

Revue de presse sociale (16-06-17) **« Il n'y a pas d'actions qui ne soient basées sur l'information »**

Protection Sociale Informations

24 mai 2017

Santé : Le nouveau tandem du ministère plutôt bien accueilli

Nommée ministre des Solidarités et de la Santé, le 17 mai, Agnès Buzyn a choisi Gilles de Margerie, l'ancien directeur général adjoint d'Humanis, pour la seconder en tant que directeur de cabinet.

La nomination d'Agnès Buzyn a créé la surprise. Médecin spécialisé en hématologie, ancienne présidente de l'INCa et depuis 2016 à la tête de la Haute Autorité de santé (HAS), la nouvelle ministre a procédé à la mise en oeuvre du 3e plan cancer 2014-2019. Plus récemment à la HAS, elle s'est prononcée pour le déremboursement des médicaments prescrits pour la maladie d'Alzheimer. Saluée par beaucoup, l'arrivée d'Agnès Buzyn laisse quelques-uns, minoritaires, perplexes. « Depuis mars, plus aucun représentant de la médecine libérale ne figure dans le collège de la HAS », s'inquiète Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux français. Du côté des complémentaires, la prudence est aussi de mise. « Nous sommes dans l'attente des élections législatives qui pourraient remettre en cause beaucoup de choses », commente Maurice Ronat, président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

La première équation difficile à résoudre pour la ministre sera de rendre le système de santé plus efficient: 15 Mds€ d'économies sont en effet attendus par Emmanuel Macron sur ce champ. Pour y parvenir, Agnès Buzyn pourrait bien s'atteler rapidement au chantier de la pertinence des soins médicaux. Un sujet sur lequel elle a déjà travaillé à la HAS et qui « constitue une des priorités » de la Fédération hospitalière de France, a indiqué David Gruson, son délégué général. La nomination de Gilles de Margerie, ancien directeur général adjoint d'Humanis, en tant que directeur de cabinet constitue aussi un atout pour la nouvelle ministre qui a un profil très axé sur la santé. Ce nouveau bras droit l'aidera très certainement sur deux objectifs chers à Emmanuel Macron : la garantie d'un « zéro reste à charge » pour les soins optiques, dentaires et d'audioprothèse et l'instauration de contrats repères en matière de complémentaire santé. « Un débat s'impose pour redéfinir la place de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans notre système de santé », insiste Jean-Paul Ortiz.

Médicaments: dérembourser pour mieux innover?

Le 19 mai, lors d'un colloque intitulé « Médicaments innovants, garantir l'accès aux soins », le Cese s'est interrogé sur les moyens de garantir l'accès de tous aux traitements les plus récents.

Trois Français sur cinq seraient favorables à des déremboursements pour permettre de mieux prendre en charge les traitements innovants, selon une enquête Ipsos réalisée pour le Conseil économique, social et environnemental (Cese). « C'est un changement radical dans l'opinion publique », a souligné Stéphane Zumsteeg, directeur du département Opinion et recherche sociale chez Ipsos. Le même sondage montre que 77 % des 955 personnes interrogées estiment qu'il faudrait plutôt plafonner le prix des médicaments afin de permettre à tous d'en bénéficier.

Les intervenants du colloque ont limité la portée des résultats en remettant en cause la formulation et l'orientation des questions. « On ne précise pas sur quels produits porteraient les déremboursements », observe Yann Mazens, directeur de la fédération SOS Hépatites. « Questionner ainsi, c'est considérer qu'il y a une seule enveloppe à l'intérieur de laquelle les dépenses sont contraintes alors que des économies doivent être faites ailleurs dans le système de santé », remarque Jean-François Bergmann, chef du département de médecine interne de l'hôpital Lariboisière (Paris), pointant au passage l'institution hospitalière. La radicalité des propos engagés par les personnes interrogées trouverait ses origines dans l'inégalité d'accès aux traitements à laquelle certaines d'entre elles auraient pu être confrontées. « Le rationnement, tel qu'on l'a connu à l'arrivée du Sofosbuvir sur le marché, était inadmissible », a souligné Yann Mazens. Cette situation a créé des discriminations et des différences d'appréciation, « ouvrant la voie à des marchés parallèles qui sont un vrai risque en termes de santé publique ». « On peut dépenser moins en utilisant mieux le médicament. Les pays doivent avant tout se réunir pour garantir de meilleures conditions de négociation avec les industriels », assure Jean-François Bergmann.

Socle : L'Uniojss et EAPN France saluent « l'avancée de la Commission européenne [en matière de] construction d'une Europe sociale ». Elles pointent néanmoins certaines limites, comme l'absence de moyens supplémentaires et le caractère non contraignant du futur socle européen des droits sociaux pour les États membres.

Oubliés : L'Uniojss s'inquiète de l'absence de ministre ou secrétaire d'État sur d'importants champs de la solidarité: les personnes âgées, l'enfance, la jeunesse, la famille, le logement, l'autonomie, la lutte contre l'exclusion. Même écho du côté de la Fnaqpa, de l'AD-PA et de l'UCRFO, pour qui 12 millions de Français (retraités et personnes âgées) ont été oubliés.

Cades : En vertu d'un décret paru au JO du 10 mai, la gestion opérationnelle des activités de financement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale est transférée à l'Agence France Trésor. Et ceci, «sans remettre en cause le principe de cantonnement de la dette sociale et les prérogatives du conseil d'administration de la Cades; notamment dans la détermination et le suivi de la stratégie financière d'amortissement de la dette sociale transférée à la caisse », précise le décret.

Cgos : Quatre organisations syndicales (FO, CGT, SUD et Unsa) ont quitté, le 18 mai, la réunion du comité d'administration du Comité de gestion des oeuvres hospitalières (CGOS) qui devait valider l'ordre du jour de l'assemblée générale du 14 juin. Au motif que cette dernière doit avaliser les mesures d'austérité du budget 2017 mises en oeuvre depuis le 1^{er} janvier et auxquelles elles sont opposées.

Ag2r La Mondiale : Agicam, la société de gestion d'AG2R La Mondiale, est devenue AG2R La Mondiale Gestion d'actifs, a annoncé, le 17 mai, le groupe de protection sociale. En tant que gestionnaire des actifs des différentes entités du groupe, ses encours s'élèvent à 25,8 Mds€ dont 2,8 Mds€ labellisés ISR.

Retraite : Le courtier-conseil Mercer s'est interrogé, le 16 mai, sur la réforme des retraites annoncée par Emmanuel Macron. Sur quelle table de mortalité s'appuiera-t-elle, sachant que l'espérance de vie des hommes est inférieure de cinq ans à celle des femmes?

Les comptes des hôpitaux publics proches de l'équilibre

A l'occasion de la Paris Healthcare Week, qui s'est tenue du 16 au 18 mai, la DGOS a présenté les chiffres provisoires pour 2016 de la situation financière des hôpitaux publics.

Pour la première fois depuis 2012, le déficit des établissements publics de santé (EPS) ne s'est pas aggravé. «Le déficit global de ces structures s'établit à 295 M€ en 2016, soit 0,4 % du total des produits, une situation de quasi-équilibre», a indiqué Marie-Anne Jacquet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Ce chiffre marque une amélioration notable puisque le résultat global négatif atteignait encore 406 M€ en 2015. En 2016, 54 % des hôpitaux étaient excédentaires et la moitié du déficit se concentrait sur 5 % des établissements, soit 39 structures contre 26 en 2015. Les 45 EPS les plus en difficultés sont accompagnés dans leurs efforts par le Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers et centralisent 60 % du déficit cumulé. Pour la deuxième année consécutive, les recettes de l'assurance maladie progressent plus vite que les dépenses de personnel, se félicite la DGOS, précisant que cette évolution traduit « une mutation en profondeur des organisations hospitalières ». Par ailleurs, si la capacité d'autofinancement poursuit un léger repli sans pour autant contraindre les hôpitaux à contracter de nouveaux prêts, l'endettement est devenu nul en 2016.

Malgré ces améliorations, Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF), a insisté dans son discours inaugural sur le « besoin de stabilité et de visibilité des hôpitaux » qui souhaiteraient « connaître leur budget non pas au milieu de l'année mais en début d'exercice ». Il a toutefois reconnu que cette « question du financement des établissements est sans conteste la plus complexe » mais qu'elle est aussi « la plus structurante ». La FHF milite pour le déploiement de « leviers financiers réellement incitatifs à la pertinence des actes, des activités et des structures » et pour la création d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. Pour mettre en place cette réforme, il n'est pas nécessaire de créer une « nouvelle grande loi de santé ». Des « ajustements législatifs ciblés » suffisent, a-t-il indiqué.

Actualités Sociales Hebdomadaires

26 mai 2017

Le taux de chômage du BIT poursuit sa décrue au premier trimestre 2017

Après une légère baisse au dernier trimestre 2016, le taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) a encore diminué de 0,4 point au premier trimestre 2017, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (1). Il s'établit ainsi à 9,3 % de la population active métropolitaine et à 9,6 % en incluant les départements d'outre-mer. Au total, en métropole, près de 2,7 millions de personnes étaient au chômage au sens du BIT au premier trimestre. La baisse a surtout profité aux jeunes de 15 à 24 ans, dont le taux de chômage a décliné de 1,5 point, passant de 23,3 % à 21,8 % entre janvier et mars. Le taux de chômage des seniors (50 ans et plus) est, quant à lui, resté stable (6,6 % sur le trimestre). Rappelons qu'un chômeur au sens du BIT est une personne en âge de travailler - c'est-à-dire âgée de 15 ans ou plus - qui n'a pas eu d'occupation, ne serait-ce qu'une heure, au cours de la semaine de référence, qui est disponible pour travailler dans les deux semaines et qui a entrepris des démarches actives de recherche d'emploi dans le mois précédent - ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois. **Meryem El Morsli**

(1) Informations rapides n° 131 du 18 mai 2017 - Disponible sur www.insee.fr.

Nouvelles inquiétudes sur la réforme de la tarification des EHPAD

A l'occasion d'une réunion organisée dans le cadre de la Paris Wealthcare Week, qui s'est tenue du 16 au 18 mai à Paris, plusieurs membres de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de ses délégations régionales ont fait part de leur « vive inquiétude quant à l'avenir du secteur public d'accompagnement du grand âge », pointant un « niveau de pression » et des difficultés qui n'ont fait que s'accroître ces dernières années. « Les établissements atteignent désormais le point de rupture », s'alarme ainsi l'organisation.

