

# ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

**ARCADE-VYV**

**Promouvoir le  
Logement Santé**

**SOINS DE VILLE**

**Le pharmacien de 2030**

**GOUVERNEMENT,  
PLFSS 2026**



**LA DERNIÈRE  
CHANCE ?**



**IL Y A 30 ANS, LE PLAN JUPPÉ**



**L'arrêt de travail.  
 Seul votre médecin sait  
 si votre état de santé  
 le nécessite, ou pas.**

Un arrêt de travail est un traitement. Il peut aider à guérir. C'est à votre médecin de décider si vous en avez besoin. Chacun doit veiller à ne pas en abuser car il a aussi un coût pour la collectivité.



**Notre système de santé,  
 c'est aussi à chacun d'en prendre soin.**

Retrouvez tous les bons réflexes sur [ameli.fr](https://ameli.fr)



## ÉDITO

Pascal Beau



### En cuisine !



**L**e relatif soulagement de l'exécutif et des parlementaires du socle commun quant à l'absence de censure du gouvernement hier ne doit pas dissiper les incertitudes considérables quant à la suite du processus budgétaire du pays. Qu'il s'agisse du budget de l'État, ou celui de la Sécurité sociale, rien n'est joué sur le fond. Tant s'en faut !

La suspension de la réforme des retraites requiert forcément un vote final positif du parlement sur le PLFSS 2026 intégrant alors un amendement de suspension de la loi du 13 avril 2023. Laquelle, doit-on rappeler, fut une loi rectificative de financement de la Sécurité sociale de l'année éponyme. Il n'est pas d'autres voies législatives pour agir. Une fois la procédure parlementaire achevée avec les navettes et la Commission mixte paritaire.

Or, la coalition des oppositions au PLFSS à l'Assemblée nationale est clairement majoritaire. Et, compte tenu du non-recours promis par le Premier ministre à la procédure du 49-3 pour l'adoption des projets de loi, la validation du PLFSS 2026 sans vote est impossible.

Mettons de côté les deux scénarios que sont d'une part une « Loi spéciale » intervenant *a posteriori* d'une censure budgétaire par le Parlement, et d'autre part, le recours aux ordonnances pour appliquer les lois de financement faute de respecter les délais constitutionnels impartis pour la durée des débats. Dans ces deux cas, le gouvernement ne saurait inclure une disposition de suspension de la réforme des retraites sauf à encourir les foudres du Conseil constitutionnel.

**Reste alors la seule voie sérieuse possible : celle de l'adoption en plénière par l'Assemblée nationale du PLFSS 2026 à la majorité des voix.** Un scénario qui, pour être crédible, devrait inclure un vote positif des députés socialistes.

Tout cela s'apparente peut-être à une cuisine politique et juridique indigeste. La recette est tout du moins très compliquée à suivre. Mais, c'est ainsi que les hommes ont fait la loi constitutionnelle française !

Rendez-vous dans quelques semaines... ■

## SOMMAIRE

### 6 - ÉVÈNEMENT

- Gouvernement, lois budgétaires : l'heure de vérité.
- Comptes de la santé 2024 : une situation des plus paradoxales.

### 10 - SÉQUENCES

#### 10 • Santé

Quelles missions pour les pharmaciens en 2030 ?

#### 12 • Prévention

« Le logement est un facteur déterminant de santé. », entretien avec **Patrice Tillet**, directeur général d'Arcade-VYV.

### 14 - 80 ANS DE LA SÉCU

Les coulisses du plan Juppé de 1995.

**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](mailto: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](mailto:secretariat@espace-social.com)

**RÉDACTION**  
 Analyse : Pascal Beau  
 Assurance Maladie - Sécu - International  
 Action sociale :

Alexandre Beau, [a.beau@espace-social.com](mailto:a.beau@espace-social.com)

Prévoyance complémentaire, Famille :

Emilie Guédé, [e.guede@espace-social.com](mailto:e.guede@espace-social.com)

Rédacteur graphique - Site Internet -

Réseaux - Podcast :

Gladys De Micheli, [g.demicheli@espace-social.com](mailto:g.demicheli@espace-social.com)

Photos : [cocktailsante.com](https://cocktailsante.com)

Couverture : Montage Shutterstock /Cocktail

Santé

IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tisson-

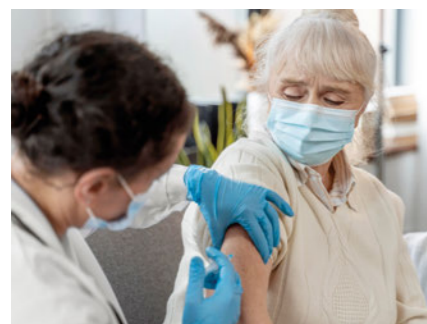
villiers 95400 Villiers-le-Bel.

**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

## GRIPPE, VACCINATION RECOMMANDÉE!



17 600 décès, 30 000 hospitalisations, 3 millions de consultations pour symptômes grippaux, le bilan de Santé Publique France pour l'épisode hivernal 2024-2025 est un des plus mauvais de l'histoire sanitaire du pays.

La faute à qui? À tout le monde! Un déficit global d'information, des retraits de responsabilités du corps médical (les chiffres de la ROSP sont catastrophiques) ainsi que de l'ensemble des professionnels de santé, l'indifférence des patients, etc..

La campagne 2025-2026 débute. 19 millions de courriers assortis de prise en charge pour les patients de 65 ans et plus ont été adressés par les Cpmam et les MSA. À la clé des relances via des courriels et des SMS, dès novembre. Les patients en ALD, les plus à risque, seront contactés directement par les professionnels de soins. Bref, la mobilisation semble au rendez-vous.

Sur le plan thérapeutique, deux variables de vaccins sont recommandées par la HAS pour les 65 ans : le Fluad et l'Effluelda. Pour les patients plus jeunes, les vaccins standards comme Influvac, Vaxigrip et Flucelvax feront l'affaire. ■

### À lire!

En cette période d'anniversaire des ordonnances créatrices de la Sécurité sociale, trois ouvrages méritent d'être mentionnés.

« *Politiques sociales et de santé* » (presse de l'EHESP), un pavé de 800 pages fournies, coordonné par Gilles Huteau, ancien dirigeant de l'Assurance Maladie, professeur à l'EHESP avec les contributions de 15 auteurs. Il y eut dans l'histoire de l'enseignement social et sécu le « Fournier-Questiaux » pour tout élève de Sciences Po et de l'ENA. Il y eut aussi le Dupeyroux avec son « *Droit de la sécurité sociale* », une référence absolue. Voici maintenant le Huteau! Autres ouvrages à noter, ceux de Julien Damon « *Petit éloge de la Sécu* » (les presses de Sciences Po) avec deux parties centrées sur les acquis et défis de la Sécu française et le débat entre libéraux et libertariens sur la solidarité. Citons encore l'ouvrage d'Éric Chenut, président de la FNMF



« *Sauver notre modèle de protection sociale* » (ed. de l'Aube), une alerte pour réinventer la solidarité, la crainte des logiques court-termistes en matière de pilotage et de régulation.

