



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

janvier 2011



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

M. Michel Maso, Directeur administratif des Cahiers, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
D^r Michel Limousin, Rédacteur en chef des Cahiers,
M. Jacques Bénézit, Secrétaire de Rédaction.

Comité de Rédaction :

M. Serge Klopp, Cadre infirmier psychiatrique,
M. Dominique Durand, journaliste et écrivain,
M^{me} Nathalie Marchand, Syndicaliste hospitalière à l'APHP,
M. Michel Legros, administrateur de l'EHESP,
M^{me} Evelyne Vanderheyem, directrice d'hôpital en retraite,
M. Alain Claquin, Cadre Hospitalier à l'APHP,
Dr Omar Brixi, médecin de santé publique et enseignant,
M. Jean-Luc Gibelin, directeur adjoint d'hôpital universitaire, membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du Pcf,
M^{me} Anne Bléger, attachée territoriale et journaliste,
D^r Alain Beaupin, Médecin directeur de centre de santé,
M^{me} Joëlle Greder, ancienne Présidente du Conseil National du Pcf,
D^r Fabien Cohen, chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des Chirurgiens dentistes des centres de santé,
M. Claude Chavrot, Président de l'IUT Paris-Descartes, administrateur de la Fédération Nationale des centres de santé,
M. Alain Lhostis, Conseiller de Paris, ancien Adjoint au Maire de Paris chargé de la santé et ancien Président délégué du Conseil d'Administration de l'AP/HP de 2001 à 2008,
M. Patrice Voir, Maire-Adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Paul Cesbron, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Richard Lopez, Directeur de la santé à Champigny,
M^{me} Simone Fayaud, infirmière, membre du Conseil National du Pcf,
D^r Alain Brémaud, membre du bureau de la Fédération nationale de Formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
M. Michel Katchadourian.

Comité de lecture :

D^r Michèle Leflon, médecin hospitalier, chef de service, Vice-Présidente de la Région Champagne – Ardennes,
D^r Eric May, Médecin Directeur de centre de santé et Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé,
M^{me} Catherine Mills, universitaire, économiste, responsable du Séminaire sur l'hôpital à la Fondation Gabriel Péri.
D^r Jean Victor Kahn, chirurgien-dentiste.

SOMMAIRE

Editorial:

Notre ambition avec cette nouvelle revue. Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

Une conception de la santé publique en référence au service public et à l'intérêt général. Par M. Michel Legros	Page 9
L'Hôpital victime du capitalisme. Marchandisation des soins ou satisfaction des besoins. Par le D ^r Michèle Leflon	Page 10
Quelle loi pour la psychiatrie ? Par le D ^r Bruno Tournaire Bacchini	Page 16
Le bilan humain de l'Europe Forteresse. Regard cartographique. Par M. Nicolas Lambert	Page 18
L'accès aux soins des populations précaires dans les centres de santé : l'étude EPIDAURE Par les D ^{rs} Lopez & Villebrun	Page 24
Financement de l'hôpital public : des pistes alternatives. Par Evelyne Vanderheyem	Page 44
L'accès à une bonne couverture complémentaire santé, un nouveau privilège ? Par M. Jean-Paul Domin	Page 48
Retrait du travail ou du travail salarié ? Par M. Jean-Marie Kneib	Page 54
Les raisons du mal-être au travail. Par M. Dominique Durand	Page 55
Inégalité sociale et recul de l'accès aux soins Par le D ^r Alain Brémaud	Page 56
Les retraites un enjeu de civilisation. Par M ^{me} Catherine Mills	Page 60
La réforme suédoise : des choix novateurs ? Par Antoine Math	Page 68
Les jeunes et la retraite. Par Alain Morin	Page 72

La prise en compte des travaux pénibles, insalubres, dangereux ou astreignants, est au cœur de la mobilisation de certaines branches professionnelles. Par Eric Corbeaux	Page 73
Psychiatrie: face au projet sécuritaire de Sarkozy une proposition alternative pour une psychiatrie au service des patients. Eléments d'un projet de loi cadre sanitaire pour la psychiatrie. Par M. Serge Klopp	Page 74
Quid du Care? Par M. Francis Parny	Page 79
La question du handicap et de la dépendance. Par le D ^r Michel Limousin	Page 84
La réforme de la dépendance selon l'UMP: Chacun pour soi et Marché pour tous! Par Frédéric Rauch	Page 89
L'interview de dernière minute! Interview de M. Jean Luc Gibelin	Page 92
<i>Les brèves:</i>	Page 97
Les notes de lecture:	Page 103
<i>Note du Dr Paul Cesbron (2/11/2010): La santé au travail en France: un immense gâchis humain.</i>	
<i>Note du Dr Limousin: Identité sexuelle et risque de suicide: la démonstration est faite.</i>	
<i>Note de M. Jacques Bénézit: Un projet de vie.</i>	
Le courrier des lecteurs:	Page 110
Les Documents:	Page 119
Document N° 1: Psychiatrie: écouter la différence!	
Document N° 2: Lettre ouverte de la CGT à Roseline Bachelot.	
Document N° 3: Les associations s'opposent à la suppression de l'accès aux soins des sans-papiers les plus démunis.	
Document N° 4: Proposition de loi du PCF et du PG: Garantir le financement de la retraite à 60 ans.	
Document N° 5: les principales interventions des députés communistes, républicains, citoyens et du Parti de gauche lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011.	

Editorial

Notre ambition pour les Cahiers de Santé Publique & de Protection Sociale

La question de la santé est aujourd'hui une préoccupation majeure des Français et la protection sociale est bien au premier plan de leurs sujets d'inquiétude, au même niveau que l'emploi et le pouvoir d'achat selon les sondages d'opinion. Les luttes récentes pour une retraite digne et juste ont rassemblé des millions de gens. Depuis plus de 20 ans, c'est sur le terrain de la défense et de la promotion de la Sécurité Sociale que les luttes sociales les plus puissantes se sont développées et que les salariés et la population se rassemblent. Le sujet mérite une attention, une réflexion, une élaboration de savoirs, d'idées, de concepts articulés avec les pratiques sociales. C'est une question éminemment politique. D'ailleurs le pouvoir libéral en a fait un de ses thèmes de prédilection et les réformes de régression sociale ne cessent de déferler. Une véritable opération européenne mais aussi mondiale de destruction du statut social des populations est en cours, ne nous y trompons pas.

Nous serons donc dans la résistance. Nous serons aussi dans la proposition.

Pour tous ceux qui rêvent d'un autre monde, qui pensent que le libéralisme n'est pas l'horizon indépassable de l'humanité, qui sont engagés dans l'action d'émancipation humaine, il est nécessaire d'élaborer des outils d'échange, de partage d'informations, de réflexions et de mise en perspective. C'est la mission que s'est donnée la Fondation Gabriel Péri en fondant et en éditant cette publication conformément à ses statuts. Qu'elle en soit ici remerciée. Nous mesurons la confiance qui nous est faite et la responsabilité qui en découle.

Les Cahiers de Santé Publique & de Protection Sociale sont donc une revue politique. Une revue ambitieuse qui veut rassembler des hommes et des femmes d'expérience et d'origines diverses comme en témoigne son large Comité de rédaction. Une revue qui prendra le temps de dégager de l'actualité immédiate un corps d'analyses et de propositions et donc de doctrine au service des nécessaires révolutions sociales que le temps appelle. Une revue qui s'inscrira dans une démarche rigoureuse, scientifique en publiant des textes innovants et argumentés. Une revue utile et engagée.

Nous donnerons des articles en respectant la liberté d'écriture et d'opinion des auteurs. Nous laisserons aussi une grande place aux lecteurs dont nous publierons les textes ou fragments de textes les plus construits. Nous

donnerons à connaître des documents utiles et significatifs. Et nous porterons un regard sur l'actualité sanitaire et de protection sociale.

Certains pourraient s'étonner que nous associions les thématiques sanitaires et de protection sociale. Pour notre part nous pensons que d'un point de vue politique, les deux sont indissociables. Comment développer une belle politique de santé si on n'a pas son financement? La santé est un concept globalisant comme l'a défini l'Organisation Mondiale de la Santé il y a déjà bien longtemps et la protection sociale à la française issue de la Résistance prétend prendre en charge toutes les dimensions de la sécurité dont la personne humaine a besoin: le risque maladie, la vieillesse, le risque au travail, les besoins de l'enfance et de la famille, les handicaps, l'emploi.