«Déni de réalité»

Soulignant que la convergence des forfaits de soins, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et mise en place progressivement, « a laissé nombre d'établissements exsangues », c'est aujourd'hui la réforme de la tarification des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui « est en cause », écrit la FHF dans un communiqué diffusé le 19 mai. Ces établissements «font désormais face à la fin de l'application d'un taux d'évolution budgétaire en fonction de la masse salariale, en faveur d'un système d'évolution exclusivement basé sur un point fixé de manière uniforme tous statuts confondus », explique l'organisation. Celle-ci « regrette vivement la fin de toute modulation, de prise en compte des différences statutaires, sujétions et droits qui les accompagnent. Ce déni de réalité va impacter directement les 300 000 personnes âgées qui vivent aujourd'hui dans les établissements publics. » Pour la FHF, il est en effet « impossible et inéquitable d'appliquer une stricte logique comptable aux établissements, déconnectée des politiques [du] secteur et des besoins réels des personnes accompagnées par les professionnels ». Par ailleurs, à cette « baisse drastique des dotations de soins se conjugue la mise en place, par décret, d'un forfait dépendance basé sur la valeur d'un point départemental calculé sur les charges moyennes constatées dans l'ensemble des EHPAD du département, ce quel que soit leur statut, alors qu'encre une fois les règles de l'emploi public, les contraintes statutaires récentes (point d'indice, parcours professionnels, carrières et rémunérations) et les avantages fiscaux acquis dans les EHPAD privés [crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, crédit d'impôt de taxe sur les salaires] sont si différents et incompatibles avec un objectif de convergence ».

Perte de recettes

Les incidences négatives de la mise en place de ce forfait dépendance, entré en vigueur le 1^{er} janvier dernier en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et selon des modalités précisées par un décret du 21 décembre 2016, ont déjà été pointées par d'autres fédérations du secteur. La FHF a pour sa part réalisé des études d'impact dont les résultats « confirment un niveau absolument sans précédent de convergence, dont les répercussions seront extrêmement graves pour notre service public destiné aux personnes âgées sur tout le territoire ». Conséquence directe : une perte de recettes pour les EHPAD publics estimée à plus de 200 millions d'euros. Avec une telle baisse de ressources, « ce sont des milliers d'emplois auprès des personnes âgées qui disparaîtront », alerte la FHF à l'intention du gouvernement. Au même moment que la fédération hospitalière, la Conférence nationale des directeurs d'établissements publics pour personnes âgées dépendantes (Cndepah) a aussi fait part de son inquiétude : « Le principe de convergence du forfait dépendance, dans le cadre d'une enveloppe fermée, emmène celui de la redistribution, au sein d'un même département, des établissements les mieux dotés vers ceux qui le sont moins », constate-t-elle. Mais derrière ce « principe d'équité de façade », les établissements considérés comme les mieux dotés « sont encore bien loin des objectifs du plan solidarité grand âge et des attentes légitimes des usagers et de leurs familles ». Or, « comment aujourd'hui admettre que des EHPAD soient "sur-dotés", sauf à méconnaître complètement leurs réalités de terrain ? », interroge la Cndepah. Et de citer l'exemple d'un EHPAD public des Hauts-de-Seine, dont le point moyen est 7,05 pour 2017 (1), qui va voir son forfait diminué de 174 000 € sur sept ans, représentant une perte d'environ cinq équivalents temps plein (ETP) d'aide-soignant. La Cndepah recense les possibilités qui s'offrent à cet établissement : « Geler ou supprimer les emplois à due concurrence et admettre une perte de qualité notable », ou « transférer la charge vers le seul tarif partiellement modulable », à savoir l'hébergement, deux options que les familles ne comprendraient pas. « Les transferts de charge vers les usagers de prestations relevant de la solidarité départementale ou nationale (convergence du forfait dépendance et du forfait soins) vont remettre en question l'accès de tous à nos établissements publics », juge la conférence. En outre, « l'incitation forte des départements à déshabiller partiellement à l'aide sociale les établissements publics concourt également à ce risque », conclut-elle. La Cndepah invite donc les établissements « à négocier auprès des conseils départementaux et les incite, par leur conseil d'administration, à voter une motion précisant l'impact financier pour leur établissement et demandant la mise en place d'un cliquet anti-retour », c'est-à-dire permettant le maintien du niveau antérieur du forfait dépendance. La FHF va plus loin en demandant que « soit mis en place un moratoire sur la réforme de la tarification des EHPAD ». Cela « afin d'éviter de graves conséquences ».

Emmanuelle Chaudieu

(1) Le calcul du nouveau forfait, dépendance prend désormais en compte le GIR (groupe iso-ressources) moyen pondéré (GMP) de l'établissement, sa capacité d'hébergement et la valeur du point du GMP départemental.

Demande d'APA en ligne : encore des progrès à faire

Si les critères d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile sont les mêmes, quel que soit le lieu où vit la personne, les demandes et les versements d'APA sont gérés par les conseils départementaux.

Sur ce point, « les pratiques sont loin d'être les mêmes partout », constate l'observatoire Agevillage, qui a rendu publics, le 17 mai, les résultats d'une enquête sur les demandes d'APA en ligne. Avec l'objectif de répondre aux questions suivantes : les informations sont-elles accessibles? La dématérialisation des démarches est-elle réelle? L'accessibilité a-t-elle une influence sur l'octroi de l'allocation?

Démarche: se mettre « à la place d'un aidant qui aurait besoin de faire une demande d'APA pour son proche». Résultats : 71 départements sur 100 (la Mayotte n'a pas été intégrée à l'enquête) proposent à ce jour une demande d'APA en ligne et trois ont un projet, « au moins à l'étude », de dématérialisation. Cependant, « la non-disponibilité du dossier en ligne n'a pas d'incidence sur le nombre de bénéficiaires, au contraire», puisque 12 % des 75 ans et plus touchent l'APA à domicile au plan national, contre 15,4 % dans les 29 départements qui ne proposent pas de dossier dématérialisé. L'enquête a par ailleurs identifié des éléments qui peuvent freiner les démarches: l'aide porte un nom différent dans certains départements (APA, APAD pour domicile, ADPA pour allocation départementale personnalisée d'autonomie...), le dossier en ligne est parfois difficile à trouver et, quand il n'est pas en ligne, il peut n'y avoir aucune information sur la manière de se le procurer. Sans compter que, « dans plusieurs cas, l'information sur l'existence même de l'APA est réduite à peau de chagrin ». Pour pallier ces difficultés, Agevillage a mis en ligne, sur www.agevillage.com, un dossier avec des liens vers tous les télé-services des départements qui proposent la dématérialisation de la demande d'APA. Pour les autres, l'observatoire précise les coordonnées (téléphone ou e-mail) du service auquel adresser sa demande. **M. E.C.**

Le traitement de données à caractère personnel pour l'APA et l'aide sociale à l'hébergement est autorisé

En application de la loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement, qui impose, notamment, aux départements la collecte de données individuelles pour l'attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement, à des finalités statistiques, un décret autorise la création d'un traitement de données à caractère personnel pour la mise en œuvre de ces deux prestations. Pour rappel, un décret était déjà venu préciser la nature des données relatives à l'APA et à l'aide sociale à l'hébergement que doivent communiquer les départements à l'Etat, ainsi que les modalités de transmission.

Finalités du traitement

Le décret indique que le traitement de données à caractère personnel doit permettre :

- d'évaluer la situation des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, en vue de déterminer leur degré de perte d'autonomie, leur éligibilité à l'APA, le contenu de leur plan d'aide et les évolutions de ces situations et besoins ;
- d'évaluer les ressources des demandeurs et, dans le cas de l'aide sociale à l'hébergement, celles de leurs obligés alimentaires, en vue de calculer leurs droits à l'allocation concernée ;
- de notifier des décisions relatives à l'APA et à l'aide sociale à l'hébergement, le paiement de ces aides aux bénéficiaires ou aux services, établissements ou prestataires intervenant à leur profit ;
- de suivre les interventions des services du conseil départemental auprès des demandeurs et des bénéficiaires ;
- de faciliter les échanges avec d'autres conseils départementaux ou d'autres institutions nécessaires à l'appréciation des droits des demandeurs et des bénéficiaires ;
- d'utiliser les informations nécessaires au suivi et au traitement des procédures amiables, recours gracieux et actions contentieuses ;
- de contrôler l'utilisation des prestations ;
- de connaître la population des demandeurs et des bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement à des fins de pilotage départemental;
- d'améliorer le parcours de santé des bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement;
- de constituer des échantillons statistiquement représentatifs visant à rendre possible l'étude des situations et des parcours des personnes, y compris lorsqu'elles changent de département.

Nature des données

Le texte énumère également les données collectées par les conseils départementaux, en distinguant celles relatives aux allocataires de l'APA de celles relatives aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. Les conseils départementaux doivent notamment vérifier le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) ou le numéro identifiant d'attente (NIA), qui a été fourni par le demandeur. A cet effet, ils doivent avoir collecté et vérifié, avant le 1^{er} janvier 2020, le NIR ou le NIA de tous les demandeurs et de tous les bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement. Les données peuvent être collectées directement auprès des personnes concernées ou communiquées par la direction générale des finances publiques et les organismes de protection sociale. Le décret précise que les conseils départementaux peuvent uniquement accéder aux données des organismes de protection sociale via la consultation du répertoire national commun de la protection sociale. Ces données peuvent être conservées par les conseils départementaux durant six ans après la cessation du droit à la prestation ou après l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux.

Destinataires

Concernant la liste des destinataires possibles des données, l'accent a été mis sur le fait que seules les informations strictement nécessaires à l'exercice de leur mission et dans la limite de leurs attributions peuvent être transmises. Ainsi, peuvent être destinataires des données :

- les maisons départementales des personnes handicapées, pour le traitement des demandes relatives à la carte mobilité inclusion ;
- les agents des caisses gestionnaires d'un régime d'assurance retraite, dans le cadre de la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie ;
- les agents des organismes compétents pour l'attribution d'aides complémentaires aux bénéficiaires de l'APA ;
- les professionnels intervenant dans le cadre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie et des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes;
- les responsables des services d'aide et d'accompagnement à domicile, pour la mise en oeuvre des plans d'aide des bénéficiaires de l'APA, sous réserve de l'accord de la personne concernée.