Enfin, une mention particulière pour le numéro 18 de 2025 de la revue d'histoire de la protection sociale avec son dossier central « *Le moment 1945* » et quelques articles de fond sur les initiatives mondiales (plus ou moins réussies) en matière de Sécu ainsi que des hommages rendus à l'action de Pierre Laroque. ■



### Fin de vie?



Incertitude totale quant au devenir de la proposition de loi sur la fin de vie adoptée en première lecture en mai dernier par l'Assemblée nationale. Le texte a bien été transmis au

## À NOTER



Lancement de la campagne du Leem pour réduire la polymédication des patients âgés (5 médicaments maximum), 25 000 omnipraticiens recevront des pop-ups au travers des logiciels d'aide à la prescription.

Attribution de trimestres gratuits supplémentaires pour la retraite des sapeurs-pompiers, décision du gouvernement.

Nouveau rapport du HCFEA (Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge) sur le thème de 10 pistes pour lutter contre l'âgisme.

Le G5 (les 9 laboratoires pharmaceutiques français) plaide pour quelque 13 Mds € d'économies en évitant les sur-prescriptions et les hospitalisations inutiles.

Frédéric Valletoux a été réélu président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale et Thibault Bazin (député LR) reste rapporteur général du PLFSS.

## ILS ONT DIT

« De nombreuses études sur les hospitalisations de femmes montrent qu'en 20 ans la proportion de femmes prises en charge pour cause de cancer du poumon a doublé. Les chiffres de l'OMS Globocan 2022 sont frappants : aujourd'hui les femmes françaises meurent davantage du cancer du poumon que du cancer du sein. Ce sont les conséquences retardées de la montée du tabagisme féminin des années 70-80. Par ailleurs, il faut savoir qu'une femme fumeuse développe 1,7 fois plus de risque que les hommes pour développer un cancer ». Professeure Marie-Pierre Revel, cheffe de service de Radiologie à l'hôpital Cochin dans *Le Figaro*.



« Il faut être courageux pour constater et dire qu'en France, plus d'un euro sur deux de revenus est issu de la protection sociale au sens large. Et cela induit une baisse tendancielle, structurelle et intenable des revenus du travail. En particulier des bas salaires plombés en partie par le mécanisme des aides à l'emploi et la sous-productivité de l'économie. En 2000, ces revenus du travail comptaient pour 58 % du revenu des ménages. En 2023, on est tombé à 52 %. Dans le même laps de temps, les revenus tirés des prestations sociales en espèces sont passés de 24 à 29 %. En 20 ans et cela ne fait que monter. Est-ce tenable sur le long terme? ». Antoine Foucher, président de Quintet Conseil dans *Les Échos*.



« L'IA n'est pas une intelligence, mais une corrélation de résultats de l'intelligence humaine qui produit une illusion d'intelligence humaine! L'IA se heurte à cinq limites objectives : épistémologique, cognitive, sociale, politique et écologique. Sur le plan cognitif, elle nous incite à déléguer nos décisions au profit de la victoire d'un déterminisme. Sur le plan social, cela nourrit la complexité extrême de la société et une perte de contrôle du droit. Nous redevons des serfs... ». Gaspard Koenig, philosophe, dans *Challenges*.



Sénat, mais suite aux péripéties gouvernementales, la commission des lois de l'assemblée du Luxembourg a décidé de différer le débat. Étant entendu qu'une majorité d'élus se déclarent peu favorables au texte, *a minima*, tel qu'il résulte des travaux de l'Assemblée. ■

### Dépassements tarifaires

Face à la montée des dépassements tarifaires (4,5 Mds € en 2023) pour les quelque 58 % des 48 000 médecins spécialisés (37 % en 2000) pratiquant des honoraires libres conventionnés « avec tact et mesure... » (50 % de taux moyen de dépassement), le Hcaam plaide pour une réponse d'urgence de la part de la CNAM en pointant des inégalités croissantes, des risques de déséquilibres d'accès aux soins en matière de cancérologie avec d'évidents



risques en santé publique. Peu probable toutefois que les recommandations du Hcaam aient une suite. Ni la CNAM, ni le Parlement, ne songent à agir. Pour le moment. ■

## LES CHIFFRES

### 39 Mds \$

de chiffres d'affaires mondial pour les applications IA en santé.

### 61 000

nouveaux cas de cancer du sein en 2023 et 12 000 décès annuels selon l'Inca (48,4 % de participation des femmes à la campagne de mammographie).

### 94 %

des seniors déclarent « vouloir vieillir à domicile ». On les comprend!

### 182

essais cliniques sur le champ de l'Alzheimer dont 31 en phase 3.

### 5 400

médecins britanniques ont démissionné du NHS pour soigner en UE.

### 64 %

des Français estiment que la Sécurité sociale « dans sa forme actuelle » n'existera plus en 2050 (Toluna-Harris – Haut-commissariat à la stratégie). Quel optimisme!

### 108 Mds €

annuel *a minima*, de coût direct et indirect, de l'absentéisme en France soit 3 % du PIB.

### 55 Ms €

de plus pour l'inclusion des fauteuils roulants et 15 Ms € pour les prothèses capillaires incluses dans le panier du 100 % santé.

# ÉVÉNEMENT

## Gouvernement, lois budgétaires : L'HEURE DE VÉRITÉ



Après de multiples péripéties, le gouvernement Lecornu 2 est désormais installé. De nouvelles têtes font leur apparition dans les champs sanitaires et sociaux au moment où le PLF et le PLFSS version 2026 vont enfin arriver à l'Assemblée nationale. Un rendez-vous crucial face à des comptes sociaux qui continuent de décrocher.