Notre lectorat? Il n'est pas défini d'avance et parfois les idées font leur propre chemin dans la société, échappant à leurs auteurs et à leurs prévisions. Nous nous adressons aussi bien aux professionnels, qu'aux responsables politiques et syndicaux. Aux militants comme aux universitaires. Aux jeunes en formation comme à ceux qui ont besoin de bases pour leurs luttes. Aux mutualistes comme aux associatifs.

Nos thèmes? Ils seront divers cherchant à couvrir le vaste champ concerné. Nous essaierons de couvrir l'actualité sans nous enfermer dans l'immédiat ou la polémique. Ainsi ce premier numéro est fortement marqué par la question des retraites qui a fait l'actualité politique des six derniers mois. Et il ouvrira aussi la question de la dépendance que le gouvernement a décidé de mettre à l'ordre du jour de l'agenda 2011.

Enfin nous rendrons compte régulièrement des avancées du Séminaire dirigé par M^{me} Catherine Mills et intitulé: Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain? Ce Séminaire organisé par la Fondation veut conduire une étude sérieuse et la plus large possible pour établir un diagnostic partagé et avancer des solutions. D'ores et déjà nous abordons cette thématique dans ce premier numéro.

Les Cahiers peuvent devenir vos cahiers. N'hésitez pas à réagir, à nous faire connaître vos appréciations. Une adresse est à votre disposition: cahiersspps@gabrielperi.fr

**Docteur Michel Limousin,
Rédacteur en chef.**

Articles:

L'EHESP, une conception de la santé publique en référence au service public et à l'intérêt général

Par M. Michel Legros

Administrateur de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)

Si la santé concerne chacun et chacune d'entre nous pris dans sa singularité, la santé publique se présente comme une réponse politique aux besoins de la population. Force d'observation, elle met au point et développe des instruments de mesure qui relient divers éléments à leurs effets dommageables ou bénéfiques. Force d'intervention, elle cherche à anticiper les risques, à contrôler les éléments nocifs en élaborant des mesures techniques et réglementaires adaptées et à promouvoir les bonnes pratiques. Force de proposition, elle s'efforce de promouvoir une culture, des attitudes, des comportements, des valeurs de justice sociale avec la volonté de faire accéder les populations à une vie plus longue et de meilleure qualité.

Dans une optique de promotion d'une santé publique « en action », avec et pour les citoyens, l'EHESP propose de développer une approche au service de valeurs collectives de la justice sociale, d'équité, dans le souci de la santé et de la sécurité des personnes et considère que la santé n'est pas une marchandise comme les autres mais qu'elle est un bien supérieur et consubstantiel au développement des sociétés.

La spécificité de l'EHESP est d'associer étroitement la formation des gestionnaires d'établissements et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et le développement de la santé publique. Cette construction originale permet de former des professionnels de la santé publique capables de conduire des organisations et des services dans les domaines de la santé, du social et du médico-social, de gérer avec efficacité et responsabilité les établissements et institutions mais également des gestionnaires capables de comprendre et d'intégrer dans leurs pratiques et leurs objectifs les politiques, les outils et les ambitions de la santé publique.

Elle fait également référence à l'intérêt général, aux politiques publiques et aux missions de service public définies et impulsées par l'État et mises en œuvre par ses services et par les établissements publics, sans exclusive. L'EHESP appartient au réseau des écoles de service public avec les mêmes règles et obligations qui s'y rattachent.

Les professionnels formés par l'EHESP ont la volonté :

- de promouvoir l'accès équitable des populations à la prévention et au système de soins ;
- de se placer dans une logique de solidarité et de redistribution des ressources pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- de porter une attention particulière aux besoins de prise en charge des personnes vulnérables ;
- de promouvoir la mesure des résultats du système de santé, de rechercher leur conformité aux référentiels et d'en améliorer constamment la qualité ;
- de favoriser une recherche productive en santé et des innovations reconnues et diffusées sur le plan international ;
- d'adopter une vision de la santé publique respectueuse du développement durable et préoccupée de la maîtrise de ses coûts.

Les objectifs ambitieux, académiques et professionnels, nationaux et internationaux, fixés à l'EHESP ne peuvent être atteints, dans le respect de l'éthique, que s'ils prennent appui sur des qualités et des valeurs au rang desquelles nous souhaitons privilégier :

- Le respect des personnes, de leurs parcours, de leurs origines et de leurs projets ;
- La réactivité pour que, dans le domaine de la formation, de l'expertise et de la recherche, l'Ecole puisse apporter des éclairages décisifs dans les politiques publiques ;
- La construction collective, notamment en termes d'approche pluridisciplinaire, de stature internationale et de réseau ;
- Une dynamique d'amélioration continue orientée vers la qualité de nos programmes de formation, s'appuyant sur un management interne de la qualité ;
- L'ouverture et le partenariat avec d'autres établissements universitaires et scientifiques ;
- L'imagination et l'excellence, conditions nécessaires au changement et à la création d'une institution ambitieuse devant répondre à des enjeux de grande ampleur.

L'hôpital victime du capitalisme ! Marchandisation des soins ou satisfaction des besoins.

Par le D^r Michèle Leflon

Le D^r Michèle Leflon est médecin anesthésiste, chef de service à l'Hôpital de Charleville-Mézières et Vice-Présidente de la Région Champagne Ardenne.

L'hôpital est malade : la maladie n'est pas nouvelle, mais elle s'aggrave chaque jour et le remède appliqué, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires sera fatale si les luttes ne s'amplifient pas pour mettre un terme à cette catastrophe sanitaire, sociale et économique.

Le discours de la pensée unique oppose au manque de moyens revendiqué la désorganisation, mais le manque de moyens contribue à la désorganisation, et, beaucoup plus profondément, la cause de la maladie de l'hôpital n'est-elle pas le capitalisme ultralibéral de ce début du XXI^e siècle et son idéologie dévastatrice ?

Infirmières et aides-soignantes sont désespérées par la dégradation de la qualité des soins, malgré des efforts épuisants d'organisation sous la responsabilité de cadres infirmiers et de médecins, pétris de bonne volonté pour moderniser l'hôpital à la lumière des enseignements des écoles de cadres, de l'école de Rennes, des recommandations de la HAS, etc.

Il est sans doute utile de réfléchir à la « pensée unique » qui guide ces « modernisations » car peu ou prou, chacune et chacun, familier de l'hôpital voit bien que les dysfonctionnements dépassent la simple pénurie de personnel et pourrait être réceptif au discours gouvernemental voulant corriger l'organisation. Ce serait très grave, car ce serait enfoncer l'hôpital dans la crise : Sarkozy et ses sbires veulent en effet renforcer la cause de ses dysfonctionnements : la marchandisation des soins.

Aussi, après avoir fait un rapide retour sur l'histoire de l'hôpital, ce texte a pour but de déconstruire les dogmes du fonctionnement hospitalier à l'heure de sa prise en main par les défenseurs du capitalisme ultralibéral et de la marchandisation des soins pour lancer le débat sur les bases de la refondation nécessaire de l'hôpital sur des principes sains : ceux de la réponse aux besoins de la population, ceux de la démocratie.

A. UN PEU D'HISTOIRE

L'hôpital a toujours été traversé par l'idéologie de son époque : lieu de charité, il a été nationalisé lors de la révo-

lution française par le décret du 23 Messidor de l'an II (11 juillet 1794), avant d'être municipalisé, mais il reste tout au long du XIX^e et du début du XX^e siècle un lieu de charité, assurant les missions sanitaires et sociales pour les classes pauvres de la société.

Le visage de l'hôpital se transforme dans la seconde moitié du XX^e siècle avec en particulier la réforme Debré créant les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les médecins à temps plein « hospitalo-universitaires ». La création de ce statut de temps plein n'a pas été qu'une organisation technique permettant de consacrer du temps à l'hôpital : elle a aussi été le symbole d'une conception nouvelle, d'une évolution du médecin qui garantissait son revenu en ville et venait faire la charité à l'hôpital, au médecin, serviteur de l'État. La même transformation se retrouve chez les autres personnels, de la congrégation religieuse à la fonction publique hospitalière. C'était l'époque du compromis social né de la Libération, du capitalisme monopoliste d'État, où les capitalistes s'étaient débarrassés sur l'État de tout ce qui pouvait faire baisser leur taux de profit et l'avaient chargé d'assurer la paix sociale : les personnels hospitaliers étaient les outils de la solidarité nationale, payés par la sécurité sociale à travers le prix de journée, puis à travers le budget global. Les salaires n'étaient pas forcément terribles, mais la reconnaissance sociale était au rendez-vous, la place dans la société assurée. Entre malades et soignants les relations étaient d'êtres humains à êtres humains, la relation historiquement teintée du paternalisme de la religion évoluant vers une relation d'égal à égal. La maladie était idéologiquement hors du champ de l'exploitation de l'homme par l'homme, hors du champ de l'économie, même si, bien évidemment les conditions de vie, de travail conduisaient à des inégalités de santé, mais cela était du domaine du méconnu, la politique volontariste consistant, elle, à assurer l'égalité devant la maladie grâce à la sécurité sociale.