En revanche, contrairement à la demande de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), les organismes ou services destinataires des données pour l'accomplissement des finalités statistiques, dont fait partie la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ne sont pas mentionnés dans le décret.

[Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 et délibération de la CNIL n° 2017-142 du 27 avril 2017, NOR : CNIX1713948X, J.O. du 10-05-17]

Aide à domicile: un référentiel professionnel pour le compte «pénibilité» est homologué

Dans le cadre de la mise en oeuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité, un arrêté homologue pour une période de cinq ans à compter du 7 mai 2017 (1) un référentiel professionnel de branche élaboré par l'Union syndicale des employeurs de la branche de l'aide à domicile (USB-Domicile) (2). Pour mémoire, avec le compte « pénibilité », les salariés de droit privé exposés à l'un des dix facteurs de pénibilité prévus peuvent accumuler des points sur un compte tout au long de leur carrière, l'idée étant que ces points leur permettent de se former, de travailler à temps partiel sans perte de salaire ou de partir plus tôt à la retraite.

L'employeur doit, pour chacun de ses salariés exposés, déclarer l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques. Pour ce faire, il peut évaluer, en l'absence d'accord de branche étendu de prévention de la pénibilité, les expositions au regard de référentiels professionnels de branche homologués par arrêté.

Les employeurs de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) peuvent ainsi s'appuyer sur le référentiel élaboré par USB-Domicile.

(1) Soit à compter de la publication de l'arrêté au journal officiel.

(2) Le référentiel est disponible sur www.travail-emploi.gouv.fr.

[Arrêté du 2 mai 2017, NOR : ETST1713474A, I.O. du 7-05-17]

L'information des patients sur les appareillages auditifs et d'optique est renforcée

A compter du 1^{er} janvier 2018, les professionnels de santé qui délivrent au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficiences de l'ouïe ou d'optique-lunetterie correctrice, et tout professionnel qui commercialise ces produits, devront indiquer sur leur vitrine, de manière visible et claire, qu'un devis détaillé est remis gratuitement au client avant tout achat de produit correcteur. Le prix et l'intitulé des prestations qu'ils proposent doivent également être affichés. Cette obligation d'information s'impose aussi aux sites de vente en ligne. Le devis, établi en double exemplaire, doit respecter les modèles joints à l'arrêté et doit être accompagné, en annexe, d'une note informative. Un exemplaire sera conservé par le professionnel pendant au minimum un an à compter de sa délivrance.

Avant le paiement, le professionnel devra remettre à l'assuré une note détaillée. Il devra, comme pour le devis, en garder une copie pendant un délai minimal de un an à compter de sa délivrance. La note détaillée reprendra :

- les éléments prévus par le devis normalisé ;
- les éléments d'identification nécessaires aux organismes de prise en charge
- les nom, prénom, numéro d'assuré social, date de naissance et adresse du patient et de l'assuré (s'il est différent du patient) ;
- les nom et prénom du médecin prescripteur, le numéro d'identification du répertoire partagé des professionnels de santé et la date de la prescription ;
- la référence au numéro du devis signé, ou accepté en cas de vente à distance ;
- le nom et l'adresse du garant de la conformité des biens au contrat (1) ;
- le cas échéant, le certificat émis par le fabricant pour les dispositifs délivrés ou toute information permettant au consommateur de vérifier l'origine et les caractéristiques essentielles de ces produits.

(1) La garantie de conformité du bien au contrat a été étendue, par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation, à deux ans pour les biens achetés neufs après le 18 mars 2016. Ainsi, si un défaut de conformité

apparaît pendant une période de deux ans suivant l'achat, il appartiendra au professionnel de prouver que le défaut n'existait pas.

[Arrêté du 28 avril 2017, NOR : ECFC1709406A, J.O. du 4-05-17]

Le cadre de l'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens est fixé

Un décret et un arrêté précisent les conditions de l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière. Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, cette expérimentation permet, pour mémoire, aux agences régionales de santé (ARS) d'autoriser, pendant trois ans, l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes.

Cette expérimentation est conduite dans deux régions: l'Auvergne-Rhône-Alpes et la Nouvelle-Aquitaine. Les pharmaciens exerçant dans ces deux régions et souhaitant participer à l'expérimentation doivent adresser leur demande au directeur général de l'ARS, ainsi qu'une copie au conseil régional de l'ordre des pharmaciens. Afin que leur demande soit recevable, les candidats doivent respecter un cahier des charges et réaliser une formation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques, dont le contenu est fixé par arrêté. Le directeur général de l'ARS a un délai maximal de deux mois, à compter de la réception de la demande, pour rendre sa décision, après avoir pris avis du conseil régional de l'ordre des pharmaciens. La liste des pharmaciens autorisés à participer à l'expérimentation est alors publiée sur le site Internet de l'ARS. Cette autorisation ne peut excéder trois ans et peut être retirée par le directeur général de l'ARS en cas de manquement du pharmacien aux règles. L'arrêté limite la réalisation de cet acte, par les pharmaciens, aux personnes adultes âgées de 18 ans et plus, ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur, à l'exception des femmes enceintes et des personnes qui n'ont jamais été vaccinées contre la grippe. Cette liste de population concernée par l'expérimentation est publiée, chaque année, dans le calendrier des vaccinations édité par le ministère chargé de la santé. Préalablement à la vaccination, le pharmacien doit recueillir, par écrit, le consentement exprès et éclairé de la personne qu'il juge éligible à la vaccination. A cet effet, le patient doit remplir un formulaire de consentement dont le modèle est annexé au décret. Une fois l'acte réalisé, une attestation de vaccination, comportant le nom et le numéro de lot du vaccin administré, lui est remise. Le pharmacien doit ensuite en informer le médecin traitant de la personne vaccinée, si cette dernière ne s'y oppose pas.

[Décret n° 2017-985 et arrêté du 10 mai 2017, NOR : AFSS1713194A, J.O. du 11-05-17]

Droit à l'information sur la retraite. Un décret ouvre la possibilité de mettre à la disposition des assurés les documents du droit à l'information sur la retraite sous forme dématérialisée pour les assurés relevant des régimes de retraite de base ou complémentaire. Ainsi, à compter du 12 mai 2017, le bénéficiaire doit pouvoir disposer de son relevé de situation par tout moyen de communication électronique sécurisée, par l'organisme ou le service auquel il a adressé sa demande, sauf s'il s'y oppose. Dans ce dernier cas, le relevé lui est adressé à son adresse postale personnelle.

[Décret n° 2017-1004 du 10 mai 2017, J.O. du 11-05-17]

Protection sociale Informations

31 mai 2017

Le COR se penche sur les écarts entre public et privé

En vue de son futur rapport annuel, qui sera publié le 14 juin, le Conseil d'orientation des retraites (COR) devait examiner, le 31 mai, les effets de convergence entre les systèmes public et privé de retraite.

Avant que ne s'engage « la réforme en profondeur » annoncée par le président de la République (PSI n° 1064), le COR a souhaité préciser l'origine des différences de niveau de pension entre les salariés du privé et les agents des trois Fonctions publiques. Si les taux de remplacement de la génération née en 1946 sont « relativement comparables à environ 75% en médiane », selon le COR, les écarts ne sont pas négligeables. La pension moyenne d'un agent civil de l'État atteint 2 590€ par mois contre 1 880 € pour un fonctionnaire territorial ou hospitalier, et 1 820€ dans le privé. Ces différences proviennent avant tout des écarts de rémunération et de qualification. De même, si l'effort contributif des fonctionnaires d'État civils, avec un taux de cotisation global apparent de 83,8 %, apparaît beaucoup plus élevé que celui d'un non-cadre du privé (25,2 %), cet intervalle pourrait se réduire à quatre points, selon le COR. Une fois neutralisées les différences d'assiette (prise en compte ou non des primes), de structures de financement (les cotisations du privé ne financent que 62 % des pensions) ou encore de situation démographique des régimes, l'effort contributif des agents civils serait ramené à 22,9 %, contre 18,9 % dans le privé. Prolongeant les travaux de l'Insee en matière de convergence des régimes, les nouvelles simulations réalisées par la Drees montrent que l'application des règles du privé aux fonctionnaires aurait « des effets très différenciés sur l'âge de départ le niveau des pensions et le taux de remplacement », selon les catégories d'agents concernés. 62 % des fonctionnaires pourraient bénéficier du taux plein au même âge, 27 % et notamment les catégories actives seraient contraints de partir plus tard, et 11 % plus tôt grâce, en

particulier, au dispositif de majoration de durée d'assurance des mères de famille plus avantageux dans le privé. En termes de niveau de pension, celui des fonctionnaires nés en 1958 augmenterait en moyenne de 8,3 % dans le cas d'une cotisation Agirc-Arrco acquittée au taux maximal, mais diminuerait de 0,5 % dans le cas d'une cotisation fixée au taux moyen en vigueur. Au final, les règles du privé apparaissent plus favorables pour les femmes et pour les agents hospitaliers et les territoriaux que pour les hommes et les fonctionnaires d'État.

Le calendrier de la réforme : Lors de ses entretiens avec les responsables syndicaux et patronaux, les 24 et 25 mai, Emmanuel Macron a précisé que sa réforme des retraites serait engagée « dans les 12 mois ». Gérald Darmanin, ministre de l'Action et des Comptes publics, a indiqué aux fédérations syndicales de fonctionnaires qu'une fois les grands principes arrêtés, il s'occuperait de leur déclinaison dans le secteur public.

Retraite : La convergence annoncée des régimes de retraite publics et privé s'étalera vraisemblablement au-delà des dix ans suggérés par Emmanuel Macron. « Sur le plan pratique, il sera très difficile de reconstituer l'historique des primes versées aux fonctionnaires », souligne une syndicaliste.

Actualités Sociales Hebdomadaires

2 juin 2017

Le nombre de demandeurs d'emploi en catégorie A diminué en avril

Après une forte hausse en mars, le nombre de demandeurs d'emploi inscrits en métropole en catégorie A, c'est-à-dire sans aucune activité, a reculé de 36 300 en avril, soit une baisse de 1 %, indique la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) (1). En revanche, si on ajoute les demandeurs d'emploi ayant exercé une activité réduite (catégories B et C) (2), le nombre d'inscrits augmente de 31 200 en avril, pour s'établir à 5 535 000 personnes en métropole (+ 0,6 % sur un mois, + 0,9 % sur trois mois, + 2,3 % sur un an) et à 5 836 100 avec les départements d'outre-mer. Dans le détail, en avril dernier, le nombre de jeunes de moins de 25 ans sans emploi a baissé de 5 900 personnes (-1,2 % sur un mois, - 0,1 % sur trois mois, - 6,3 % sur un an). L'effectif des demandeurs d'emploi âgés d'au moins 50 ans inscrits en catégorie A diminué aussi sur la même période avec 9 700 personnes en moins (- 1,1 % sur un mois, stable sur trois mois, + 2,9 % sur un an).