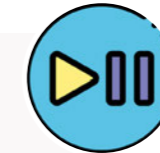
Si un qualificatif devait illustrer cette fin d'année sur le plan politique, nul doute que « serré » viendrait rapidement à l'esprit tant il paraît adapté aux impératifs calendaires ainsi qu'aux marges de manœuvre budgétaires du nouvel attelage gouvernemental. Sur le premier, l'ultime deadline du 13 octobre pour une présentation des textes en Conseil des ministres a été dépassée de 24 heures. Pour le dépôt du PLF et du PLFSS à l'Assemblée, la date fatidique était le 15 octobre. Une échéance respectée de justesse par l'exécutif. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale à proprement parler confirme plusieurs éléments. À commencer par l'ampleur du déficit cumulé de l'ensemble des régimes de base avec le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Pour 2025, celui-ci devrait s'élever à près de 23 Mds € sur une trajectoire économique stable d'ici à la fin de l'année. En 2026, et sans prise en compte des mesures d'économies intégrées à ce PLFSS, le gouvernement table sur environ 30 Mds €. À l'occasion de son intervention lors des Grands dossiers de la Protection Sociale organisés par l'EN3S, Pierre Pribille, directeur de la Sécurité sociale, a exprimé « sa réelle inquiétude quant à l'ampleur et à la dynamique de ces déficits ». Plus préoccupant, il a pointé que selon toute vraisemblance il

### Du sang neuf à l'avenue Duquesne

Si pendant de nombreux jours, la tendance était au maintien de l'organisation santé / social, articulée autour de Catherine Vautrin, la décision prise dimanche dernier fut finalement tout autre. Sébastien Lecornu s'est finalement tourné vers le profil de **Stéphanie Rist**, députée Renaissance du Loiret, pour prendre les rênes du ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. L'ancienne rapporteure du PLFSS a porté plusieurs textes autour des enjeux d'organisation du système de santé. Sur son périmètre autonomie et handicap, elle sera accompagnée par **Charlotte Parmentier-Lecocq** en tant que ministre déléguée.

Le pôle social, et par conséquent le dossier des retraites, revient finalement à l'ancien boss de la SNCF, **Jean-Pierre Farandou**, qui arrive en tant que ministre du Travail et des Solidarités. Aucun changement en ce qui concerne le portefeuille de l'Action et des Comptes Publics qui revient à **Amélie de Montchalin**. ■

### Retraites : une suspension et ça repart ?



C'était l'annonce la plus attendue du discours de politique générale de Sébastien Lecornu. C'est désormais acté : la réforme des retraites de 2023, dite réforme Borne, est suspendue jusqu'à fin 2027. De même, la durée d'assurance restera à 170 trimestres jusqu'à cette date. Cette mesure présenterait un coût estimé à 500 Ms € en 2026 et à 3 Mds € en 2027. En marge de cette annonce, deux autres mesures visant à réduire les inégalités entre femmes et hommes intègrent le PLFSS : la prise en compte du nombre d'enfants des assurées pour le calcul de leur salaire annuel moyen ainsi que celle des majorations de durée d'assurance (attribuées pour la naissance d'un enfant) leur permettant l'ouverture des droits à une retraite anticipée pour carrière longue. Cette suspension s'accompagne d'une autre annonce, celle de la tenue prochaine d'une conférence sur le travail et sur les retraites avec l'ensemble des partenaires sociaux. Celle-ci devrait porter sur la gestion et le financement du modèle de protection sociale avec une promesse : « si elle se conclut, le gouvernement transposera l'accord dans la loi et le Parlement décidera ». Les conclusions de cette conférence sont déjà attendues pour le printemps prochain. ■

n'y ait « aucune chance d'escompter un rebond économique qui pourrait être à même de résorber ceux-ci » et que la trajectoire de croissance annuelle des dépenses de santé devrait une vitesse de croisière comprise entre 4 et 4,5 %. « Une inflation bien supérieure à celle attendue du PIB pour les prochaines années ». Face à cette réalité, le cru 2026 du PLFSS privilégie des mesures d'économies en vue d'établir une trajectoire du déficit public en dessous des 5 % de PIB.

### Efforts tous azimuts

L'effort global attendu porterait sur 31 Mds € dont 17 Mds € seraient imputables à des économies de dépenses et environ 14 Mds € à des mesures de recettes fiscales supplémentaires. La copie gouvernementale table sur un déficit des comptes de la Sécurité sociale à 17,5 Mds € en 2026 en y intégrant la suspension de la réforme Borne (cf. encadré ci-dessus). Cette baisse s'appuierait sur un ralentissement prononcé de l'Ondam à hauteur de 1,6 % (contre 3,6 % en 2025) soit près de 270 Mds € (+ 0,9% pour les soins de ville et + 2,4% pour les établissements de santé). L'écart constaté avec la progression naturelle des dépenses maladie reposerait sur un plan d'économies à hauteur de 7,1 Mds €. La branche Maladie va être grandement mise à contribution, avec un déficit passant de 17,2 Mds € en 2025 à 12,5 Mds en 2026, avec le doublement du montant des plafonds annuels des franchises médicales et des participations forfaitaires sur un spectre large : consultations médicales, transports sanitaires, médicaments, actes paramédicaux, examens radiologiques et analyses biologiques. Ce « package » permettrait d'économiser jusqu'à 2,3 Mds €. En parallèle, la CNAM devrait serrer la vis en ce qui concerne les arrêts maladie avec la limitation de la durée des arrêts de travail à 15 jours en ville et à 30 jours à l'hôpital pour une première

prescription. De même, le texte budgétaire prévoit de revoir la durée des arrêts de travail pour les personnes ayant une affection non reconnue comme une maladie chronique (ALD non exonérante). Les industries du médicament et des dispositifs médicaux participeront aussi à l'effort collectif via une baisse des prix à hauteur de 1,4 Md €. Quant à la contribution supplémentaire des Ocam, prévue initialement en marge du PLFSS 2025, on y voit désormais plus clair avec l'instauration d'une taxe exceptionnelle à hauteur d'un milliard d'euros l'an prochain. En outre, des transferts de financement de l'AMO vers l'AMC sont prévus à hauteur de 400 Ms €. Ils porteraient notamment sur le financement des établissements de santé et passeraient par la voie réglementaire. Enfin, donnant suite aux propositions formulées par la CNAM dans le Charges et Produits 2026, un chantier sur la révision des contrats responsables sera ouvert pour mieux recentrer ceux-ci sur « les prises en charge obligatoires et les prestations les plus efficaces » tout en contenant les dépassements d'honoraires pris en charge majoritairement par les Ocam.

### Optimiste ?

Comme prévu, la piste d'une année blanche en 2026 se confirme avec le gel de plusieurs prestations sociales : les allocations familiales, les aides au logement, les minima sociaux ainsi que les pensions de retraite. Concernant ces dernières, le projet de loi prévoit également une sous-indexation des pensions de 0,4 point pour les années à venir à compter de 2027. Autre mesure, le remplacement de l'abattement de 10 % sur les retraites par un abattement forfaitaire de 2000 €. Un mécanisme qui aurait pour effet « d'améliorer la situation des couples de retraités les plus modestes », mais qui mettrait davantage à contribution les autres retraités. En parallèle, la réforme du relèvement progressif, à compter de l'an prochain, de l'âge de majoration des allocations familiales de 14 ans jusqu'à l'âge clé de 18 ans permettrait de réaliser une économie de 200 Ms €. Enfin, ce PLFSS 2026 intègre également une nouvelle mesure en faveur des familles via création d'un nouveau congé de naissance. Ce dispositif revisité permettrait aux parents de prendre jusqu'à deux mois supplémentaires chacun pour accueillir leur enfant en sus des seize semaines de congés maternité et des 28 jours de congés paternité déjà en place. Le montant de l'indemnisation de ce congé sera déterminé ultérieurement par décret. Le coût de la mesure, variable selon celui-ci, est estimé à 300 Ms € l'année de sa mise en œuvre, et monterait progressivement en charge jusqu'à atteindre 600 Ms € en 2030. Sur la trajectoire escomptée par le gouvernement, le Haut Conseil des finances publiques fait pour sa part preuve de prudence sur une copie budgétaire présentée comme « fragile et hypothétique ». Est principalement mise en avant l'impossibilité de prévoir l'impact qu'aura l'instabilité politique sur l'économie du pays à terme, et par conséquent sur l'objectif de 1 % de PIB en 2026, ainsi que l'hypothèse « très incertaine » de la mise en œuvre effective de l'ensemble des mesures annoncées. Une condition *sine qua non* pour atteindre les 4,7 % de déficit prévus.

