Gerald Bronner. Interrogé en 2020 sur les différences qui séparent la culture publique du Danemark et celle de la France, le ministre de la Santé danois nous rétorque : « Chez nous, on se parle. Chez vous on s'affronte pour la moindre chose... ». Tout est dit, ou presque.

Progrès informationnels, reculs médiatiques

Un débat public impossible alors ? Un propos que d'aucuns jugeront excessif peut-être. Pourtant, l'information, la connaissance progressent. Nous savons beaucoup de choses et étayons mieux l'argumentation de nos défauts. L'expertise



1991, une campagne de communication qui est restée dans les mémoires...

« Sécu » est prolifique. Nous savons tout sur les finances sociales, l'économie des retraites et de plus en plus sur la santé. Nous croisons des fichiers pour lutter contre les fraudes aux prestations. On définit même des profils de risques selon les comportements des personnes selon leur mode de vie et leurs expressions dans les réseaux sociaux. Bref, la France de la connaissance sociale, santé et Sécu est plutôt une référence internationale. De cela, nous pûmes croire en un effet retour, un impact sur la qualité du débat public. La connaissance au service d'une démocratie plus responsable. Au sein des univers scientifique, ce saut qualitatif prévaut heureusement. Mais réussit-on son appropriation par un public plus large, gage potentiel d'un progrès général ? Fut-ce le cas pour le choc de la pandémie de la Covid-19, pour les questions de santé publique et de vaccination ? Ou encore, sur un tout autre plan pour la réforme des retraites, la sempiternelle question des urgences hospitalières évoquée plus haut, voire même la question des voies de rétablissement de l'équilibre comptable. Un sujet de forte actualité.

Un marché politique et médiatique

C'est un fait patent. La question sociale nourrit un marché politique. Le « look » social importe considérablement. On promet des mesures, toujours favorables en vue d'obtenir un succès électoral. Au besoin, on multiplie les annonces catégorielles. La démocratie médiatisée, les réseaux sociaux, le favorise. De la sorte, politiques et médias se coalisent. Les premiers fournissent aux seconds la matière première de leur activité. Quitte à pratiquer l'innovation apparente et à

« surexposer » des conflits portant sur des sujets secondaires. La Sécu parfois un produit de communication comme un autre alors ? Les médias (ainsi que les réseaux sociaux nouveaux venus dans cette danse) créent des besoins permanents et alimentent ainsi les tensions pour retenir l'attention. On demande aux politiques de produire l'événement qui va les nourrir. En retour, les médias valorisent les politiques producteurs d'initiatives. S'organise ainsi une sorte de spirale sans limites et sans cohérences. Souvent. Là on questionne directement la nature du contrat social. Le système devient-il incontrôlable ?

Redistribution des cartes

Depuis longtemps, politiques et administration d'État « prennent la main » sur le pilotage des questions sociales, de sécurité sociale et de santé. Confrontés qu'ils sont au culte de la dépense sociale, remède naturel aux maux du pays. La réforme Juppé de 1996 marque toutefois une rupture sur la « pseudo » indépendance de la Sécurité sociale. Les lois de financement qui en découlent, consacrent alors définitivement la puissance du politique et de la haute administration. L'État ne se cache plus, si tant est qu'il fit preuve autrefois de discrétion et de respect d'une forme de démocratie sociale. La présence des hauts fonctionnaires dans les comités exécutifs des caisses nationales confirme la donne. Sans oublier la montée en force des organismes de contrôles comme le Parlement et la Cour des comptes. L'enjeu « Sécu » a quitté depuis belle lurette le champ strict des organismes pour entrer de plain-pied dans la sphère politique donc de l'État. De ce fait, faute de volonté, d'unité et peut-être d'esprit de responsabilité, les

corps intermédiaires deviennent des sous-traitants de la puissance publique. Source de frustrations pour certains acteurs et parfois de radicalités économiquement forcément bien commodes pour d'autres. Côté politiques, il faut sauver les apparences, le dialogue social, quitte à pratiquer l'inverse dans le choix des injonctions comme les retraites, l'Assurance Chômage et le Code du travail...

Retour aux fondamentaux ?

Il paraît que les Latins adulent la théorie et rejettent la complexité. Les faits qui infirment l'idéologie. La raison scientifique devient un risque politique. Le « malheur » français, cultivé à satiété, parfois au mépris des réalités, offre ainsi un tremplin politique commode. La pacification du débat public par la connaissance et la science peut attendre. S'ajoute à ce déficit une forme de césarisme des élites nationales. Beaucoup s'organise dans ce duo pervers et déséquilibré que soit d'un côté une élite, souvent parisienne, détentrice du savoir et du pouvoir et de l'autre de nombreux acteurs de terrain, capables, mais empêchés d'agir et d'innover. Les enjeux à venir de la Sécurité sociale sont aussi au cœur de ces contradictions. Pourquoi les sociétés « réformées » réussissent-elles mieux ? Parce qu'elles pratiquent davantage le partage. L'idée même de la Sécu est celle d'un contrat de responsabilité doté de droits et de devoirs. Aucun pan de l'institution n'échappe à cette exigence. Partout, du moins, au sein des sociétés démocratiques, les questions sociales occupent le devant de la scène. Vu les multiples défis à venir, il serait donc temps de retrouver les fondamentaux.

■ 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 2024 - INIT)

Fidèle aux valeurs du mouvement mutualiste, la Mgéfi promeut une santé qui se défend d'être une marchandise.

Choisir la Mgéfi, c'est rejoindre un système de solidarité unique fondé sur un engagement mutuel qui s'inscrit sur le long terme. Via un accompagnement personnalisé, des actions de préventions ciblées, et des solutions d'accompagnement social, **la Mgéfi s'engage concrètement aux côtés de ses adhérents.**

Bénéficiant de la robustesse du Groupe Matmut, la Mgéfi garantit une protection sociale humaine. Son savoir-faire éprouvé se fonde sur sa proximité et sa connaissance fine des besoins des agents publics.