Ces chiffres, comme les suivants, ne seront pas commentés par la nouvelle ministre du Travail, Muriel Pénicaud, a-t-elle annoncé dans un communiqué du 24 mai. Elle estime que « le nombre de personnes inscrites à Pôle emploi, dans toutes les catégories, peut être affecté, chaque mois, par différents événements de nature administrative, entraînant une fluctuation des inscriptions qui ne reflète pas bien l'évolution du marché du travail ». Et d'ajouter que « la périodicité mensuelle de cette donnée entraîne par ailleurs une volatilité structurelle de l'information qui brouille plus qu'elle n'éclaire les tendances de fond sur le niveau de chômage ». La ministre compte saisir prochainement « les autorités et organismes compétents » pour « réfléchir, avec eux, aux moyens de mieux éclairer le débat public à l'avenir ».

M.E.M.

(1) DARES Indicateurs n° 037 - Mai 2017 - Disponible sur www.travail-emploi.gouv.fr.

(2) Dans la catégorie B sont inscrites les personnes ayant travaillé au maximum 78 heures dans le mois, et dans la catégorie C celles qui ont travaillé plus de 78 heures dans le mois.

L'UDES rappelle ses positions sur la réforme du code du travail

Après avoir, avec la FNSEA et l'UNAPL (1), appelé le gouvernement à consulter les trois organisations multi-professionnelles dans le cadre des travaux sur la réforme du code du travail, PUDES (Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire) a été reçue le 30 mai par le Premier ministre, Edouard Philippe, et la ministre du Travail, Muriel Pénicaud. Une simplification « est primordiale » en la matière, réaffirme l'organisation d'employeurs dans un communiqué diffusé à l'issue de cette rencontre. « Elle sera profitable aux entreprises et à l'emploi si des garde-fous existent pour favoriser une bonne coordination des niveaux de négociation. » L'UDES estime que l'évolution du dialogue social est « nécessaire », la négociation d'entreprise participant d'« un mouvement très positif de promotion du dialogue social, dès lors qu'elle s'applique principalement aux sujets relevant de l'organisation quotidienne du travail, de l'environnement direct et spécifique de l'entreprise ou encore des aspects innovants en matière de dialogue social ». Tous les autres éléments « doivent continuer à relever de la branche professionnelle (salaires minimaux, prévention de la pénibilité, égalité professionnelle...), qui doit être en capacité d'organiser un ordre public conventionnel structurant », insiste l'UDES, pour qui « la branche doit conserver un rôle régulateur important ». Elle estime qu'il « appartient aux partenaires sociaux de branche de définir les domaines dans lesquels la branche professionnelle doit garder la main et ceux sur lesquels elle entend laisser l'entreprise libre de négocier une norme, au plus proche de ses réalités ». Pour autant, le calendrier de la réforme n'offre pas « une visibilité suffisante aux branches pour travailler dans des conditions satisfaisantes », ajoute l'organisation.

L'UDES se prononce par ailleurs en faveur du regroupement de toutes les instances représentatives du personnel (délégués du personnel, comités d'entreprise et comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) «pour les entreprises à partir de 50 salariés et sans limitation de plafond », ce regroupement devant être réalisé « à l'expiration des mandats des élus ». Elle est également favorable à un autre point - hautement sensible - de la réforme prévue par Emmanuel Macron : le plafonnement des indemnités prud'homales en cas de licenciement sans cause réelle et sérieuse.

L'UDES indique avoir réaffirmé auprès du Premier ministre «son attachement à une branche professionnelle forte ». En tant qu'organisation patronale multi-professionnelle, elle demande à siéger au sein de la commission nationale de la négociation collective, au même titre que l'UNAPL et la FNSEA, et à intégrer « un certain nombre d'instances liées à la protection sociale ». Elle annonce avoir déposé un recours auprès du Conseil d'Etat pour attaquer l'arrêté du 5 mai portant attribution des sièges dans les conseils de prud'hommes. L'union « se voit attribuer 114 sièges, alors même qu'elle compte actuellement sur un réseau de 478 conseillers prud'hommes », proteste-t-elle. Elle plaide en outre « pour le maintien d'une délégation interministérielle à l'ESS [économie sociale et solidaire], dont le travail de coordination est essentiel au développement du secteur ». **M.L.B.**

(1) Respectivement Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles et Union nationale des professions libérales.

Légère hausse des dépenses départementales d'action sociale

Le faible taux de progression des dépenses départementales d'action sociale constaté en 2016 par l'ODAS, «bien inférieur [à celui des] deux années précédentes», est lié à des «circonstances particulières», explique l'observatoire dans son enquête annuelle.

Les dépenses d'action sociale départementales ont atteint 36,8 milliards d'euros en 2016, soit une augmentation de 1,9 % par rapport à l'année précédente, révèle l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) dans sa traditionnelle enquête annuelle sur ce sujet, dont les résultats ont été présentés le 30 mai (1). Le taux de progression de ces dépenses est cependant « bien inférieur [à celui des] deux années précédentes », où il était supérieur à 3 %, signale l'ODAS. Tandis que la charge nette, soit la dépense une fois retranchée la participation de l'Etat au financement des allocations de solidarité, a augmenté de 1,3 %. Pendant le même temps, les recettes de fonctionnement ont progressé de 2,8 % « à la faveur du dynamisme des droits de mutation à titre onéreux et du foncier bâti ». La « situation pourrait paraître rassurante si elle n'était le résultat de circonstances particulières », relativise l'observatoire, qui estime que ces résultats 2016 sont « en trompe-l'oeil ». Au premier rang de ces « circonstances particulières » : la « baisse inattendue » du nombre des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), qui se traduit par une moindre progression de la dépense de l'allocation en 2016. Mais « il est peu probable, au regard des prévisions de l'évolution du taux de chômage, que cette baisse soit pérenne ». Autre explication : l'effort de réduction des dépenses consenti par les établissements et services sociaux et médico-sociaux « pourra difficilement être reconduit sous peine de [les] fragiliser ». Enfin, la « moindre progression de la charge nette s'explique essentiellement par le versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de nouveaux concours prévus par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) supérieurs à la dépense effective en 2016 ». Lors de la présentation de ces résultats, le délégué général de l'ODAS, Jean-Louis Sanchez, a d'ailleurs bien insisté sur le fait que les données de 2016 « reflètent une situation qui ne se reproduira pas » et dont la nature est avant tout « conjoncturelle ».

Evolution contrastée selon les territoires

Au-delà de cette vue d'ensemble, l'ODAS passe au crible les grands champs d'intervention des départements en matière d'action sociale, à commencer par l'insertion, dont la dépense nette s'élève à 10,17 milliards d'euros, soit 330 millions d'euros supplémentaires par rapport à 2015 (+ 3,4 %). « En revanche, la charge nette augmente davantage en raison de la non-progression des concours de l'Etat », explique l'observatoire : elle est de 4,58 milliards d'euros, soit 340 millions d'euros supplémentaires, en augmentation de 8 % (contre + 14,6 % en 2015 et + 20,5 % en 2014). Le versement du RSA représente plus de 90 % de la dépense totale (9,49 milliards d'euros), dont 40 % sont à la charge du département et 60 % à celle de l'Etat, a précisé Claudine Padiou, directrice scientifique de l'ODAS. Il augmente cependant à un rythme moindre que les années précédentes : « Certes, le montant de l'allocation a été revalorisé à deux reprises (de 0,1 % en avril et de 2 % en septembre), néanmoins, le nombre de bénéficiaires a baissé ». C'est la conséquence, surtout, du passage à la prime d'activité qui remplace le RSA « activité ». « Notre hypothèse, c'est que certains travailleurs très pauvres ont renoncé à demander la prime d'activité », précise Claudine Padiou. Les dépenses liées aux actions d'insertion continuent, elles, de diminuer (- 50 millions d'euros en 2016), principalement dans le champ de l'insertion professionnelle. Avec cependant des évolutions « contrastées » entre territoires dans quatre départements sur dix, la dépense liée aux actions d'insertion est en forte baisse. Dans quatre autres, elle varie peu. Dans les deux restants, elle progresse fortement. Dans ces départements-ci, l'effort est vraiment porté sur l'insertion par l'emploi, explique Claudine Padiou, qui précise que cette orientation relève « explicitement de la volonté politique des élus ».

Les dépenses liées à la PCH en constante progression

En ce qui concerne le soutien aux personnes handicapées, la dépense nette s'élève à 7,32 milliards d'euros, soit une augmentation de 190 millions d'euros (+ 2,7 %), contre 270 millions d'euros les années précédentes. « Les concours de la CNSA restant stables, la charge nette totale du chapitre progresse d'autant, soit 190 millions d'euros », ajoute l'ODAS. Les deux tiers de la dépense sont consacrés à l'hébergement, en progression de 2,3 %, une augmentation là encore « moins importante que celles constatées les années précédentes » : si de nouvelles places ont été ouvertes, « les coûts tendent à se réduire grâce à la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ». La dépense liée à la prestation de compensation du handicap (PCH), d'un montant de 1,85 milliard d'euros, « poursuit comme chaque année sa progression à un rythme soutenu (+ 5,7 %) », avant tout en raison de l'augmentation du nombre de bénéficiaires.