■ Alexandre Beau

# ÉVÈNEMENT

## Comptes de la santé 2024 : une situation des plus paradoxales



Avec plus de 332 Mds € de dépenses de santé, 254 Mds € de consommation médicale de soins, la France demeure dans le peloton de tête mondial s'agissant du volet économique de son système de santé. Un record qui s'accompagne néanmoins de quelques particularités à méditer !

11,4 % de part du PIB est consacrée à la santé de près de 68 millions de personnes sur le territoire national en 2024. Voilà un chiffre, peu parlant pour la majorité des bénéficiaires, mais significatif pour les gestionnaires et autres experts. La France occupe ainsi le groupe de tête mondial de la dépense. En bonne compagnie avec les États-Unis (17,5 %) et surtout l'Allemagne, la Suisse, les Pays-Bas, le Canada. Vu l'état des finances sociales du pays, c'est en quelque sorte une prouesse... il est vrai que le recours à la dette sociale perpétuelle est commode pour éluder les réalités... Au passage, on rappellera que cette course en tête s'accompagne d'autres records comme celui du reste à charge (RAC) le plus faible du monde, une fois pris en compte l'intervention des assureurs complémentaires. Que nous demeurons particulièrement bien placés en matière d'offre de soins hospitalière avec un ratio d'établissements rapporté au nombre d'habitants le plus élevé de l'UE (30 % de plus que l'Allemagne). Le seul vrai défi en matière démographique d'offre de soins est, désormais, celui des soins de ville.

### Effet volume et prix

Un paradoxe très français en fait eu égard aux comparaisons internationales : la relation schizophrène entre le volume des soins et l'inflation des prix de santé. Une donnée structurelle du système de santé national. Qui n'est forcément pas gage de bonne santé politique du système.

### Contrats et assimilés des médecins en 2024 (en Ms €)

Nature de la dépense	Généralistes	Spécialistes
ROSP	693	34
Assistants médicaux	78	34
Coopération entre professionnels	43	34
CPTS	44	16
Permanence des soins	181	-
SAS	32	-
Expérimentation organisation soins	31	-
Forfait patientèle médecin traitant	928	9
<b>TOTAL</b>	<b>2 050</b>	<b>273</b>

Source : Drees, Comptes santé 2024. La «vraie» part d'innovation organisationnelle est de 0,7% du total des horaires des médecins libéraux.

En 2024, l'effet volume constaté par la Drees est de 3 %. *A contrario* d'une hausse des prix de santé de 0,6 %. Elle-même inférieure à celle de l'inflation courante fixée à 2 %. Sur le long terme, cet écart perdure. L'explication tient au fait que hormis les tarifs hospitaliers (publics et privés) et les produits de santé (médicaments en tête), l'État recourt depuis « l'éternité des temps » au contrôle a priori et à une vigoureuse maîtrise des prix de santé pour endiguer le rythme des coûts. Faute de maîtriser la dynamique de volume des soins distribués à la population. En soins de ville, ce rôle est dévolu à la CNAM chargée des négociations conventionnelles avec les acteurs libéraux de la médecine. Sous étroite surveillance de l'administration centrale (DSS, CEPS et DGOS ainsi que Bercy), il est vrai.

De la sorte, le système de santé français offre des prix de santé plutôt bas (cas du médicament) et pousse à une course au volume pour assurer l'équilibre des comptes intra-établissement de soins et le revenu individuel des professionnels. À la clé, des effets collatéraux connus comme la course à l'acte pour tous les opérateurs de soins, individuels comme collectifs.

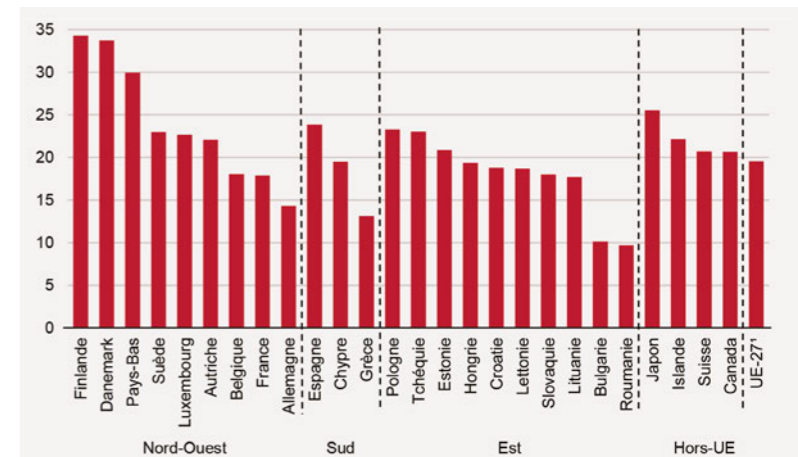
Cette logique se perçoit aisément sur le champ de soins de ville. Près de 3 milliards de boîtes de médicament prescrites, 7,5 milliards de FSE (feuilles de soins), etc. Mais aussi sur le champ hospitalier. Des tarifs régentés par l'État, en deçà de l'inflation, assortis à une faible progression voire un recul des hospitalisations débouchent inexorablement sur des déficits techniques de très nombreux établissements sanitaires (60% des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux). Le nombre de journées d'hospitalisation complète baisse tendanciellement, ce qui est logique, au profit des hospitalisations partielles. Le besoin en lits dans le champ des MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) change. Le cas de la chirurgie est notoire. La pression vers des ratios d'actes opératoires de jour ou partielle nourrit une baisse structurelle des durées moyennes de séjour (DMS). Les données Drees illustrent le mouvement désormais séculaire d'un secteur hospitalier en processus d'intensification technique. Là se niche une mutation majeure du système hospitalier national : trop d'établissements ne sont plus adaptés aux besoins objectifs d'hospitalisation du pays. La tarification à l'acte (T2A) en vigueur depuis 20 ans vaut pour toujours, mais les hôpitaux de proximité échappent enfin à cette tenaille. Lesquels pourraient s'extirper de cette contrainte avec le quasi-abandon de la T2A, à condition d'une profonde reconversion de leur périmètre d'activité.