Dans la nouvelle étape du capitalisme d'aujourd'hui, l'élément idéologique dominant dans le domaine de la santé, c'est l'entrée du soin dans le champ de l'économie proprement dit, le malade n'est plus un homme, mais un « client » et le soignant l'ouvrier d'une chaîne de production de soins. Et même si, dans le secteur public hospitalier les soignants ne génèrent pas (encore?)

de profits, les structures de l'exploitation se mettent en place.

Car après s'être débarrassés de la charge du maintien de la santé sur la collectivité, les tenants du capital ont décidé que dans ce domaine aussi il y avait du profit à faire. Cela fait d'ailleurs partie d'une stratégie plus globale du patronat français : pour surmonter les difficultés et la baisse des profits dans l'industrie, ils investissent le domaine des services, ce qui suppose aussi la privatisation des services publics.

Cette transformation du soin, rentrant dans le champ marchand a de multiples conséquences :

- la transformation du soin en la production d'un service que l'on peut vendre, donc parfaitement prédéfini et... inadapté.
- la judiciarisation
- la « prolétarianisation » du personnel soignant.

B. LE SOIN EST DEVENU UNE MARCHANDISE

1°) Un changement de nature qui engendre une dégradation de la qualité

Le soin devient marchandise dès lors qu'il génère des profits. Le contenu en est alors transformé. Il relève d'un contrat passé entre l'acheteur et le vendeur, déterminant *a priori* le contenu du soin, reproductible, ce qui implique la standardisation : chaque soin élémentaire doit répondre à une description précise et être fait par un personnel dont la qualification est certifiée. Des protocoles sont établis décrivant les soins et leur enchaînement. Il devient ainsi possible de vendre du soin en pouvant garantir au malade devenu un client ce qu'il achète.

Sauf que ce que l'on vend n'est pas adapté au malade en question ! Car chaque être humain est unique et le soin, même s'il s'appuie sur une technicité précise, ne peut être pratiqué que dans la relation unique entre deux êtres humains, relation qui se construit au fil du temps et est donc imprévisible, d'autant plus imprévisible que la maladie n'est jamais tout à fait la même d'un patient à l'autre. Le soin ne peut donc être défini à l'avance par contrat.

Cette standardisation du soin de qualité garanti a plusieurs traductions.

L'inadaptation des soins aux patients grandit ! Les protocoles se multiplient. Ils ont toujours existé : cela va du protocole pense-bête permettant de se rappeler ce qu'il faut faire dans des circonstances peu fréquentes au

protocole permettant d'uniformiser les pratiques dans un service, bien utile aux nouveaux personnels, en passant par les protocoles de recherche. Ils sont développés à grande échelle, mais surtout, là où ils n'étaient que des indications utiles aux personnels, ils deviennent opposables alors que tout protocole mérite d'être adapté avec intelligence en fonction de l'état de chaque malade.

Chaque agent de la hiérarchie hospitalière a une place dans la chaîne de soin et un rôle spécifique à jouer dont il ne saurait sortir sous peine de déroger à la qualification annoncée. Cela a pour conséquence un appauvrissement du travail d'équipe. Il n'y a donc plus place à des échanges de pratiques, à la solidarité des équipes, au simple avis informel. Mais lorsque l'un des maillons de la chaîne manque, c'est tout l'édifice qui s'écroule, c'est-à-dire que les difficultés liées au manque de moyens humains, qui n'est pas nouveau, sont amplifiées par les nouveaux fonctionnements prônés comme des garanties de la qualité.

Il est devenu essentiel de suivre les protocoles si ce n'est qu'aucun patient ne rentre exactement dans la case du protocole considéré, si ce n'est que les circonstances font que le protocole ne peut être exactement suivi.

Le personnel hospitalier est ainsi mis au cœur d'un dilemme : suivre le protocole ou faire ce que l'on pense bien pour le patient. Ces dilemmes, qui se répètent à tous les instants, sont une cause majeure de souffrance du personnel.

Cette souffrance est renforcée par des transmissions entre équipes devenues « ciblées », ne laissant plus la place au ressenti, à la transmission d'informations essentielles sur ce qui fait le caractère unique de chaque malade, à l'échange de pratiques et d'informations diverses dans l'équipe.

La prudence, et c'est étroitement en rapport avec la judiciarisation, conduit de plus en plus souvent à suivre le protocole même si le malade aurait besoin d'un protocole adapté, avec donc comme conséquence une diminution de la qualité des soins, voire des soins non faits, car les circonstances font qu'un des éléments manque (et quand un élément manque, cela peut n'être qu'un papier ou une signature !). En fait on suit le protocole plutôt que de faire preuve de ce qui est la caractéristique de l'homme, la possibilité de faire un choix. Il s'agit d'une déshumanisation des soins. Non seulement le personnel souffre de devoir choisir entre suivre les règles et bien soigner, mais son travail est déqualifié et perd sa signification.

Ainsi, la marchandisation des soins est génératrice de mauvaise qualité et de souffrance des personnels !

2°) La marchandisation a pour corollaire la judiciarisation des soins

La relation soigné-soignant est devenue une relation client fournisseur. Qui dit relation de type marchand dit contrat (et d'ailleurs de plus en plus souvent les malades signent l'acceptation des soins proposés) et possibilité de poursuites judiciaires si le contrat n'est pas rempli, sauf que la guérison n'est pas toujours possible, que des complications existent, sans que des fautes professionnelles n'aient eu lieu.

Cette judiciarisation a de nombreuses conséquences : l'augmentation des primes des assurances, que ce soit des professionnels ou des établissements hospitaliers, est sans doute la moins grave, même si ce n'est pas sans conséquence financière et un facteur d'augmentation des dépenses hospitalières sans rapport avec les services rendus. Le développement des plaintes est un facteur d'auto entraînement : quelques affaires médiatisées conduisent à la méfiance vis-à-vis des soignants, voire à sublimer le chagrin de la perte d'un être cher en croisade pour l'amélioration de la qualité des soins à travers une plainte pour faire exemple ! Cette méfiance est très durement ressentie par les soignants.

La judiciarisation, la crainte de la plainte ont transformé les soins : sans même s'attacher au fait qu'il devient plus important d'écrire ce que l'on fait que de faire, la décision de certains examens complémentaires, de certains traitements, est impactée par la judiciarisation. La réflexion indispensable sur les avantages et les inconvénients des traitements est entachée par la recherche du moindre risque judiciaire.

Et paradoxalement la judiciarisation s'accompagne d'une a-responsabilité des professionnels : comme indiqué ci-dessus, les professionnels doivent suivre les protocoles, sans prendre d'initiatives !

3°) Une transformation de la place des soignants dans la société

La transformation du type des relations soignants/soignés, du rapport entre deux êtres humains uniques au rapport commercial reproductible a toutes les conséquences précédemment décrites : souffrance du personnel, mise en cause de leurs compétences par les malades, absence de reconnaissance.

Mais cela va beaucoup plus loin. Les soignants ne sont plus des agents rendant un service public mais des agents de production de soin évoluant vers un rapport d'exploitation, avec l'entrée massive sur le terrain du soin des

actionnaires de la Générale de Santé et autres groupes, favorisée par la loi HPST.

4°) La perversion des procédures qualité

Les hôpitaux doivent maintenant être certifiés par l'HAS (Haute Autorité de Santé) après une première étape où ils devaient être accrédités. La présentation extérieure, c'est une garantie de qualité des soins. Vis-à-vis des personnels hospitaliers, bien conscients qu'il n'y a que peu de rapports entre certification et qualité, la procédure est présentée comme de nature à donner une bonne image de l'hôpital, à mettre en confiance les malades obligés d'y venir, voire à attirer les patients venant d'autres établissements : à l'heure de la tarification à l'activité, ce message des directions passe bien chez ceux qui ont peur pour leur service, leur hôpital et se laissent bernier par le discours officiel consistant à répondre aux difficultés budgétaires par une augmentation de l'activité au détriment des établissements voisins...