Mise en oeuvre de la loi ASV

Pour le soutien aux personnes âgées dépendantes, la dépense nette a progressé de 1,8 % entre 2015 et 2016 pour atteindre 6,89 milliards d'euros. Elle évolue cependant différemment selon qu'il s'agit du soutien à domicile ou du soutien en établissement. Ainsi, la dépense de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile (3,32 milliards d'euros) augmente de 2,5 %. Ce qui « s'explique par le début de la mise en oeuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) qui prévoit une revalorisation des plans d'aide d'APA à domicile », explicite l'ODAS, ainsi que par l'accroissement du nombre de bénéficiaires. « Nous avons constaté la hausse forte du montant moyen du GIR [groupe iso-ressources] des personnes lourdement dépendantes alors que pour les GIR 4, pour lesquelles l'allocation joue plutôt un rôle préventif, nous avons l'impression que le montant de l'allocation n'a pas bougé ou quasiment pas, pointe Claudine Padiou. Ce qui nous interroge, car cela apparaît en contradiction par rapport à l'esprit de la loi "ASV", qui est de favoriser le plus possible le maintien à domicile. » Dans le domaine de la prise en charge en établissement, « il semble s'agir d'une année intermédiaire », les départements étant dans l'attente de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Celle-ci ne concerne cependant pas le volet « APA » en établissement, dont la dépense a progressé de 50 millions d'euros (+ 2,1 % contre 3,1 % en 2015) pour atteindre 2,39 milliards d'euros. « Ce ralentissement est probablement lié aux contraintes budgétaires imposées aux EHPAD », avance l'ODAS. Par ailleurs, « les concours versés par la CNSA au titre de l'APA ont augmenté de 330 millions d'euros (+ 19,3 %) en prévision de l'application de la loi "ASV", passant ainsi à 2,04 milliards d'euros. Or les départements n'ont appliqué que progressivement les nouvelles dispositions de la loi "ASV". Ce qui a une incidence favorable sur le budget et explique une diminution de la charge nette totale. » Cependant, le « verrouillage des coûts des établissements et services met les associations [gestionnaires] en grande difficulté », signale Claudine Padiou. Face à la baisse du taux d'occupation de certains établissements, il y a, selon elle, « urgence à réfléchir » et à aider les maisons de retraite à évoluer dans les services qu'elles proposent.

Le dernier volet de l'enquête de l'ODAS est consacré à la protection de l'enfance, où - « fait sans précédent depuis la décentralisation » - la dépense d'aide sociale à l'enfance (ASE) n'augmente que de 0,6 % (+ 40 millions d'euros) pour atteindre 7,27 milliards d'euros, dont près de 84 % consacrés à l'accueil (+ 1,3 %). « En 2016, 3 600 jeunes supplémentaires ont été accueillis par rapport à 2015 », écrit l'ODAS. Parmi les tendances observées, la réduction du nombre de contrats jeunes majeurs, constatée depuis plusieurs années, se confirme - avec, là encore, des variations importantes d'un département à l'autre. « Ces contrats sont de plus en plus concentrés sur les jeunes en formation qualifiante », précise Claudine Padiou. Le placement familial reste stable, ce qui « s'explique en partie par les difficultés de recrutement d'assistants familiaux, métier souffrant d'une faible attractivité. Par ailleurs, les CPOM, s'ils favorisent la souplesse de la réponse via un financement par dotation globale des associations gestionnaires, complexifient la mesure des volumes financiers dédiés au placement familial associatif.

Prises en charge diversifiées

Les autres dépenses, relatives notamment au soutien à domicile, continuent de baisser lentement. L'ODAS signale cependant que « les formes de diversification des prises en charge qui visent à favoriser la cohérence du parcours de l'enfant sont difficilement repérables à travers l'analyse des comptes administratifs, car elles sont de plus en plus intégrées dans les budgets globaux des associations gestionnaires d'établissements ». Finalement, « seul l'accueil en établissement a progressé », avec une dépense en augmentation de 2 %, en raison notamment de l'accueil des mineurs non accompagnés (10 % des 141400 mineurs accueillis par l'ASE). Rappelant que la prise en charge d'un enfant dans un établissement de PASE représente un coût de 50 000 € par an, Jean-Louis Sanchez souligne, en conclusion, la nécessité pour les départements d'engager de véritables politiques de prévention dans le champ de la protection de l'enfance, seul moyen de limiter les prises en charge coûteuses et trop tardives pour être pleinement efficaces. **Emmanuelle Chaudieu**

(1) « Dépenses départementales d'action sociale en 2016: des résultats en trompe-l'œil » - La Lettre de l'ODAS - Mai 2017 - www.odas.net.

Gouvernement « Philippe » les décrets d'attribution des ministres sont parus

A la suite de la nomination des membres du gouvernement « Philippe », les décrets d'attribution des ministres, très attendus, sont parus au journal officiel le 25 mai. Ils lèvent le doute sur le périmètre de certains portefeuilles

ou sur leur articulation entre eux. Ainsi, comme le pressentait la Fondation Abbé-Pierre, le « logement » est confié au ministère de la Cohésion des territoires. Le volet « jeunesse » est attribué au ministère de l'Éducation nationale, « l'économie sociale et solidaire » au ministère de la Transition écologique et solidaire et « l'aide aux victimes » au ministère de la Justice. Un rapide focus sur quelques portefeuilles sociaux. Richard Ferrand, ministre de la Cohésion des territoires, hérite d'un large portefeuille. En effet, il se voit notamment confier l'élaboration et la mise en oeuvre de « la politique en faveur du logement et de l'hébergement des populations en situation d'exclusion », qu'il est chargé de mener grâce à la direction générale de la cohésion sociale et au délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Le ministre de la Cohésion des territoires a aussi pour mission de « mettre en oeuvre la politique du gouvernement relative à la ville, notamment aux quartiers défavorisés, à l'intégration et à la lutte contre les discriminations ». Il a enfin, en lien avec le ministre de l'Intérieur et le ministre des Comptes publics, la charge des relations avec les collectivités locales et la politique de solidarité financière. L'aide aux victimes dépend désormais du ministre de la justice. François Bayrou est en effet chargé de coordonner la politique en matière d'aide aux victimes, dont le secrétariat d'État, créé à la suite des attentats de novembre 2015, a été supprimé. Il est chargé de « l'adaptation des dispositions permettant le respect des droits des personnes victimes ». La « jeunesse » dépend dorénavant du ministère de l'Éducation nationale. Outre l'école (enseignement préélémentaire, élémentaire et secondaire), le nouveau ministre, Jean-Michel Blanquer, se voit notamment confier la politique en faveur de la jeunesse et du développement de la vie associative et la politique en matière d'égalité des chances et de lutte contre les discriminations. Parmi ses attributions, figurent aussi le développement de l'engagement civique et l'action conduite par l'Agence du service civique. La question migratoire est répartie entre la Place Beauvau et le ministère de la Cohésion des territoires. L'immigration, l'asile, la préparation et la mise en oeuvre de la politique « en matière d'accès à la nationalité française » reviennent à Gérard Collomb, ministre de l'Intérieur, et l'hébergement des migrants à Richard Ferrand, au titre de sa compétence sur l'hébergement d'urgence. Sans surprise, il revient à la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, les questions relatives à la famille, à l'enfance, aux personnes âgées et à la dépendance, qui correspondent aux attributions classiques des ministères des Affaires sociales. La secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, hérite de la lutte contre les discriminations envers les personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres). Elle doit veiller en particulier à « l'amélioration de la prise en compte de la maternité et de la paternité dans les parcours professionnels et [du] développement des modes de garde, notamment collectifs, des jeunes enfants ».

Par ailleurs, dans une circulaire publiée le même jour, le Premier ministre, Edouard Philippe, précise la méthode de travail qu'il souhaite imposer à son gouvernement. Il demande à chaque membre du gouvernement de faire preuve « d'exemplarité, de collégialité et d'efficacité ». L'objectif est de « revenir à un fonctionnement marquant l'autorité de l'État et prenant en compte le long terme ». Edouard Philippe demande en outre à ses ministres « un projet de feuille de route pour les années à venir », à remettre pour le 15 juin, afin d'élaborer le programme de travail qu'il exposera dans sa déclaration de politique générale devant l'Assemblée nationale. Il a enfin indiqué qu'il ferait, tous les six mois, le point avec ses ministres sur la mise en oeuvre de ce programme et de ces feuilles de route.

[Décrets n° 2017-1065 à 2017-1068, n° 2017-1070 à 2017-1087 du 24 mai 2017 et circulaire du 24 mai 2017, NOR : PRMX171551OC, 1.0. du 25-05-17]

HAD : les conditions de fonctionnement des établissements évoluent

Un décret modifie les conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), afin, notamment, de tenir compte des évolutions intervenues dans l'organisation du système de santé. Vivement salué dans un communiqué de presse du 9 mai par les fédérations hospitalières, comme la Fédération hospitalière de France et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, le texte « apporte, selon elles, des améliorations très importantes pour le développement de MAI ».

Admission en HAD
L'admission du patient dans un établissement d'HAD, ainsi que sa sortie, doivent être prononcées par le responsable de la structure, après avis du médecin coordonnateur. Le médecin traitant ou, à défaut, le médecin désigné par le patient doit donner son accord à la prise en charge et devient le référent médical du patient pendant le séjour.

Coordination des prises en charge

La coordination des prises en charge doit être réalisée en lien avec les structures et les professionnels de santé intervenant en amont et en aval du séjour en HAD. Elle est assurée, sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins coordonnateurs, par une équipe pluri-professionnelle, comportant au moins un infirmier et un assistant social à temps partiel, salariés de l'établissement ou d'une personne morale ayant conclu une convention avec celui-ci. Le décret précise que la possibilité de recours à un psychologue doit être organisée. Le médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de l'établissement, conformément au projet médical de ce dernier. Il veille, notamment, à l'adéquation et à la continuité des prestations fournies aux patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.

Continuité des soins

Tout établissement d'HAD est tenu d'assurer, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, y compris les jours fériés, la continuité des soins aux patients accueillis. Il doit, par ailleurs, garantir à ces derniers qu'il prend en charge leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Si le médecin traitant - ou, à défaut, le médecin désigné par le patient ou son remplaçant ne peut assurer la continuité des soins dans les conditions et les délais requis par l'évolution de la situation du patient (intervention au domicile, télé-prescription...), le médecin coordonnateur peut intervenir, y compris en matière de prescription, et le tient informé. Le décret impose enfin à l'établissement d'HAD de disposer d'un système de communication à distance permettant d'assurer une liaison permanente entre les patients, leur entourage et les personnels intervenant dans la structure.

Organisation

L'organisation générale, le personnel, la nature et la localisation des locaux ainsi que l'équipement des établissements d'HAD doivent être adaptés au volume d'activité et à la nature des prises en charge de la structure, telles qu'elles sont définies par son projet médical, et lui permettre d'assurer ses missions sur l'intégralité de l'aire géographique autorisée. L'établissement doit, par ailleurs, proposer à l'agence régionale de santé (ARS) concernée une organisation adaptée de la continuité des soins, en considération de la nature et du volume de son activité ainsi que de son projet médical. Tout projet de changement de l'organisation doit être transmis à l'ARS, précise le décret. Chaque établissement d'HAD établit un règlement intérieur qui doit préciser, entre autres, les principes généraux de son fonctionnement médical, en particulier les modalités de mise en œuvre de la coordination tant en interne qu'avec les partenaires impliqués dans le parcours de soins des patients, ainsi que son aire géographique d'intervention. Enfin, préalablement à sa première intervention dans un établissement avec hébergement social et médico-social, la structure d'HAD doit signer une convention avec cet établissement. Cette convention doit comprendre, a minima, les conditions de l'intervention dans l'établissement d'hébergement.

[Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017, 1.0. du 7-05-17]

Les nouvelles modalités de calcul de la liquidation unique des pensions de retraite sont fixées

Près de trois ans après la publication de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice des systèmes de retraite, deux décrets d'application précisent les nouvelles modalités de calcul des pensions de retraites des assurés relevant de plusieurs régimes (régime général, régime social des indépendants et régime des salariés agricoles). Afin d'éviter des démarches lourdes aux assurés qui devaient se tourner vers chaque régime pour faire valoir leurs droits à la retraite, la réforme des retraites prévoit, pour mémoire, une liquidation unique de la pension de base des poly-pensionnés par le régime auquel l'assuré a été affilié en dernier lieu. Les dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale ont ainsi été adaptées afin, qu'à compter du 1- juillet 2017, soit additionné pour le calcul du total des droits à pension :

- l'ensemble des rémunérations ayant donné lieu à cotisation, pour déterminer annuellement le nombre de trimestres d'assurance pour l'ensemble des régimes ;
- l'ensemble des périodes d'assurance retenues pour la détermination du droit à pension dans l'un des régimes dans la limite de quatre trimestres par an tout régime confondu ;
- les salaires et revenus annuels de base de chacun des régimes, dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale.

[Décrets n° 217-735 et n° 2017-737 du 3 mai 2017, 1.0. du 5-05-17]

Lutte contre le terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre le terrorisme, deux décrets définissent les modalités de mise en œuvre des techniques de recueil de renseignements, instituées par la loi du 28 février 2017 relative à la sécurité publique. Ces textes font suite au souhait de l'ancien Premier ministre, Manuel Valls, de réformer le renseignement pénitentiaire pour mieux appréhender le phénomène de la radicalisation en milieu carcéral. Le Premier ministre peut désormais, après avis de la Commission nationale de contrôle des techniques de renseignement, habilitier des agents de l'administration pénitentiaire, individuellement désignés, à utiliser des techniques de renseignement telles que le recueil de données de connexion, la géolocalisation, afin de prévenir des évasions, de maintenir la sécurité et le bon ordre des établissements pénitentiaires et des établissements de santé destinés à recevoir des personnes détenues. Les écoutes téléphoniques ne sont autorisées que pour une durée de 48 heures et dans le cadre de la prévention de la lutte contre le terrorisme et pour prévenir un passage à l'acte imminent.

[Décrets n° 2017-749 et 2017-750 du 3 mai 2017, 1.0. du 5-05-17]

Santésocial.fr

02/06/2017

Les départements réclament un système de compensation des coûts de la solidarité

Lors d'une conférence de presse organisée le 31 mai, Dominique Bussereau, le président de l'Assemblée des départements de France, a détaillé les dossiers que l'association compte inscrire à l'ordre du jour de ses discussions avec le gouvernement. Les deux plus « urgents » sont le financement des allocations individuelles de solidarité (RSA, APA et PCH) et la prise en charge des mineurs non accompagnés. Les départements revendiquent leur rôle de chef de file des solidarités humaines et territoriales et réclament un système de compensation des coûts de la solidarité nationale, qui réduise les inégalités territoriales. Car faute de ressource fiscale dynamique, leur autonomie s'est réduite à moins de 20 %. Autant de sujets urgents à aborder au cours de la conférence territoriale promise par le candidat Macron et qui devrait se tenir dès l'été. C'est sous un front uni, droite et gauche, que l'Assemblée des départements de France (ADF) a présenté les deux dossiers chauds de ce début de quinquennat au cours d'une conférence de presse le 31 mai : la recentralisation des allocations individuelles de solidarité (AIS) et les mineurs non accompagnés (MNA). Dominique Bussereau, président, Pierre Bédier, 1^{er} vice-président, Mathieu Klein, vice-président du groupe de gauche et Benoît Huré, président du groupe de la droite, et des indépendants, ont expliqué que ce « point de début de mandature » faisait suite à leur rencontre de la veille avec Richard Ferrand, ministre de la Cohésion des territoires, et précédait les rendez-vous avec le président Macron, le premier Ministre, Edouard Philippe, et les autres membres du gouvernement (Intérieur, Comptes publics, Santé, Handicap, Agriculture, etc.) avec lesquels les départements devront travailler. Sur les deux dossiers « urgents » l'ADF demande que les discussions techniques débutent sans attendre.

Rouvrir les négociations pour recentraliser les AIS

Les dépenses des départements pour les AIS, RSA (revenu de solidarité active), APA (allocation personnalisée d'autonomie) et PCH (prestation de compensation du handicap) sont « de moins en moins bien compensées, d'à peine 50 %, et les disparités de moyens entre les départements s'accroissent », a déclaré Benoît Huré. Le reste à charge pour le RSA, pour des départements qui doivent le payer sur leurs propres deniers, varie « de 72 à 232 euros par habitant selon les départements », avance l'élu des Ardennes. « Certains départements n'ont pas pu régler les caisses d'allocations familiales et de mutualité agricole pour les dépenses du RSA », rappelle Dominique Bussereau. Ailleurs, la diminution de ce poste a été rattrapée par l'envolée de l'APA. Les fonds d'urgence successivement mobilisés (200 millions d'euros pour 2017) ne peuvent constituer une solution de long terme, poursuit-il. Après l'échec, en juin 2016, des négociations pour recentraliser le financement du RSA, l'ADF se déclare prête à rouvrir les discussions, « dans un esprit constructif », pour régler ce problème qualifié de « structurel » par Dominique Bussereau.

Une bataille politique contre les inégalités territoriales

« Les inégalités territoriales ont augmenté depuis 2008 », renchérit Mathieu Klein. C'est donc une « bataille politique » qu'il faut mener pour l'élu de Meurthe-et-Moselle, favorable à la recentralisation du RSA « dans une approche non dogmatique mais résolue ». Benoît Huré a rappelé l'autre méthode proposée par les présidents Jean-René Lecerf (Nord) et Michel Dagbert (Pas-de-Calais) : créer une dotation versée par l'État aux départements dont le reste à charge par habitant est supérieur à la moyenne nationale des AIS. A minima, l'État devrait, selon l'ADF, compenser plus largement le financement des AIS. Reste aussi à se mettre d'accord sur l'année de référence.

Des responsabilités à clarifier sur les mineurs non accompagnés

La seconde urgence est la situation des mineurs non accompagnés (MNA), nouvelle terminologie pour désigner les mineurs isolés étrangers (MIE), au nombre de 14 279 fin 2016 et, à ce jour, de près de 18 000 avec l'Outremer, selon les chiffres avancés par Dominique Bussereau. L'ADF juge insuffisant le remboursement aux départements par l'État de cinq jours de séjour (soit 250 euros). Dominique Bussereau fait état de services de la protection de l'enfance, démunis pour accueillir les mineurs étrangers. Mathieu Klein rappelle « le devoir d'accueil » et la « nécessaire clarification du niveau de responsabilité de chacun », pointant l'incongruité de confier à des travailleurs sociaux la production d'un rapport destiné à la justice sur l'évaluation de la minorité d'un jeune.

Une autonomie financière à moins de 20 % de leur budget

Les deux urgences pointées par l'ADF révèlent la posture délicate des départements. L'association demande la confirmation de leur « rôle de chef de file des solidarités humaines et territoriales », mettant en avant l'intérêt de réponses sociales de proximité. Mais les moyens départementaux consacrés au paiement des AIS, « une question nationale », souligne Mathieu Klein, réduisent d'autant les moyens consacrés aux politiques locales d'accompagnement social et professionnel. « L'autonomie financière des départements s'est rétrécie à moins de 20 % », constate l'élu de Meurthe-et-Moselle. Leur seule ressource directe est en effet le produit de la taxe foncière : « les recettes autonomes et dynamiques manquent ».

Une conférence territoriale sous le signe de la décentralisation

Finalement, l'ADF demande que l'État finance la solidarité nationale et laisse aux départements leur autonomie financière, c'est-à-dire, selon Mathieu Klein, « la liberté de choisir la nature de leur financement ». La question sera sans nul doute inscrite à l'ordre du jour de la conférence territoriale, dont Richard Ferrand a confirmé la

tenue, selon Dominique Bussereau. Promise par le candidat Macron en même temps que son pacte de confiance – qui se discutera avec Gérard Collomb, ministre de l'Intérieur largement en charge des collectivités –, elle se tiendrait dès cet été, qui court jusqu'au 21 septembre, a ironisé l'élu de Charente-Maritime. Mais encore faut-il qu'elle soit « préparée avec les collectivités et placée sous le signe de la décentralisation ».

Les demandes institutionnelles

L'ADF demande en outre :

- la stabilisation du paysage institutionnel territorial après les lois Maptam, « Notre », la métropole du Grand Paris (MGP) ; ce qui n'exclut pas ni « la souplesse pour rapprocher des départements », ni, selon Pierre Bédier, « la correction des lois, notamment en Ile-de-France où la MGP, « de taille insuffisante, se télescope avec la région » ;
- une loi de financement des collectivités territoriales, à côté des lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour « montrer les concours et les relations financières avec l'État ». Si les tendances présentées par l'Odas dans son enquête annuelle sur les dépenses départementales d'action sociale sont validées par le président de l'ADF qui admet « des données financières moins mauvaises en 2016 par rapport à 2015 », les éléments budgétaires ne permettent toutefois ni de relancer les investissements ni de décréter les départements tirés d'affaire **Nathalie Levray**

Protection Sociale Informations

7 juin 2017

Action sociale départementale des résultats 2016 trompeurs

L'Observatoire national de l'action sociale (Odas) a présenté, le 30 mai, les chiffres clés de l'action sociale départementale pour 2016.