### Faible innovation en soins de ville

Il est souvent fait état des innovations en santé. Une bonne nouvelle et une bonne chose en soi. Reste que si l'on quête des données statistiques solides sur ces réalités novatrices, on les puise dans le bilan 2024 des comptes de la santé. Là, une surprise quand même. En matière de soins de ville, les prestations figurant dans le compte « contrats et assimilés » des médecins relatent les réalités et non, les fantasmes entretenus à force de déclarations.

Les chiffres parlent davantage que les discours ! Sur quelque 23 Mds € de dépenses en honoraires et revenus des médecins

### Part des dépenses ambulatoires dans la DCSI en 2023 (en %)



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023. Lecture > En 2023, en France, les soins ambulatoires représentent 17,9 % de la DCSI. Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

en soins de ville, grosso modo partagés en parts égales entre les généralistes et les spécialistes, la part des montants liés aux innovations prises au sens large du terme pèse 18 % pour les généralistes dont 90 % pour l'encouragement au médecin traitant à la participation à la permanence des soins et sur la rémunération complémentaire sur objectifs de santé publique. Dont on sait, pour cette dernière que l'efficience est « moyenne ». En additionnant les montants des innovations comme les CPTS, les coopérations et les expérimentations, on atteint à peine 170 Ms € soit moins de 1 % de la dépense totale. Innovations, défis d'accès aux soins, engagements de santé publique, encore du chemin à parcourir pour les partenaires de la convention médicale !

### Médecine de ville, le retard français

Prolongeant le constat précédent, le graphique ci-dessous illustre, selon nous, le retard français en matière de dynamisme des soins et d'organisation de la médecine de ville. Les systèmes d'Europe du Nord font davantage appel aux acteurs de soins de ville pour la prise en charge des besoins de santé de leur population. Ce qui est logique. Les pays ayant des dépenses ambulatoires plus faibles que les nôtres sont (hormis le cas allemand, mais un biais statistique, persiste pour notre partenaire) la Grèce, la Bulgarie et la Roumanie.

À la vue de ce rapport, le chantier de la réorganisation de l'offre de soins reste à initier. Contrairement aux idées reçues, il ne s'est pas passé grand-chose en dépit des propos lénifiants des milieux institutionnels. Vouloir sauver l'hôpital passe par une profonde mise à plat des structures et organisations, couplées avec un profond renouveau de l'organisation des soins de ville et donc, en amont de ces chantiers, d'une nouvelle conception et méthode d'action à l'échelle nationale.

■ Pascal Beau

## PROJECTION

# Quelles missions pour les pharmaciens en 2030 ?

À l'heure où les pénuries de médecins se généralisent, le Groupement Pharmaceutique de l'Union européenne (GPUE) regroupant l'ensemble des syndicats de pharmaciens d'officine des États membres a récemment publié une étude sur le périmètre d'activité que pourrait recouvrir la profession d'ici à 2030. Une approche s'inspirant de plusieurs dispositifs innovants déployés au sein de l'UE mais également à l'international.



Le renforcement de la place occupée par les pharmaciens d'officine dans les systèmes de santé, et plus particulièrement dans les soins de proximité, est un sujet qui anime les débats en France... mais aussi partout en Europe. C'est d'ailleurs la question de fond soulevée dans un rapport récemment publié par Le Groupement Pharmaceutique de l'Union européenne (GPUE), l'association regroupant les associations nationales et organismes professionnels de pharmaciens d'officine de 32 pays européens (incluant les pays candidats à l'adhésion à l'UE), se penchant sur l'activité type d'un pharmacien en 2030. Et plus particulièrement, sur les nouvelles missions qu'il pourrait être amené à endosser dans un contexte de très forte tension autour

des questions sanitaires : vieillissement de la population et poids économique des pathologies chroniques ; déclin de la démographie médicale ; transformation numérique.

Des pistes de réflexion, inspirées d'initiatives nationales (cf. encadré ci-contre), nous en dessinent les principaux contours. Quatre axes viendraient structurer cette évolution plutôt disruptive.

### Un nouveau modèle ?

À commencer par les enjeux de qualité des soins et de sécurisation des patients. Le GPUE pointe dans ce premier angle, la nécessité de réinstaurer de la confiance, de la part des patients, dans les médicaments et les dispositifs médicaux à l'aune d'une

période de défiance se généralisant envers ces derniers. Une démarche appelant à toujours renforcer le rôle de conseil et d'information, et qui, s'appuierait sur le dossier numérisé du patient (à l'instar du dossier pharmaceutique français) ainsi que sur une implication plus étroite des pharmaciens dans les modèles de soins collaboratifs. Autre piste avancée, l'intégration de la pharmacogénomique, des règles d'usage cliniques et des données de vie réelle des dispositifs proposées dans les officines. La diffusion généralisée d'une culture d'usage systématique des « data » santé, au sens large, est ainsi mise en avant. Deuxième champ sur lequel les pharmaciens pourraient endosser davantage de responsabilités, celui de la santé publique. Et plus particulièrement les questions de prévention avec en filigrane, l'inquiétude exprimée par l'ensemble des pays de l'UE de ne pas pouvoir assumer, tant du point de vue sanitaire qu'économique, une montée en charge accélérée des pathologies chroniques. Sur ce point, la mobilisation générale décrétée au sein des différents systèmes de santé doit pousser les pharmaciens à en faire plus et à assumer davantage de responsabilités. Les actes de dépistage, de vaccination et d'orientation médicale pourraient être demain l'autre pilier de l'activité économique des officines en parallèle de la vente de médicament. Une trajectoire qui serait d'autant plus assumée qu'elle se fera dans le cadre d'un cadre d'exercice collaboratif avec d'autres acteurs de soins de ville.

### Hors les murs

Le troisième axe se fait l'écho de cette tendance en se penchant sur les services et l'accessibilité aux médicaments. Une tendance se dégage : le modèle d'activité de demain pourrait être celui de l'officine « hors les murs » pour répondre à la fois

aux nouveaux besoins des patients en matière d'accessibilité à leur traitement mais aussi, à la réduction anticipée du parc de pharmacies en Europe. Cette transformation se matérialiserait par une offre d'officine « complète » en capacité de livrer les médicaments au domicile ou au travail du patient mais également dans les établissements du médico-social pour les personnes les plus fragiles. L'autre évolution attendue verrait les officines, dans certains cas précis, se substituer aux pharmacies d'hôpital dans le cadre du suivi de certains traitements. Ces changements, pour le moins disruptifs, sont aussi présentés par le GPUE comme des leviers de lutte contre le trafic de médicaments en sécurisant davantage la chaîne de distribution jusqu'au patient. Et cela, au même titre que la généralisation des e-prescriptions.