Les premiers essais de certification (il s'agissait alors d'accréditation) ont été véritablement rebutants pour les personnels, s'attachant uniquement à vérifier un certain nombre de conditions matérielles.

Pour ne pas rester théorique donnons un exemple des démarches.

Principe demandé par l'HAS : l'anonymat des malades doit être mieux respecté. Il n'est par exemple pas normal qu'un patient puisse se rendre dans le service de radiologie avec sur son brancard son dossier indiquant fort lisiblement son nom. L'accréditation a donc conduit à des séries de mesurette comme mettre les dossiers dans un sac plastique quand le patient va passer un examen dans un autre service : dix secondes pour mettre le dossier dans un sac (quand il y en a assez, quand ils ont été rangés à leur place...) dix secondes pour le sortir, le ranger etc., sans parler des difficultés avec les patients âgés un peu sourds ou ayant du mal à s'exprimer dont l'identité n'est plus connue au premier coup d'œil !

Au bout du compte, ces mesurette font des minutes perdues pour discuter avec les malades et savoir par exemple que tel malade tient particulièrement à la préservation de son anonymat, mais que tel autre aimerait mieux que tous le sachent à l'hôpital au contraire, tellement il s'ennuie !

L'évolution se fait maintenant vers un véritable travail sur les soins, qui, s'il est fait par des équipes ayant décidé de s'approprier le processus, peut effectivement améliorer la qualité de certaines prises en charge et peut attirer les

personnels même si la mise en forme demandée dans le cadre de la certification est très génératrice de perte de temps.

Il est donc particulièrement utile de regarder la signification profonde de la certification avec un peu de recul !

Tout d'abord, il faut dire que l'accréditation (ou la certification) ne se sont jamais accompagnées de moyens supplémentaires. Les règles du jeu le précisait : la HAS est indépendante de la sécurité sociale, du ministère de la santé, bref de tous ceux qui sont susceptibles de donner quelques moyens supplémentaires si la certification amenait à découvrir des carences notables. Mais en fait, les financeurs ont peu de soucis à se faire : une bonne partie des référentiels a été faite pour que la certification évite les questions qui fâchent, comme si la qualité ne nécessitait pas de moyens ! Et pour le reste, l'hôpital n'a qu'à redistribuer ses moyens et, c'est à peine caricatural, mieux vaut avoir une cellule qualité dans un établissement que du personnel dans les services de soins.

C'est ensuite un outil de développement du formalisme de la standardisation des soins décrit ci-dessus. Mais la certification, c'est aussi un moyen de classer les établissements et d'en éliminer certains, sans même donner l'impression d'y toucher !

C'est enfin et surtout une piste vers la « libéralisation » des services de soins, au sens du traité européen, casseur de services publics : cela pourrait permettre aux ARS de passer des appels d'offres ou des appels à projet pour la prise en charge des pathologies dans les territoires, en s'adressant de la même manière au secteur public et privé et en garantissant la qualité par une « labellisation » par l'HAS. Ceci va d'ores et déjà devenir la règle dans le secteur médico-social !

C. Refonder l'hôpital

Il est évident que seule une refondation sur des bases de réponse aux besoins de santé, à l'opposé de la course aux profits des capitaux privés, est capable d'inverser ce déclin hospitalier : répondre aux besoins de la population, des besoins qui ont effectivement changé depuis l'hôpital hospice en organisant l'hôpital pour un meilleur service public, les financer et en assurer une vraie qualité, pas une qualité de pacotille en papier. Cela passe par la démocratie, une démocratie sanitaire complètement niée par la loi HPST.

1° Quels besoins ?

L'hôpital est passé d'un lieu d'hébergement de personnes malades à une usine de production d'actes tech-

niques de soins, tandis que la réforme Debré confirmait le rôle dans l'enseignement et la recherche des plus gros d'entre eux : les hôpitaux universitaires.

Cette phrase même définit tout un ensemble de besoins auxquels répond l'hôpital, un ensemble de besoins à remettre dans un cadre plus général de la promotion de la santé pour mieux préciser la place de l'hôpital pour répondre aux besoins de prévention, de soins, d'enseignement et de recherche.

Evaluer ces besoins, articuler la place de l'hôpital public avec les autres acteurs de santé des territoires nécessite, à l'opposé de la structure pyramidale, autoritaire des Agences Régionales de Santé, une véritable élaboration démocratique de schémas d'organisation sanitaire, dont aucun versant ne soit oublié : je reviens ci-dessous, dans le paragraphe sur la qualité, sur la démocratie sanitaire à mettre en place.

Seule la démocratie permettra d'avoir une politique de prévention adaptée : en lien avec les politiques d'enseignement et de recherche, l'hôpital doit y prendre sa place, qu'il s'agisse de faire de l'épidémiologie, permettant de définir de nouvelles conduites préventives, de les diffuser aux professionnels, de faire de l'éducation des patients (prévention secondaire) ou de contribuer, tout particulièrement dans les territoires ruraux où l'hôpital peut être la seule structure de soins collectifs, à animer des initiatives d'éducation à la santé.

Ce rôle d'animateur, l'hôpital doit aussi le jouer, comme recours pour les patients, mais aussi pour les professionnels car l'on sait que la fermeture d'un hôpital, aggravant l'isolement des médecins généralistes, est aussi un facteur de désertification médicale.

Ces fonctions d'animation répondent à des besoins souvent non couverts actuellement (car non monnayables) et il appartiendrait à de véritables conférences de territoire (pas l'espèce de succédané actuel, dont le seul but est de valider les directives gouvernementales), d'en définir l'organisation en tenant compte des différentes structures de soins et de prévention jouant un rôle de service public (hôpitaux, centres de santé...)

La réponse aux besoins de soins est évidemment au cœur des missions de l'hôpital et la refondation de l'hôpital nécessite une organisation tournée vers les besoins des malades là où les logiques financières ont centré l'activité sur les actes les plus standardisés, les plus facilement monnayables donc. L'organisation hospitalière doit être pensée en complémentarité et non en concurrence avec le secteur ambulatoire et les deux enveloppes de l'ONDAM

séparant artificiellement soins hospitaliers et soins de ville sont une aberration. L'hôpital ne doit pas oublier son rôle premier, un lieu d'hébergement de malades dont la situation sociale ou familiale est la seule raison rendant impossible les soins à domicile: ces malades ne coûtent cher que par les artifices de facturation et le renvoi de ces patients à domicile, les suppressions de lits n'ont permis des économies que par une intensification du travail des soignants, dont le nombre n'a pas augmenté en proportion du resserrement de l'hospitalisation autour des malades nécessitant les soins les plus lourds. L'hôpital doit être un lieu de rencontre entre les différentes spécialités médicales et non de cloisonnement. Il ne s'agit là que de quelques pistes, mais le dialogue entre professionnels de santé et représentants des usagers réorganiserait plus vite et mieux l'hôpital public que des gestionnaires à la recherche d'une rentabilité assise sur des critères artificiels!

2° *Quel financement?*

La satisfaction des besoins de santé est un choix de société et cela renvoie à toutes les propositions sur le financement de la sécurité sociale: il est possible d'augmenter le budget consacré aux soins dans notre pays.

Augmenter les recettes, supprimer les dépenses indues aussi: la taxe sur les salaires des personnels (5 à 6 % du budget), la TVA payée et non récupérée sur tous les achats hospitaliers. Il est en effet scandaleux que l'impôt soit levé sur la maladie et ces mesures peuvent être prises très facilement.

Mais le but est bien, plutôt ici de définir des axes alternatifs de répartition entre les hôpitaux d'une enveloppe élargie permettant de répondre aux besoins, répartition de nature à favoriser l'amélioration permanente des organisations, l'adaptation aux nouvelles techniques, l'amélioration des conditions de travail des personnels, bref, un financement garant d'une refondation hospitalière de progrès!

a) **Quels financements pour les investissements?**

Actuellement, les investissements hospitaliers sont faits sur fonds propres, avec recours à l'emprunt, c'est-à-dire essentiellement sur les fonds de la sécurité sociale, détournés pour enrichir les banques à travers le paiement des intérêts, avec un saupoudrage gouvernemental dans le cadre des plans hôpital en réponse à des appels à projet. Il n'y a pas de plan global d'investissements hospitaliers en réponse à des besoins mais plutôt des financements « politiques » au sens péjoratif du terme pour faire passer des restructurations destructives!