Le bilan de l'Odas tranche avec celui de l'année dernière: les dépenses d'action sociale en 2015 montraient des départements au bord de l'asphyxie financière. Contre toute attente, l'année 2016 a été marquée par l'augmentation de leurs recettes fiscales (+2,8 %), ce qui a permis de compenser la baisse de la dotation globale de fonctionnement octroyée par l'État. Parallèlement, la dépense nette d'action sociale (36,83 Mds€) n'a augmenté que de 1,9 %, contre 3 % les années précédentes. Si l'on retire les financements de l'État, la charge nette progresse seulement de 1,3 %. Ainsi, la croissance des différents postes a ralenti en 2016 l'insertion (10,17 Mds€ +3,4%), avec 9,49 Mds€(+3,8 %) pour le revenu de solidarité active (RSA) ; le soutien aux personnes handicapées (7,32 Mds€ +2,7%); l'aide aux personnes âgées dépendantes (6,89 Mds€ +1,8 %). Enfin, fait sans précédent depuis la décentralisation, l'aide sociale à l'enfance n'augmente que de 0,6 % pour atteindre 7,27 Mds€

Mais gare à ces «résultats en trompe-l'oeil », avertit l'Odas. Certains éléments qui expliquent ce répit sont d'ordre conjoncturel: baisse du nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), augmentation des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), embellie des recettes liées à l'immobilier. « Ces départements ne pourront envisager sereinement l'avenir qu'en construisant des politiques de prévention, chaque fois plus inventives, pour mieux maîtriser les dépenses et proposer des réponses adaptées aux nouveaux défis sociaux », estime Jean-Louis Sanchez, délégué général de l'Odas.

APAI : quel bilan? Conformément à la loi ASV, les plans avaient été révisés à plus de 90 % dans deux tiers des départements à la fin 2016, selon une enquête flash de l'Odas. Pour les autres, le retard concernait essentiellement les GIR 3 et 4. Reste que moins de 2 % des plans parviennent aux nouveaux plafonds définis par la loi.

Démographie : Au 1^{er} janvier, le nombre de médecins en activité régulière s'élève à 196 000, contre 198 200 en 2010, selon une étude publiée le 30 mai par l'Ordre des médecins. Parmi eux, 22 400 médecins ont été diplômés à l'étranger, soit 10 % du total contre 7 % en 2010. Les 8 300 médecins étrangers supplémentaires ont en partie compensé la baisse des diplômés en France (-10 400 environ). Tous modes d'exercices confondus, la densité médicale moyenne est, en 2017, de 330,7 médecins pour 100 000 habitants. La région Paca enregistre la plus forte densité (353,2) suivie par la Nouvelle-Aquitaine (348,6). L'Île-de-France arrive en cinquième position (346 contre 377 en 2010). Les Pays de la Loire (287,9) et le Centre-Val-de-Loire (278,5) ferment la marche en métropole. Les sénateurs Hervé Maurey (UDI, Eure), président de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, et Louis-Jean de Nicolay (LR, Sarthe), membre de cette commission, ont présenté, le 31 mai, leur rapport sur l'aménagement du territoire. Le document propose d'instaurer le conventionnement sélectif pour les médecins selon le principe « une installation pour un départ » dans les zones sur-dotées.

Convention : Le Synerpa et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'engagent à moderniser et professionnaliser les services à domicile du réseau, pour la première fois, dans une convention quinquennale. La subvention de la CNSA couvrira la moitié du coût global des actions qui s'élève à 7,8 M€ sur la période 2017-2021, dont 1,4 M€ dès 2017.

Comité d'alerte : Selon le deuxième avis du comité d'alerte sur le respect de l'Ondam pour 2017, publié le 31 mai, les dépassements des dépenses de ville en 2016 créent un effet de base défavorable de 400 M€. Il doute par ailleurs de la réalisation intégrale du programme de maîtrise médicalisée de la Cnamts ainsi que du rendement de certaines mesures d'économies sur les produits de santé. Les crédits mis en réserve en début d'année (602 M€) sont toutefois, d'un « niveau suffisant pour faire face aux aléas identifiés », indique le comité. L'Ondam voté en LFSS pour 2017 devrait donc pouvoir être respecté.

Ehpad : Selon l'étude du site logement-seniors.com, certains départements sont en tension face aux besoins de placement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les Alpes-Maritimes, la Meurthe-et-Moselle, la Manche, la Mayenne et le Loir-et-Cher totalisent 18 % des demandes alors qu'ils n'abritent que 5 % de l'offre de lits.

Pénibilité : Le gouvernement se donne « jusqu'à la fin de l'année » pour simplifier le compte personnel de prévention de la pénibilité. Il n'a toutefois pas l'intention de « revenir sur le principe » du dispositif, a prévenu, le 30 mai sur France 2, le Premier ministre.

Droit à l'erreur : L'Institut de la protection sociale salue la volonté gouvernementale d'instaurer un droit à l'erreur. Il estime cependant indispensable d'aller plus loin en affirmant le principe de bonne foi du cotisant en matière de protection sociale complémentaire. Deux pistes: inscrire ce principe dans le Code de la Sécurité sociale et remplacer la sanction par du conseil en cas de première erreur commise, avec un délai de mise en conformité.

Aidants : L'Association française des aidants et la Fnehad ont noué, le 23 mai, un partenariat pour une plus grande reconnaissance et un meilleur accompagnement des proches aidants des patients hospitalisés à domicile. Il débutera par la conduite d'une enquête pour mieux connaître, d'une part, la prise en compte des aidants par les établissements d'HAD, d'autre part, la perception que les aidants peuvent avoir de l'HAD.

Journée de solidarité : En 2017, le lundi de Pentecôte devrait rapporter 2,37 Mds€ au titre de la contribution de solidarité autonomie et 748,9 M€ pour la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), selon les prévisions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. 100 % de la Casa doivent être versés à la CNSA, les fonds inutilisés étant censés alimenter les fonds propres de la caisse.

ACS : La directrice du Fonds CMU, Marianne Cornu-Pauchet, a indiqué, lors du colloque d'Espace social européen du 1er juin, que la question de l'équilibre financier des contrats labellisés destinés aux bénéficiaires de l'ACS devrait être posée lors du renouvellement de l'appel d'offres, prévu en 2018 ».

Soins à domicile : les infirmiers verront leur rôle renforcé

Un bilan des mesures conventionnelles a été présenté, le 18 mai, devant le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, en vue de la négociation d'un nouvel avenant pour les infirmiers.

C'est leur tour. Après les médecins, les dentistes et les pharmaciens, les infirmiers vont débiter mi-juillet les discussions conventionnelles, censées actualiser le contenu de leur convention. Les débats devraient s'articuler autour de trois axes. 1/Réviser le dispositif démographique. Le bilan du conventionnement sélectif en zone sur-dotée mis en place en 2008 est « globalement positif », estime la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Entre 2010 et 2016, la part des installations en zone sur-dotée a diminué de 12,6 points, et celle en zone très sous-dotée a augmenté de 1,3 point. Toutefois, des ajustements sont à prévoir. Les écarts entre les territoires sur-dotés et sous-dotés n'ont pas été suffisamment réduits, regrette l'assurance maladie. L'augmentation la plus forte (+9,6 points) concerne les installations dans les zones intermédiaires et notamment dans celles se situant en périphérie des zones sur-dotées. 2/Revoir la nomenclature de la profession pour la rendre « plus traçante et plus descriptive ». L'activité des infirmiers pourrait ainsi être mieux connue et valorisée. 3/Continuer à impliquer fortement les infirmiers dans les programmes de retour à domicile (Prado). Le virage ambulatoire ne peut se réaliser sans une mobilisation forte de cette profession, répètent souvent les pouvoirs publics. Depuis 2012, les infirmiers ont donc été appelés à participer à l'expérimentation de plusieurs volets Prado : chirurgie, insuffisance cardiaque ou broncho-pneumopathie chronique obstructive. Pour la Cnamts, le bilan est très satisfaisant. Leur implication massive a permis une prise en charge rapide des patients en sortie d'hospitalisation et une sécurisation de leur retour à domicile. En 2017, la profession devrait s'investir dans deux nouveaux volets Prado: personnes âgées et accidents cardio-vasculaires. En 2016, la Cnamts avait estimé que ces programmes pouvaient permettre d'économiser jusqu'à 842 M€ sur trois ans.

Agnès Buzyn veut mettre l'accent sur la prévention

Lors des Rencontres de Santé publique France, le 30 mai, la nouvelle ministre des Solidarités et de la Santé a exposé ses intentions en matière de prévention.

Vous êtes les premiers à qui je m'adresse depuis ma prise de fonction et ce n'est pas un hasard», a déclaré la nouvelle locataire de l'avenue de Ségur aux acteurs du secteur médico-social et de la santé. Pour insuffler une politique de prévention « volontariste », Agnès Buzyn compte sur les 5 Mds€ d'investissement prévus en santé sur cinq ans, mais aussi sur l'implication des ministères de l'Éducation nationale et de la Transition écologique. « Demain, nous investirons davantage pour prévenir que pour guérir », a-t-elle déclaré. À cette fin, des actions de prévention seront financées au titre des missions d'intérêt général dans les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux se verront fixer des objectifs de performance. 40 000 étudiants en médecine seront aussi mobilisés pour intervenir dans les écoles et les entreprises dans le cadre d'un service sanitaire de trois mois. La première déclinaison de cette politique de prévention

devrait porter sur la lutte contre le tabac, Emmanuel Macron ayant souhaité que « la génération à naître soit la première sans tabac ». « Chaque année, 73 000 décès sont enregistrés. C'est la première cause de mortalité évitable », a rappelé Agnès Buzyn, qui s'est inquiétée de la prévalence de cette addiction chez les soignants: 31 % des infirmiers et 44 % des aides-soignants fument. La vaccination figure aussi parmi ses priorités. En février, le Conseil d'État avait enjoint Marisol Touraine à prendre des mesures, dans les six mois, pour modifier le conditionnement des vaccins combinant injections obligatoires - diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) - et recommandées. Actuellement, aucun vaccin uniquement DTP n'est commercialisé. La ministre pourrait ainsi faire évoluer la législation: soit en levant toute obligation vaccinale, soit au contraire en l'élargissant aux onze vaccins pédiatriques. Elle suivrait alors les conclusions, publiées en novembre, du Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination.