Le dernier point abordé dans ce rapport porte sur le volet rémunération. Bien que les modèles de financement des officines divergent selon les États membres, l'objectif de maîtrise des dépenses de santé s'impose à tous. Fort de cela, le GPUE escompte que les modes de rémunération sont appelés à se diversifier en laissant une plus grande part à l'impact qu'auraient les évolutions de leur activité, précisées précédemment, sur « l'amélioration des soins pharmaceutiques, à la réduction de la charge pesant sur les autres services de santé et au soutien de la pérennité et de la résilience des systèmes de santé ». Le principe se veut, sur le papier, simple avec une logique d'instauration d'un mécanisme d'intéressement directement lié aux gains d'efficacité générés par les actions déployées par les pharmaciens. Dans la pratique, le calibrage d'un tel outil de rémunération reste tout de même complexe. Tout du moins à l'heure actuelle.

À la lecture de ce rapport, il est difficile de ne pas noter que par bien des points, les perspectives européennes tracées rejoignent celles qu'ont pu dessiner les syndicats français de pharmaciens d'officine que sont l'USPO et la FSPF. Il est donc fort probable que ces organisations, d'ailleurs membres du GPUE, ambitionnent de porter cette vision de l'évolution de leur périmètre d'activité dans de futurs travaux conventionnels avec l'Assurance Maladie.

■ Alexandre Beau

## Ailleurs, on teste des choses



**Au Canada**, dans la région d'Alberta, les pharmaciens d'officine proposent des programmes de gestion des médicaments aux patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ces programmes comprennent l'évaluation, la définition d'objectifs de santé clairs, le suivi et la gestion des médicaments (y compris la prescription en pharmacie libérale) et l'aide aux patients pour une meilleure gestion de leurs pathologies. Ces services ont démontré leur rentabilité, en permettant d'éviter un certain nombre d'actes en ville et à l'hôpital, et ont amélioré les résultats pour les patients notamment dans le cadre de la prévention de pathologies cardiovasculaires.



**Au Royaume-Uni**, en Angleterre, les patients commençant un nouveau traitement peuvent bénéficier d'un service dédié aux nouveaux médicaments. Celui-ci offre un soutien aux patients s'étant fait prescrire un médicament innovant pour une affection de longue durée.

Il vise à améliorer l'observance du traitement. Dans un délai de deux semaines, le patient bénéficie d'une consultation en présentiel en pharmacie, ou via un rendez-vous téléphonique, au cours duquel le pharmacien mène un entretien semi-structuré afin d'identifier tout problème, effet secondaire, inquiétude ou non-observance liés à ce nouveau traitement. Dans ce cas, le patient peut être orienté vers son médecin, si nécessaire, ou bénéficier des conseils du pharmacien. Ils conviennent ensuite d'une date pour une dernière consultation dans un délai de deux semaines.



**Au Portugal**, un projet pilote vient d'être lancé pour permettre aux patients séropositifs de recevoir leurs médicaments antirétroviraux dans les pharmacies de quartier, en remplacement d'une consultation à l'hôpital. L'objectif est de démontrer l'intérêt, pour les patients et le système de santé, d'améliorer l'accessibilité aux médicaments anti-VIH et le soutien aux patients séropositifs en soins primaires.



**En Suisse**, les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine collaborent pour dispenser des soins en pharmacie dans le cadre du service « netCare ». Le tri initial est effectué en officine par le pharmacien à l'aide d'un arbre décisionnel. Le patient est ensuite traité

soit par le pharmacien, soit il peut bénéficier d'une téléconsultation en pharmacie avec un médecin, ou enfin il peut être orienté vers un médecin pour une consultation traditionnelle. Les algorithmes de l'arbre décisionnel sont validés par les médecins, et les patients reçoivent un appel de suivi trois jours après le traitement afin d'évaluer le service. Les pharmaciens participant au projet suivent une formation spécifique pour apprendre à utiliser les arbres décisionnels avant de fournir le service. Les résultats d'une étude visant à évaluer l'efficacité, la sécurité et l'efficacité du service ont montré que 73 % des cas ont été traités directement par le pharmacien, 20 % par téléconsultation et les 7 % restants ont été orientés vers des soins aigus ou une consultation en cabinet avec un médecin.



## HABITAT

Le groupe **Arcade-VYV**, pilier logement du Groupe **VYV**, met en œuvre le concept de Logement Santé concrétisé par deux labels, dont un nouvellement créé. Objectif ? faire de l'habitat un outil de prévention et d'accompagnement. Le point avec **Patrice Tillet, directeur général d'Arcade-VYV**.

## “ Le logement est un facteur déterminant de santé ”

### Six ans après l'adossé au Groupe VYV, où en est Arcade-VYV aujourd'hui ?

Le groupe **Arcade-VYV** est le quatrième groupe de logements abordables en France, avec un tropisme porté vers le logement social et intermédiaire. Nous rassemblons une trentaine d'entités, représentant 220 000 logements et nous logeons environ 400 000 habitants. Nous sommes plutôt portés sur le logement des familles défavorisées et des classes moyennes, et nous intervenons également sur le champ du médico-social de manière historique.

Une des singularités de notre groupe est d'avoir privilégié la maîtrise d'ouvrage directe, contrairement aux autres bailleurs sociaux qui sont plutôt des acheteurs d'immeubles. Notre particularité est donc de concevoir nos produits. Depuis l'adossé au Groupe **VYV**, notre travail le plus significatif, au-delà des synergies communes, est le label **Mon Logement Santé** et sa conceptualisation.

### Que recouvre ce concept ?

Le logement est un facteur déterminant de santé, c'est sur cette base que nous avons construit ce rapprochement entre un groupe immobilier et un groupe de santé.

Notre approche consiste à protéger les habitants à travers la conception de nos logements et inclut également l'accompagnement. L'offre servicielle est coproduite en synergie avec



le Groupe **VYV**. Le groupe **Arcade-VYV** représente entre 4 000 et 4 500 logements nouveaux par an, dont une partie importante est labélisée.

La France vieillit, le parc social également, nous embarquons donc la santé des séniors avec des dispositifs spécifiques.

Mais notre vision est beaucoup plus large pour accompagner nos 400 000 habitants face aux problèmes de santé qu'ils peuvent rencontrer et aux différents événements de la vie, comme le retour à domicile après une hospitalisation ou encore avec un nourrisson par exemple. Dans deux décennies, quasiment 25% de la population sera atteinte de maladie chronique, nous devons donc

anticiper pour que le logement ait un impact positif sur ce sujet, ou en tout cas qui ne soit pas négatif. Nous avons aussi développé les sujets de santé mentale, et nous incitons les habitants à faire du sport et à mieux gérer la qualité de leur alimentation. Nous réfléchissons également au sujet du logement des jeunes. Nous pourrions apporter en plus d'un immeuble dédié aux étudiants et jeunes travailleurs un soutien psychologique, ou encore travailler sur la lutte contre l'isolement et les addictions. Nous prenons aussi en compte le changement climatique, avec la question du confort d'été (avec l'installation de brasseurs d'air notamment) et de la préservation de nos locataires l'hiver avec des solutions de chauffage fiables, respectueuses de l'environnement et à cout maîtrisé. Nous logeons des personnes vulnérables qui ont de faibles ressources et doivent donc faire des arbitrages financiers sur l'alimentation, les soins, le chauffage.