Le budget « santé » de l'État devrait être élargi pour assurer la modernisation immobilière indispensable,

selon un plan pluriannuel d'investissement. Autant le fonctionnement des hôpitaux répond aux objectifs de la sécurité sociale, autant les constructions hospitalières répondent bien à la vocation d'être des impôts: financer des équipements collectifs! Quand aux équipements lourds, l'emprunt auprès de la Caisse des Dépôts à taux zéro, éviterait l'enrichissement des banques sur le dos des assurés sociaux.

b) **Quels financements pour le fonctionnement?**

Le budget global avait, dans sa conception, été prévu pour répondre aux besoins des hôpitaux: le tournant de la rigueur en a vicié le mécanisme à la base. Mais peut-être était-il aussi un peu trop global pour être facteur d'évolution?

Le financement actuel (tarification à l'activité, appelée T2A et MIGAC ou missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) est mauvais pour trois raisons:

- * la limitation des dépenses hospitalières fixée chaque année par la LFSS avec une enveloppe fermée à partir de laquelle les tarifs sont fixés chaque année en fonction de choix politiques. De savantes études ont été faites pour estimer les coûts, pour aboutir à des tarifs n'ayant pas le moindre rapport avec ces études!

- * la transformation du mode de gestion des hôpitaux du budget de type comptabilité publique où l'on estime d'abord les dépenses prévisibles pour fixer les recettes nécessaires à une gestion de type privé avec les EPRD où les dépenses sont fixées en fonction des recettes prévues (dans l'enveloppe de la LFSS)

Ces deux faits ont considérablement aggravé la crise de financement des hôpitaux et il faut en retourner le mécanisme en proposant un **financement en fonction des besoins**.

La dernière raison qui condamne la T2A est son fondement idéologique: il s'agit d'assimiler les soins à une marchandise - et c'est d'ailleurs l'outil prévu pour la « convergence public-privé » - avec toutes les conséquences néfastes pour la qualité détaillées plus haut.

L'hôpital a besoin d'un budget de fonctionnement pour payer son personnel (plus des deux tiers des budgets) pour payer les médicaments et matériels médicaux (les dépenses médicales), pour assurer la part hôtelière.

Il existe déjà des obligations de moyens (nombre de sages-femmes dans une maternité en fonction du nombre des accouchements par exemple). Ces indices pourraient être développés, concerner toutes les catégories de personnels en fonction de la nature des soins pratiqués dans les services et constitueraient une des bases d'appréciation des moyens financiers nécessaires aux hôpitaux, en

association avec une analyse des besoins de la population du territoire concerné.

Cela permettrait de chiffrer les recettes nécessaires aux hôpitaux pour leur permettre d'assumer leurs missions et obligations de soins, recettes devant leur être fournies par l'assurance-maladie, dans le cadre d'enveloppes pérennes. Les budgets nécessités par l'enseignement et la recherche doivent être augmentés à hauteur de l'enjeu de ces missions et financés par l'état.

Médicaments et matériels médicaux nécessitent la création d'un pôle public permettant de mettre fin à l'enrichissement du capital sur le dos des assurés sociaux.

Quant aux dépenses hôtelières, il faut mettre fin au scandale du forfait hospitalier: les Français travaillent suffisamment pour que leurs repas soient payés par la sécurité sociale lorsqu'ils sont hospitalisés!

3° Quelle qualité?

La remise en cause des procédures d'accréditation, de certification faite ci-dessus, ne condamne pas toute forme d'évaluation, loin de là. Mais il ne peut s'agir d'un label donné de l'extérieur, pour marchandiser les soins, permettre la mise en concurrence entre hôpitaux publics et secteur privé par des appels d'offres légitimés par un « label » de qualité.

Il y a effectivement besoin d'une régulation évitant de laisser perdurer des pratiques mauvaises, évitant une utilisation irraisonnée des nouveaux budgets de fonctionnement qui s'imposent: les professionnels sont d'ailleurs demandeurs d'une reconnaissance de la qualité du travail effectué; ce qui est d'ailleurs un élément expliquant leur adhésion aux pratiques de codage nécessitées par la mise en place de la T2A.

Mais cette régulation ne peut passer que par un essor démocratique grâce auquel l'échange entre les professionnels, leurs sociétés savantes, leurs organisations syndicales et les usagers, leurs associations, les confédérations syndicales, présentes dans la gestion de la sécurité sociale, les élus permettraient l'amélioration permanente des soins, loin de la dérive sécuritaire actuelle, de mise en cause permanente des professionnels, à effet répulsif sur tout changement et donc tout progrès.

Il faut rendre à la sécurité sociale son mode de fonctionnement démocratique avec l'élection des administrateurs salariés

Il faut redonner aux établissements de santé de véritables conseils d'administration représentatifs des professionnels de santé et des usagers. On pourrait leur adjoindre des « conseils de perfectionnement » chargés d'améliorer la qualité des soins.

Il faut créer de nouvelles structures de travail partenarial locales, régionales et nationales, pour que la démocratie sanitaire soit facteur de meilleure santé de la population. Les atteintes démocratiques actuelles, le tout sécuritaire, l'autoritarisme technocratique condamnent notre système de soins à la régression.

C'est à travers des démarches démocratiques, permettant d'évaluer les besoins financiers des hôpitaux⁽¹⁾ et la qualité des prises en charge que l'hôpital pourra être refondé, à l'opposé de la marchandisation actuelle des soins qui les dénaturent et génère la souffrance des personnels, tout en créant des critères arbitraires de rentabilité.

¹ Le déficit cumulé des hôpitaux en 2009 s'élevait à 480 millions d'euros et pèse en moyenne à hauteur de 1,9 % du budget des établissements déficitaires.

Quelle loi pour quelle psychiatrie?

Par le Dr Bruno Tournaire Bacchini

Dans le contexte sécuritaire actuel, il y a peu à espérer d'une loi sur la psychiatrie, même en se battant pour des amendements. Les professionnels, syndiqués ou non, engagés ou non dans des collectifs locaux ou nationaux, mais aussi les élus, les usagers, les familles et tous les citoyens soucieux de l'émancipation humaine doivent combattre le nouvel aliénisme en marche.

La réforme de la loi du 27 juin 1990, dite « loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », devait être discutée lors de la session parlementaire d'automne; elle ne le sera probablement pas avant début 2011. Le ministère de la Santé, qui a élaboré l'avant-projet en lien avec les ministères de l'Intérieur et de la Justice, l'a communiqué en mars dernier aux organisations consultées et prévoit de nouvelles consultations.

Ce projet intervient dans un contexte globalement défavorable aux soins psychiques, pour au moins deux ordres de motifs :

- Tout d'abord, à la suite du rapport Pébereau sur la dette publique, des actions d'économies sont préconisées dans le cadre de la RGPP (révision générale des politiques publiques), présentée au Conseil des ministres du 20 juin 2007; les ARS (agences régionales de santé) sont créées en remplacement des ARH et ont été installées le 1^{er} avril 2010.
- En second lieu, la politique sécuritaire du ministre de l'Intérieur puis président de la République, s'appuyant sur des faits divers tragiques mais non représentatifs de ce qu'est la condition psychotique dans l'immense majorité des cas, vient imposer la figure du schizophrène dangereux avec comme mot d'ordre : « ne pas rester inactif devant la douleur des victimes ». Le volet psychiatrique du projet de loi de prévention de la délinquance est retiré en février 2007 à la suite notamment d'un mouvement d'opinion regroupant professionnels, usagers et familles, avec annonce d'une réforme d'ensemble de la loi de 90.