Actualités Sociales Hebdomadaires

9 juin 2017

Réforme du «modèle social» : le gouvernement dévoile sa feuille de route

Rénover le modèle social français est «indispensable et urgent», a déclaré, le 6 juin, le Premier ministre, Edouard Philippe, en présence de la ministre du Travail, Muriel Pénicaud, en présentant «Je programme de travail» des réformes sociales des 18 premiers mois du quinquennat du président de la République, Emmanuel Macron. Plafonnement des indemnités prud'homales, fusion des instances représentatives ou articulation entre la négociation d'entreprise et de branche. C'est notamment ce que propose le gouvernement aux partenaires sociaux pour réformer le code du travail par ordonnances d'ici à la fin de l'été.

Six «grandes» réformes

Le document de travail énonce ainsi six réformes qui doivent être engagées d'ici à la fin de l'année 2018, dont certaines doivent entrer en vigueur dès la fin de l'été. Il s'agit :

- de « faire converger performance sociale et performance économique », en réformant dès cet été le droit du travail;
- de redonner de façon « immédiate et visible » du pouvoir d'achat aux salariés, par la suppression des cotisations salariales sur l'assurance maladie et l'assurance chômage, financée par un transfert sur la cotisation sociale généralisée et effective à compter du 1^{er} janvier 2018 ;
- de renforcer « efficacement » les dispositifs de formation professionnelle, à travers un plan massif d'investissement pour les demandeurs d'emploi, les jeunes et les salariés dont les métiers sont appelés à évoluer rapidement. Des premières mesures concrètes seront proposées dès la rentrée 2017 et le plan sera opérationnel dès le début de l'année 2018, avec un volet relatif à l'accompagnement renforcé ;
- d'ouvrir l'assurance chômage aux démissionnaires et aux indépendants, « pour permettre à chaque Français de construire ou saisir une opportunité professionnelle sans craindre de perdre toute ressource financière », indique le programme de travail. La réforme sera progressivement mise en oeuvre à compter de l'été 2018 ;
- de refonder l'apprentissage pour développer « massivement » l'offre des entreprises en direction des jeunes de moins de 25 ans et lutter contre le chômage des jeunes. La réforme entrera progressivement en vigueur pendant les deux prochaines années;
- de rénover le système de retraites en le rendant « plus transparent et plus juste » à partir de 2018. Par ailleurs, le dispositif de prévention et de compensation de la pénibilité sera simplifié pour les entreprises et les droits des salariés seront garantis, assure le gouvernement. Dans les prochaines semaines, une mission sera confiée à des personnalités reconnues pour formuler des recommandations opérationnelles afin d'atteindre cet objectif.

Premier chantier : réformer le code du travail

Promesse de campagne du candidat Emmanuel Macron, la réforme du code du travail se fera par ordonnances, avec au préalable un projet de loi d'habilitation à légiférer par ordonnances qui doit être examiné en conseil des ministres le 28 juin, selon la feuille de route. Les ordonnances devraient être envoyées au Conseil d'Etat « au plus tard » le 28 août, avant leur adoption en conseil des ministres le 20 septembre, selon un calendrier gouvernemental dont l'AFP a obtenu une copie. Ces dates ne figurent toutefois pas dans le programme de travail. Afin de ménager les syndicats, après la fronde contre la loi « travail » en 2016, le gouvernement a mis en place une concertation « approfondie ». Ainsi, 48 réunions avec les partenaires sociaux se tiendront du 9 juin au 21 juillet sur les thèmes suivants :

- l'articulation entre l'accord d'entreprise et l'accord de branche ;
- la simplification et le renforcement du dialogue économique et social;
- la sécurisation des relations de travail.

Les concertations reprendront ensuite en août pour se clore début septembre, avec la consultation des organismes compétents dans lesquels siègent notamment les partenaires sociaux afin de recueillir avis et observations sur les projets d'ordonnances. **Meryem El Morsli**

La journée de solidarité devrait rapporter 2,37 milliards d'euros en 2017

Depuis 2004 - année de sa création - jusqu'en 2016, la journée de solidarité a permis de collecter 28 milliards d'euros, dont 2,29 milliards l'année dernière. En 2017, cette journée de travail non rémunérée - initialement fixée au lundi de Pentecôte mais organisée, depuis 2008, différemment selon les entreprises (suppression d'un jour de congé, d'une journée de RTT...) - devrait rapporter, par le biais de la « contribution solidarité autonomie » (CSA), quelque 2,37 milliards d'euros. C'est ce qui ressort du bilan annuel de la recette de cette journée, présenté le 31 mai par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Prévision d'utilisation en 2017 des recettes de la CSA...

Selon ses projections, la CNSA devrait redistribuer les 2,37 milliards d'euros rapportés par la CSA en 2017 de la façon suivante :

- 1,42 milliard d'euros au bénéfice des personnes âgées dont, plus précisément, 473,3 millions versés aux conseils départementaux pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et 946,6 millions d'euros aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant ce public ;
- 946,6 millions d'euros au bénéfice des personnes handicapées, dont 615,3 millions alloués aux conseils départementaux pour le financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et 331,3 millions aux ESMS accueillant des personnes en situation de handicap.

En pratique, précise la caisse, « les recettes de ce jour travaillé contribueront par exemple à recruter le personnel nécessaire à l'accompagnement des personnes résidant en maison de retraite ou en structure spécialisée, à financer des heures d'aide à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes handicapées ».

... et de la CASA

S'agissant de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), taxe assise sur les pensions de retraite, d'invalidité ainsi que sur les préretraites, elle devrait rapporter 748,9 millions d'euros cette année, d'après les prévisions de la CNSA. La majorité de cette somme devrait être redistribuée aux conseils départementaux et à la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour financer les dépenses occasionnées par la mise en oeuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et ce, de la manière suivante :

- 453,7 millions d'euros pour financer la revalorisation de l'APA à domicile (hausse du nombre d'heures d'aide à domicile, diminution du reste à charge des personnes âgées...);
- 180 millions d'euros pour soutenir les actions de prévention de la perte d'autonomie (conférence des financeurs, forfait autonomie) ;
- 6 millions d'euros pour renforcer l'accompagnement des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et soutenir le développement de l'accueil familial ;
- 10 millions d'euros pour réhabiliter les foyers-logements, appelés dorénavant résidences-autonomie.

Enfin, assure la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les recettes de la CASA non utilisées en 2017 en raison de la montée en charge de la loi d'adaptation de la société au vieillissement lui resteront bien pleinement affectées et pourront contribuer au financement d'autres actions, telles que l'aide à l'investissement dans les établissements accueillant les personnes âgées ou handicapées, le soutien aux services d'aide à domicile et le renforcement du financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. **Sarah Kherdjemil**

Autonomie en santé. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé - dénommé, désormais, ministère des Solidarités et de la Santé - a lancé, le 1^{er} juin, la seconde vague d'un appel à projets national relatif à l'accompagnement à l'autonomie en santé, destiné, à l'instar de la première vague, à expérimenter des «projets pilotes innovants, reproductibles et diversifiés» permettant aux personnes souffrant de maladie chronique ou en situation de handicap de disposer d'informations, de conseils, de soutiens et de formations pour maintenir ou accroître leur autonomie, participer à l'élaboration de leur parcours de santé, faire valoir leurs droits et développer leur projet de vie. Y sont éligibles, notamment, les structures médico-sociales, les collectivités territoriales et les associations d'usagers. Les candidats ont jusqu'au 17 juillet prochain à minuit pour adresser leur dossier de candidature (disponible sur <http://social-sante.gouv.fr>) à l'agence régionale de santé.

EHPAD : le taux des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins est revalorisé

Un arrêté du 4 mai fixe le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les petites unités de vie. Il s'inscrit dans le dispositif prévu par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui vise à augmenter progressivement - de 2017 à 2023 - le forfait global de soins dans ces structures. Selon ce dispositif, la dotation effectivement allouée aux EHPAD et aux petites unités de vie est augmentée d'une fraction de la différence entre la dotation théorique qu'ils auraient dû recevoir et la dotation

effective. Pour l'année 2017, ces structures sont financées, pour la part des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le montant des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins attribués en 2016, revalorisé d'un taux fixé à 1,02 %, auquel s'ajoute une fraction (1/7) correspondant à la différence entre le forfait global de soins (hors financements complémentaires) et le montant des produits précédents. r [Arrêté du 4 mai 2017, NOR : AFSS1713395A, J.O. du 6-05-17]

Parution d'une instruction relative au déploiement du «sport sur ordonnance»

Une instruction interministérielle, adressée aux préfets de région ainsi qu'aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), détaille les modalités de mise en oeuvre de la dispensation de l'activité physique adaptée. Créé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et précisé par un décret du 30 décembre 2016, ce dispositif permet, pour mémoire, depuis le 1^{er} mars, aux médecins traitants de prescrire à leurs patients atteints d'une affection de longue durée une activité physique adaptée à leur pathologie, à leurs capacités physiques et au risque médical qu'ils encourent.

Un copilotage renforcé

Dans le cadre du déploiement du dispositif, l'instruction prévoit de renforcer le copilotage entre les ARS et les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Un comité spécifique, associant l'ensemble des acteurs concernés (services de l'Etat, représentants du monde sportif et de la santé, mutuelles...), peut être créé afin, notamment, de coordonner les besoins des prescripteurs et des offreurs d'activités sportives adaptées. Ainsi, au niveau de chaque région, l'offre disponible doit être recensée et mise à disposition de tous sur les sites internes des ARS et des directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Un guide pratique

Un guide pratique, annexé à l'instruction, définit la notion d'activité physique adaptée à l'état clinique des patients. Celle-ci consiste en « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ». Elle a pour objectif, à terme, de permettre au patient d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière, afin de réduire les facteurs de risques et les limitations fonctionnelles liées à l'affection dont il est atteint. L'instruction insiste sur le fait que l'activité physique se distingue des actes de rééducation, dont la dispensation est réservée aux professionnels de santé, et précise qu'elle ne fait l'objet d'aucun remboursement par l'assurance maladie.

La prescription doit être réalisée par le médecin traitant à l'aide d'un formulaire spécifique dont un modèle est annexé au guide. L'instruction distingue les patients atteints de limitations fonctionnelles sévères, pour lesquels seuls des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) sont habilités à leur dispenser des activités physiques, des autres patients qui peuvent recourir à d'autres professionnels du sport (éducateurs sportifs, titulaires d'un diplôme délivré par une fédération sportive agréée...). Dans tous les cas, l'intervenant doit transmettre périodiquement un compte rendu du déroulement de l'activité au médecin traitant, avec l'accord du patient, qui doit en recevoir une copie.

[Instruction du 3 mars 2017, NOR : AFSP17077081, disponible sur <http://circulaires.logifrance.gouv.fr>]