### Vous avez créé un premier label en 2020, sur quoi porte-t-il exactement ?

Le label **Mon Logement Santé** concerne la production neuve. Il recouvre trois briques : la conception du bâti, l'animation collective et l'accompagnement individuel. Sur la conception, notre label comprend plusieurs dizaines d'items. Il intègre les cages d'escaliers, qui sont confortables, larges, lumineuses et comprennent parfois des fresques. Nous incitons ainsi les locataires à prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, en axant notre message sur leur

santé mais aussi sur les économies d'énergie et donc de charges.

Autre exemple, nos locaux vélos sont surdimensionnés, pratiques et proches des parties communes. Là encore, le but est d'encourager les habitants à faire du sport et à utiliser des modes de transports doux. Quand nous avons la chance d'avoir un peu de terrain, nous avons pu dans certains programmes créer des espaces de musculation avec quelques équipements et la présence à certains moments d'un coach sportif.

La santé intègre aussi la dimension de bien-être ensemble, il faut donc créer de la cohésion entre les habitants. À cette fin, nous mettons en place par exemple des potagers partagés dans certaines résidences. Cela nous permet aussi de faire de la prévention à travers l'alimentation et de créer du lien social entre les habitants.

### Quel accompagnement individuel des habitants proposez-vous ?

Notre approche individuelle repose notamment sur le service **Ecoute santé**, dont le Groupe **VYV** est prestataire. Nous sommes le seul organisme de logements abordables à proposer à tous nos locataires une plateforme téléphonique 7 jours sur 7, 24h/24 répondant à leurs questions sur des problématiques de santé. Il ne s'agit pas de consultation en ligne mais d'une écoute bienveillante, avec une orientation et de l'accompagnement. La plateforme permet également l'accès à des psychologues et vise aussi à aider les locataires à faire valoir leurs droits sociaux. Le déploiement a commencé courant 2024. Nous sommes en train de le renforcer, et de faire du retour d'expérience en vue d'avoir un taux d'usage plus élevé.

### Où en est le déploiement du label Mon Logement Santé ?

Aujourd'hui 7 000 logements sont labélisés ou en cours de labélisation. Construire un immeuble prend beaucoup de temps : entre le moment où on a trouvé le terrain et la livraison, 4 ans s'écoulent en moyenne. Il y a donc un peu moins de 1000 logements labélisés définitivement qui sont aujourd'hui occupés par des bénéficiaires.

### Vous venez de lancer un deuxième label sur la réhabilitation, pourquoi ?

Nous avons 220 000 logements existants sans offre **Logement Santé** pour les locataires, en dehors d'**Ecoute santé**. Compte tenu des enjeux de transition énergétique et du fait que nous cherchons à améliorer la qualité de nos logements, beaucoup de réhabilitations sont en cours. Nous avons voulu y intégrer les sujets de santé. Nous envisageons de commencer par 1000 logements rénovés sur 12 mois glissants, des opérations ont déjà été identifiées et certaines sont lancées.

Lorsqu'on construit un immeuble, on ignore qui y habitera mais en cas de réhabilitation les locataires sont déjà présents. Nous concertons donc les habitants en amont. Un programme global est ensuite élaboré, puis avec **Ecoute santé** nous intégrons une dimension individuelle pour certains locataires confrontés à des problématiques de santé. Les travaux devront d'abord être le moins perturbants possible. Comment faire, par exemple, pour une locataire de 95 ans qui ne pourra pas utiliser sa salle de bain ou sera confrontée au bruit pendant plusieurs jours ? Nous mettons en place différents dispositifs, comme un appartement ressource ou une demande d'accueil par la famille pour ensuite séquencer les travaux. Nous identifions également les problématiques pouvant être réglées ou atténuées durablement en aménageant le logement. Outre la mobilité, cela peut recouvrir d'autres solutions, par exemple l'installation d'un avertisseur visuel en plus d'une sonnette pour une personne atteinte de surdité.

### Quelles sont les synergies avec les autres entités du Groupe VYV ?

La synergie la plus fortement déployée est le service **Ecoute santé**, mais nous avons d'autres actions coordonnées. Nous avons ainsi livré à Nantes un immeuble d'une

trentaine de logements dans lequel 10 sont réservés à des jeunes souffrant de trouble du spectre de l'autisme qui cohabitent avec des familles. Ces logements spécifiques ont été conçus avec des ergothérapeutes avec des spécialistes de cette maladie et adaptés. **VYV** nous a apporté une compréhension des enjeux de santé pour ces publics, et l'accompagnement est porté par une collaboratrice de **VYV** pour créer de l'animation et du lien entre les familles et ces jeunes.

Une de nos entités réalise également des pensions de famille avec la **MGEN**. Ces résidences spécialisées s'adressent à des populations extrêmement vulnérables, très éloignées du soin. Nous leur proposons notamment des diagnostics auditifs et visuels, à leur logement. Nous avons aussi des synergies immobilières. À Moulins, notre coopérative a réalisé un programme immobilier incluant un centre de santé qui sera géré par la **MGEN**. Situé en face du **CHU**, il permettra de désengorger les urgences et sera animé par de jeunes internes. Le volet immobilier du projet comprend des appartements qui leur sont destinés, nous apportons donc à la fois une solution logement et une solution santé.

### Quels sont vos projets pour la suite ?

Nous allons proposer aux instances du Groupe **VYV** et du groupe **Arcade-VYV**, en fin d'année, une nouvelle stratégie, puisque la feuille de route actuelle qui était très portée sur la **RSE** dans le groupe **Arcade-VYV** s'achève fin 2025. De même pour celle du Groupe **VYV** qui va aussi arriver à son terme. Nous travaillons avec nos équipes depuis un an, notamment pour trouver les modalités d'amplification du **Logement Santé**.

Propos recueillis par **Émilie Guédé**



# Les coulisses du plan Juppé de 1995

À l'occasion de l'anniversaire des 80 ans de la Sécurité sociale, l'UNSA organisait le 31 septembre à Paris un colloque dédié à l'évènement. Intervenant dans une table ronde, **Alain Juppé, ancien Premier ministre de Jacques Chirac**, est revenu sur l'histoire du plan qu'il a porté à l'automne 1995. Un retour en arrière des plus intéressants pour comprendre « l'arrière-boutique » d'un des textes les plus structurants de l'histoire de l'institution. Extraits de ce témoignage.