En outre, dans ce climat d'hostilité à la psychiatrie, stigmatisée même à l'échelle de l'Europe et de l'OMS au profit du concept trop normatif de santé mentale, est votée la loi HPST (hôpital, patient, santé, territoire) avec procédure d'urgence, le 23 juin 2009 par l'Assemblée

Nationale et le lendemain par le Sénat. Cette loi achève la transformation de l'hôpital, avec l'adoption du modèle managérial et entrepreneurial et la disparition de la notion de service public; si elle n'a pas été conçue pour la psychiatrie, elle s'y applique d'ores et déjà. Cette transformation a été prévue dès le IX^e plan, dans les années quatre-vingts, avec la notion d'hôpital-entreprise. En janvier 2010, une circulaire conjointe des ministères de l'Intérieur et de la Santé est venue durcir les conditions de sortie des patients hospitalisés sans leur consentement. Dans la pratique, certains responsables de DDASS imposent des règles plus draconiennes encore, et certains préfets refusent désormais d'accorder des sorties d'essai d'hospitalisation d'office à des patients qui en bénéficiaient jusqu'alors, faisant invoquer systématiquement par leur secrétariat le risque de trouble à l'ordre public ou le « souci des victimes ».

Le 2 décembre 2008, à l'hôpital Erasme d'Antony, le président de la République prononce un discours qui remet en cause une psychiatrie relationnelle élaborée pas à pas depuis la Libération, ce qui conduit à la création de collectifs et de mouvements tels que l'Appel des 39 contre la nuit sécuritaire, ou Non à la politique de la peur.

On peut rappeler ici, comme l'avait fait le ministre de la Santé Jack Ralite dans son discours de Rouen le 12 octobre 1981⁽²⁾, que la psychiatrie française s'est inventée et transformée à des dates marquantes de notre histoire, dates qui correspondent à des tentatives d'émancipation de la Société : 1793, 1937, 1945, 1968; le rapport du

² NDLR : **Voici le Résumé du discours de M. Jack Ralite, ministre de la santé, sur la psychiatrie, à Sotteville Lès Rouen le 12 octobre 1981 :** Rappel historique des mutations significatives de la psychiatrie en liaison avec l'histoire nationale. Volonté de changer la psychiatrie, de traiter les maladies mentales hors de l'hôpital, de rompre avec « ce qui reste de ségréatif dans les pratiques » (abroger la loi de 1838, en finir avec l'asile). Les orientations de la politique gouvernementale en matière de Personnel : prévoir un effort de recrutement et de formation, augmenter le nombre de médecins et réduire les dimensions des secteurs en créant de nouveaux services. En matière d'Institutions : reconvertir les grands hôpitaux et transformer les centres de santé mentale en vue d'une plus grande diversification et d'une meilleure intégration dans la communauté. En matière de Financement : nécessaire prise en charge par la Sécurité sociale de tous les soins du service public quels que soient le lieu et les modalités. En matière de Gestion : démocratiser les modes de gestion en associant les représentants du personnel et les élus; associer la psychiatrie publique et l'éducation nationale; décentraliser la gestion de la psychiatrie. Une mission de réflexion sur la psychiatrie confiée au docteur Demay.

D^rJean Demay⁽³⁾, « Une voie française pour une psychiatrie différente », écrit en 1982 à la demande du ministre Ralite, préparait l'organisation de la politique du secteur (créé par une circulaire de 1960). Ce rapport reste un programme pertinent, malheureusement non réalisé par les gouvernements successifs.

Quant à l'extraordinaire essor de l'après-guerre, il a pour origine les expériences de résistance (franquisme, Occupation), où se sont forgés les outils de la psychothérapie institutionnelle, et l'expérience de la Déportation, après laquelle est né le mouvement désaliéniste, ainsi que l'idée du secteur, qui consiste à découper le territoire national en zones géo-démographiques de 70 000 habitants, avec pour chacune une même équipe assurant les soins de prévention, cure et postcure. Il s'agissait alors de développer dans la cité des alternatives à l'hospitalisation. La politique du secteur, inachevée, est aujourd'hui compromise par les nouvelles lois, qui visent à une rentabilité financière de la psychiatrie, et ont des visées sécuritaires et non sanitaires. Leur effet serait d'empêcher les soins psychiques, ou pis encore de les pervertir.

La loi du 27 juin 1990 était un toilettage de la loi du 30 juin 1838. Le projet de réforme actuelle ne modifie que des articles issus de la loi de 90. Il est dit « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge » ; une analyse rapide montre qu'il banalise et généralise un régime d'exception où, alors que l'état clinique du patient et le certificat médical sont mis en avant, c'est l'avis du préfet qui prime, surtout s'il y a des antécédents d'hospitalisation d'office ou de passage en Unité pour Malades Difficiles (légalisation du casier psychiatrique). D'esprit sécuritaire et non sanitaire, ce projet de loi instaure une période d'observation de 72 heures (mais le préfet disposerait pour prendre sa décision d'un délai de trois jours supplémentaires) : il s'agirait d'une sorte de garde à vue psychiatrique, pouvant durer six jours. Une autre innovation concernerait l'instauration de soins ambulatoires sans consentement, décision prise par le psychiatre, mais contrôlée par le directeur de l'hôpital qui informerait le préfet (le préfet de police à Paris) en cas de rupture du suivi. Ces changements paraissent positifs aux associations de familles, qui espèrent ainsi ne plus voir leurs malades laissés sans soins à la maison ; mais ce qui apparaît avec clarté, c'est l'extension aux malades d'un contrôle social de plus en plus serré.

Comment alors recommencer à prendre soin des malades, quand on assiste à un processus de destruction des métiers du soin psychique, comme on l'observe d'ailleurs pour tant de métiers (cf. l'Appel des appels, ou les travaux de Christophe Dejourné et D^rYves Clot) ? Et déjà, quelles sont les actions récentes et les perspectives à venir pour combattre ce projet de loi ?

Le 5 mai 2010, à l'initiative du groupe CRC-SPG (Groupe communiste républicain et citoyen, et des sénateurs du Parti de gauche), s'est tenu au Sénat un colloque intitulé « Psychiatrie : entre pressions sécuritaires et contraintes économiques, quelle place pour le patient ? » Un appel des sénateurs communistes vient d'être adressé aux participants du colloque du Sénat, pour demander le retrait du projet de loi sécuritaire et l'organisation d'un débat national décentralisé en vue de définir la psychiatrie dont nous avons besoin. Un débat sur ce thème a eu lieu à la fête de l'Humanité 2010. Le troisième meeting du collectif des 39 s'est déroulé le 25 septembre à Villejuif : on y a entendu notamment les représentants de la gauche (PCF, PS, Verts-Europe Ecologie, Parti de Gauche, NPA) et des principaux syndicats de psychiatres exprimer leur refus de ce projet de réforme sécuritaire.

Un colloque s'est tenu le 4 octobre à l'Assemblée Nationale, à l'initiative des Verts et du collectif des 39. Une journée de grève et de manifestation des psychiatres publics a eu lieu le 28 septembre, une autre le 12 octobre.

Face à la loi HPST, à la circulaire du 4 janvier, à ce projet de réforme de la loi de 90, il y a des points à tenir :

- le maintien de la continuité des soins dans le cadre de la politique du secteur, avec une relation de confiance entre le malade et son médecin, conditions d'une psychiatrie relationnelle ;
- une formation professionnelle spécifique de qualité, permettant en particulier la transmission des acquis théoriques de la psychothérapie institutionnelle et du mouvement désaliéniste ;
- le principe de l'obligation de moyens ;

Tout ceci afin que la psychiatrie puisse remplir l'ensemble de ses missions de service public, non sous la forme d'un hygiénisme et d'un contrôle social généralisés, non dans une organisation managériale calquée sur le modèle de l'entreprise, non par le retour au préfet de santé et au psychiatre d'État, non par la psychiatrisation du social et la politique de la peur, mais dans leur dimension sanitaire et selon l'éthique des métiers de la psychiatrie.

³ NDLR : nous avons pensé utile de donner un résumé du rapport Demay dans les Documents en fin de numéro dans la mesure où ce texte est une référence toujours citée et souvent méconnue.