« En mai 1995, je suis nommé Premier ministre. Jacques Chirac, alors candidat à l'élection présidentielle, avait mené une campagne active contre la fracture sociale. Ce qu'on a un peu oublié aussi, c'est qu'il avait fait une campagne également active pour la qualification de la France à la zone euro au 1<sup>er</sup> janvier 1998. Or, nous n'étions pas qualifiés avec des déficits publics qui dépassaient déjà assez sensiblement les 23 % imposés par les règles européennes. C'était ce qu'on appelait alors « le trou de la Sécu ». Il a donc fallu que je m'y attaque et j'ai préparé, pendant les mois qui ont suivi ma nomination, cette réforme avec toute une série de partenaires à Matignon. (...) Je voudrais aussi rappeler qu'il y avait eu une assez large concertation sur cette réforme pendant les mois qui ont précédé le débat à l'Assemblée nationale avec une dizaine de grandes réunions régionales dans toutes les grandes villes de France avec des élus, des représentants associatifs, des représentants de syndicats.

Et tout ceci a abouti au mois de novembre, le 15 novembre pour être précis, à mon discours à l'Assemblée nationale suivi de 37 heures de débat avant que les parlementaires ne se prononcent et approuvent ma déclaration. Une petite remarque d'abord, sur ce que n'était pas le plan Juppé. Le plan Juppé n'était pas une réforme globale des régimes de retraite. Dans mon discours de 11 pages, la question des retraites occupait 19 lignes. J'avais simplement annoncé la création d'une commission de réflexion sur les régimes spéciaux et envisagé la création d'une caisse de retraite de la fonction publique d'État sur le modèle de ce qui existe pour les fonctions



publiques territoriales. On m'avait à l'époque suggéré d'enlever ces 19 lignes de mon discours à commencer par André Bergeron. Je les ai maintenues et c'est cela qui a provoqué évidemment la mobilisation du mois de décembre 1995.

Dans ce plan, j'avais tracé trois lignes. D'abord, plus de justice. C'était l'égalité devant les retraites, c'était aussi la volonté de mettre en place un régime universel d'assurance maladie, une politique familiale plus efficace avec l'imposition à l'impôt sur le revenu des allocations familiales sous réserve d'une réforme du barème et enfin, un élargissement du financement avec un ajustement de la CSG à des revenus qui n'étaient pas uniquement des revenus salariaux ou professionnels, mais aussi des revenus de remplacement ou des revenus de capital. Le tout, débouchant sur un basculement de cette CSG sur le financement de la Sécurité sociale. Deuxième ligne, la responsabilité à tous les niveaux. D'abord avec la responsabilité de la représentation nationale. D'où la création de la loi de financement de la Sécurité sociale puisque jusqu'alors, le Parlement n'avait ni l'occasion ni même la compétence pour débattre des grands équilibres de notre Sécurité sociale. Ensuite vient la responsabilité de l'État et des caisses nationales avec la création des conventions d'objectifs et de gestion. Responsabilité également à l'hôpital avec la création des ARH, les agences régionales de l'hospitalisation, qui répartissaient les crédits prévus dans le cadre de l'Ondam et contractualisaient avec les établissements. Pour les médecins

de ville, même logique, avec la volonté de créer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. J'expliquais alors aux médecins qu'ils étaient les seuls à pouvoir distinguer entre les dépenses de santé médicalement utiles et celles qui ne l'étaient pas. Vous remarquerez qu'après mon passage à Matignon, le message a été un peu brouillé. Responsabilité aussi des assurés avec notamment l'annonce du carnet de suivi médical, la demande de première visite chez un généraliste avant d'aller consulter un spécialiste ou bien encore, le développement des médicaments génériques. Et puis enfin, le troisième axe fort, l'urgence. Il y avait urgence à combler le trou de la Sécu. J'avais eu la délicatesse à mon arrivée à Matignon de dire que l'état des finances publiques était calamiteux avec le transfert de la dette sociale qui s'était accumulée. Cela a débouché sur la création de la caisse d'amortissement de la dette sociale financée par une nouvelle contribution de CRDS. Une caisse qui était prévue pour 13 ans. Je remarque que récemment on a prolongé la durée de vie de la Cades jusqu'en 2033. Ça fait un peu plus de 13 ans selon mes comptes.

Qui a soutenu cette réforme ? Certains syndicats, comme la CFDT avec Nicole Notat, la Mutualité Française et un syndicat de médecins qui était MG France. Une hostilité farouche en face, Force Ouvrière et Marc Blondel avec qui j'ai eu des moments difficiles, La CGT aussi avec Louis Vianney et puis à partir d'un certain moment, la CSMF parce que j'ai eu la bonne idée au début de l'année 96, comme les dépenses continuaient à déraiper, à coller une amende aux médecins qui ne respectaient pas les objectifs de maîtrise de la dépense. A posteriori, c'était une bonne idée ? Comptablement sans doute, mais voilà, j'ai donc dû basculer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé à une maîtrise comptable de celles-ci.

J'ai commis deux erreurs. L'erreur d'avoir évoqué la réforme des retraites, et c'est ça qui a fait le feu aux poudres en 1995, et puis celle de mettre aussi à dos les médecins. Cela dit après cette période un petit peu difficile, je voudrais rappeler que les dispositions du plan ont été mises en œuvre et, contrairement à l'idée reçue selon laquelle j'aurais retiré le plan face aux grèves, j'ai retiré uniquement toute la partie relative aux retraites. Tout le reste a donné lieu à toute une série de textes. La



loi autorisant le gouvernement à réformer la protection sociale par ordonnance. Cinq se sont d'ailleurs succédées dans le premier semestre de l'année 96 et une loi constitutionnelle a débouché sur la création de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Quel bilan ? Un héritage positif, je crois, avec les LFSS qui ont été une réforme utile permettant à la représentation nationale d'avoir un débat global sur la protection sociale devant les Français et les Français tous les ans. Deuxième chose positive, la Cades et la CRDS. Troisième point, on avait beaucoup reproché à ma réforme d'être une étatisation de la Sécurité sociale parce que j'avais réformé la composition des caisses des conseils et de l'administration des organismes avec des personnalités nommées et non plus élues. Mais aussi, et surtout, avec un mécanisme au terme duquel ce sont les directeurs généraux des caisses nationales qui nomment les directeurs des caisses locales. Cela a été ressenti comme une dépossession par les organisations syndicales qui considéraient que la gestion de la Sécurité sociale leur revenait. En contrepoint à cette critique, j'ai évoqué les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses qui ont créé un climat, dont j'ai lu ici ou là, qui était plutôt apaisé entre les différents responsables de la Sécurité sociale. Je note que désormais personne ne conteste que l'État ait un rôle tout à fait éminent à jouer dans les grands équilibres de la Sécurité sociale. »

■ Alexandre 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.