Le Bilan humain de l'Europe forteresse Regard cartographique

Par M. Nicolas Lambert

Nicolas Lambert est cartographe au réseau interdisciplinaire pour l'aménagement du territoire européen (UMS RIATE). Il a participé notamment à la réalisation de l'Atlas de l'Europe dans le monde (la documentation française, 2009) et à l'ouvrage collectif Shrinking regions et Shrinking cities (Editions hermès, à paraître). Engagé au sein du Front de Gauche, il milite au parti de Gauche depuis 2009. Voir <http://blog.lambert.free.fr>

*« Tu ne dois pas revenir ici, marmonna-t-elle près de l'oreille de Khady.
Tu dois nous envoyer de l'argent dès que tu seras là-bas.
Si tu n'y arrives pas, tu ne dois pas revenir ».*
Trois femmes puissantes, Marie Ndiaye, 2009

« Qu'ils soient victimes de conflits, de persécutions ou d'autres violations des droits de l'homme, les déplacés sont parmi les populations les plus vulnérables au monde »
Kofi Annan, 2000

Alors que le projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité doit être discuté à l'assemblée nationale fin septembre, projet qui vise notamment l'application dans le droit français de la directive retour (souvent appelée à juste titre "directive de la honte" par ses détracteurs), certains députés UMP montent déjà au créneau. Dans un contexte où la plupart des niches fiscales sont susceptibles d'être rabotées, les députés Claude Goasguen et Thierry Mariani (qui s'étaient déjà illustrés en voulant soumettre le regroupement familial à des tests ADN), considèrent en effet que l'aide médicale d'État (AME) qui permet aux étrangers sans papiers de se soigner gratuitement, coûte trop cher. Ce dispositif, qui bénéficie aujourd'hui à 210 000 personnes a coûté en effet 546 millions d'euros en 2009 (+15 % par rapport à 2008)⁽⁴⁾. Pourtant, alors que seulement 6 % des migrants déclarent venir en Europe pour des raisons de santé, une enquête européenne réalisée auprès de 1 218 personnes dans 11 pays d'Europe⁽⁵⁾ montre que 72 % des problèmes de santé des sans-papiers sont peu ou pas du tout traités. 80 % des personnes interrogées n'accèdent pas à la prise en charge financière de leurs soins et seules 48 % des femmes enceintes sont suivies pendant leur grossesse. On est loin de l'image véhiculée selon laquelle les migrants viendraient en Europe pour profiter d'un système social et médical avantageux.

En fait, dans un contexte où les politiques européennes visent les unes après les autres, à réduire de plus en plus les droits des migrants, avec une efficacité quasi nulle puisque les flux migratoires persistent, nous verrons *in fine*, qu'un effet réel, indiscutable de ces politiques, est l'augmentation du nombre de victimes. C'est le bilan humain de l'Europe forteresse.

Migrations internationales et Europe

Loin d'être un phénomène récent (né en Afrique, l'homme a peu à peu colonisé la planète entière), les migrations humaines se sont accélérées depuis les années 1980⁽⁶⁾. Aujourd'hui, 250 millions de personnes dans le monde sont des migrants, soit 3 % de la population mondiale⁽⁷⁾. Sur ces 250 millions, un tiers est en Europe. Souvent vécus comme une menace, dans un monde globalisé où tout circule de plus en plus librement (à part les hommes), les pays riches tentent d'organiser un moyen de lutter contre ces flux migratoires. Car en effet, la concurrence économique mondiale construit un monde inégalitaire dans lequel il y a des gagnants et des perdants. Certaines régions gagnent la guerre économique et deviennent de fait attractives (effet push). D'autres, sont maintenues dans la pauvreté et deviennent répulsives (effet pull). Entre ces deux types d'espaces, apparaissent les grandes ruptures de notre monde. Que ce soit en termes de niveau de vie (IDH), de richesse (PIB) ou d'espérance

⁴ Le gouvernement veut faire payer l'accès aux soins, Cécilia Gabizon, Le Figaro, 02/09/2010

⁵ Deuxième rapport de l'Observatoire européen de l'accès aux soins, septembre 2009.

⁶ Atlas mondial des migrations, Catherine Wihtol de Wenden, Autrement, 2009

⁷ Atlas de la population mondiale, Gilles Pison, Autrement, 2009

de vie, c'est là que l'on peut mesurer les plus fortes discontinuités⁽⁸⁾. C'est logiquement, sur ces frontières toujours militarisées, que se cristallisent les tensions liées aux mouvements humains.

L'effet push: ce qui pousse à partir

Il y a quatre principales raisons aux migrations internationales. Premièrement, les migrants fuient bien souvent leur pays pour des raisons économiques. Nous l'avons dit, l'inégale répartition des richesses à l'échelle de la planète provoque des mouvements de populations. Fuir la misère pour vivre mieux, c'est légitime. A cela s'ajoute la deuxième raison : les considérations familiales. Ceux qui sont restés dans leur pays veulent rejoindre ceux de leur famille qui sont déjà partis. A cela, viennent se surajouter parfois des situations dramatiques où il n'y a pas d'autre choix que de partir pour survivre (conflit, guerre, famine,...). C'est la troisième raison. Enfin, la quatrième raison est écologique. Le réchauffement climatique est le grand défi de l'humanité. Ce défi est devant nous puisque la question qui se pose maintenant est celle de la sauvegarde de l'écosystème humain. Les événements

de cet été (incendies en Russie, inondations au Pakistan) sont des éléments qui doivent nous alerter sur l'urgence à agir. Dans ce contexte de changement global, les aléas de la nature sont transformés en catastrophes du fait du modèle d'activité des êtres humains : le capitalisme productiviste. Donc, que ce soit pour cause de désertification, montée des eaux, assèchements de mers ou de lacs, déforestation, salinisation, érosion, pollution de l'eau de l'air ou du sol, déjà estimé déjà à 50 millions en 2010, le changement climatique pourrait causer le déplacement forcé de 250 millions de personnes d'ici 2050 (L. Craig Johnstone, Haut commissaire adjoint de l'ONU pour les réfugiés). Ces 4 éléments, bien souvent imbriqués les uns dans les autres, forment un contexte qui pousse les courageux à tenter leur chance ailleurs, pour aspirer à une vie meilleure.

L'effet pull: l'Europe terre d'accueil

De l'autre côté, il y a les zones attractives : les terres d'immigration. Initialement terre de départ vers le nouveau monde ou les colonies, l'Europe est devenue, depuis les années 1980, l'une des premières terres d'immigration. En 2002, seules la Lettonie, la Lituanie et la Pologne avaient un solde migratoire négatif. En 2010, L'Europe est attractive sans ambiguïté. Composée de 490 millions

⁸ Atlas de l'Europe dans le monde, Clarisse Didelon, Claude Grasland, Yann Richard, La Documentation française, 2008

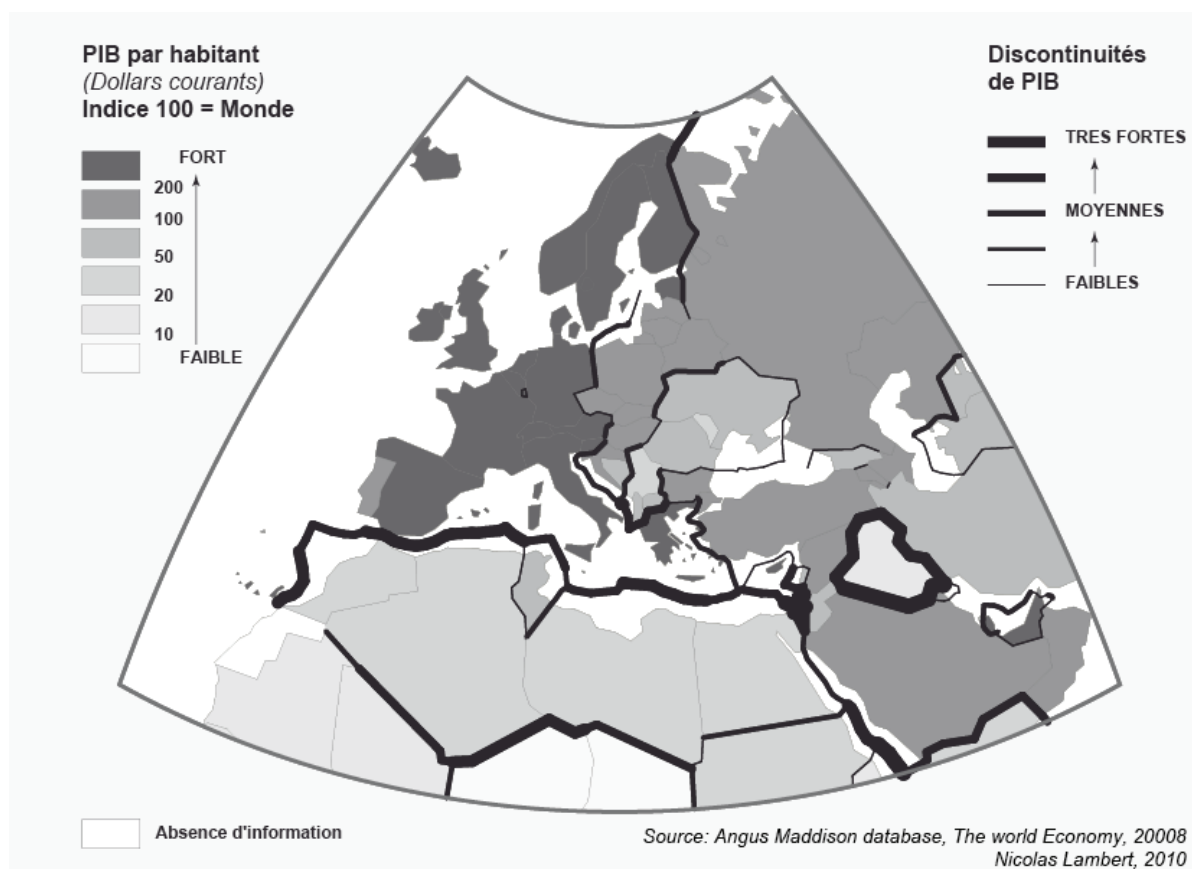


Figure 1: Discontinuités de richesse dans la région Euromed, 2008

d'habitants, l'Union européenne à 27 compte aujourd'hui 25 millions d'étrangers sur son sol. Les migrations à destination de l'Union européenne sont marquées par une forte composante régionale. Car, même si l'UE attire les migrants du monde entier, c'est en premier les migrants des pays proches qui sont concernés (Afrique du Nord, Balkans occidentaux, Europe orientale). Cependant, avec la mondialisation, cette composante régionale tend à s'atténuer.

En 1950, la communauté économique européenne totalisait un peu plus de 6 % de la population mondiale. Et, ce n'est qu'au gré des élargissements successifs que l'Union européenne d'aujourd'hui, avec 27 pays a pu se maintenir à peu près à ce niveau. Il en est de même pour le poids économique de l'UE qui a pu maintenir son niveau de richesse à 20 % du total mondial uniquement grâce au processus d'adhésion. Donc, que ce soit du point de vue démographique ou économique, l'Union Européenne en tant qu'entité politique a pu maintenir son poids, et donc sa puissance dans le monde, grâce à un apport régulier de nouvelles populations. Aujourd'hui, dans ce contexte de croissance molle et de dépression démographique (l'indice conjecturel de fécondité est de 1,5 enfant par femme en Europe en 2007), l'apport de main-d'œuvre étrangère est souvent utilisé par ceux même qui présentent les clandestins comme une menace. C'est le cas de la Ligue du Nord en Italie qui, tout en usant d'une rhétorique xénophobe, favorise l'immigration car cyniquement, l'économie a besoin de main-d'œuvre bon marché. Bref, en matière d'immigration, il est parfois difficile de démêler ce qui relève des effets de manches, des annonces et des politiques réellement menées.

78 000 kilomètres de frontières à contrôler.

La migration est un droit reconnu par divers textes internationaux, y compris par la déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1948 qui annonce dans son article 13 que "toute personne est libre de quitter son pays". Cependant, chaque État étant souverain, il est également "libre" de contrôler l'accès à ses frontières. Ce n'est donc, qu'un droit théorique. Eric Besson nous l'explique d'ailleurs sans ambiguïté en précisant que « la libre circulation des personnes ne veut pas dire la libre installation » (émission de télévision C Politique, 05/09/2010). C'est d'ailleurs la position communément admise au niveau Européen, qui tend à se durcir au fil des ans.

Des politiques de plus en plus restrictives

Depuis le milieu des années 1970, l'Union européenne s'est lancée dans la mise en place d'une politique de limitation de l'immigration. C'est dans le contexte de la crise pétrolière de 1973-74 que les pays européens

ont commencé à réfléchir à une politique migratoire concertée. Car en effet, avec la signature du premier accord Schengen en 1985 sur la libre circulation dans l'Europe (concernant alors 5 pays), la question d'une politique coordonnée du contrôle aux frontières se pose. Cependant, alors qu'il est précisé dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948), puis dans la Convention de Genève (1949) que « toute personne a le droit de quitter son pays, y compris le sien », en 1991, une résolution du Conseil de l'Europe vient nuancer ces bonnes intentions. Celle-ci stipule en effet que « Le droit de se déplacer librement, comme prévu par les conventions internationales, n'implique pas la liberté de s'installer dans un autre pays ». Le durcissement commence. En 1993, La France affiche un objectif d'immigration zéro. En 1999, lors du sommet européen de Tampere, commence à apparaître le concept d'externalisation (voir infra) qui consiste à faire participer les pays hors-UE au contrôle des frontières. Lors de ce sommet, une position est prise « pour une coopération régionale entre les Etats membres et les pays tiers limitrophes de l'Union en matière de lutte contre la criminalité organisée [ce qui inclut] la traite d'êtres humains ». Avec le sommet de Séville en 2002, cette politique est réaffirmée avec la mise en place du système intégré de surveillance extérieure (SIVE), qui pose la lutte contre l'immigration illégale comme priorité absolue de l'UE, lorsqu'il négocie avec les pays du voisinage. Ainsi, l'Union joue de son rapport de force avec des pays plus pauvres, pour les faire participer à la « protection » de ses propres frontières. En 2003, le système Dublin II, qui vise à équilibrer les demandes d'asile au sein des pays de l'UE, est mis en place. En 2004, le programme de La Haye réaffirme la « dimension externe de la politique d'immigration et d'asile ». L'externalisation des contrôles migratoires s'amplifie. Cette année, est également créée l'agence FRONTEX, dont la mission principale est d'intercepter les migrants avant qu'ils ne rentrent en Europe. Dans la continuité, cette politique d'externalisation des contrôles est réaffirmée lors du sommet de Rabat où certains pays du sud commencent à se sentir piégés par cette politique. Ils parlent alors de blocus inversé⁹. En 2008, pendant la présidence française de l'Union Européenne, est voté le pacte européen sur l'asile et l'immigration, dont la trame de fond constitue le « partenariat global avec les pays d'origine et de transit ». Lutte contre l'immigration « subie » et le « partage du fardeau » est au cœur de ce texte. C'est l'année aussi où est adoptée par le parlement européen le 18 juin 2008 par 367 voix contre 206, la directive retour, appelée directive de la honte par ses détracteurs. Celle-ci prévoit une harmonisation des mesures concernant le traitement des

⁹ Comment l'Union européenne enferme ses voisins, Alain Morice et Claire Rodier, Le Monde diplomatique, juin 2010

étrangers en situation irrégulière dans les différents pays de l'Union européenne en passant notamment la durée légale de rétention jusqu'à 18 mois et la possibilité d'interdiction du territoire communautaire pour cinq ans.

Au fil des ans, le durcissement des politiques migratoires est sans aucune ambiguïté. Aujourd'hui, elle repose sur la triade: **enfermement, expulsions et externalisation.**

Enfermement: les camps

Parlons sans euphémisme. Il ne s'agit pas de centre d'accueil ou de centre de rétention administrative mais bel et bien de camps. Ce terme, qui caractérise l'assignation à résidence de populations « indésirables », rend en effet mieux compte de la réalité inhumaine de ces lieux d'enfermement. Car oui, l'enfermement des clandestins est au cœur de la politique européenne d'immigration. Nul n'est épargné. Les malades, les enfants, les personnes vulnérables et les demandeurs d'asile peuvent être enfermés. En 2010, il y a 250 camps d'étrangers (32 000 places) dans les 27 pays de l'Union européenne⁽¹⁰⁾. En France, en 2006, il y avait 47 320 étrangers enfermés dans des camps.

Cependant, du fait de la disparité des dispositifs mis en place dans les différents pays européens (camps ouverts, fermés, assignation à résidence, gestion de demandeurs d'asile), il est difficile de savoir exactement combien d'étrangers sont enfermés aujourd'hui dans l'Union européenne. Afin de sensibiliser l'opinion sur cette question, une campagne européenne est lancée en 2008 par le réseau Migreurop « pour un droit de regard dans les lieux d'enfermement pour étrangers ».

En Europe, des êtres humains qui n'ont commis aucun autre délit que d'être en situation irrégulière peuvent donc être enfermés jusqu'à 1 an et demi. Alors qu'il ne faut que quelques jours, voire quelques semaines pour évaluer si un migrant peut être expulsé ou non, ce dispositif est clairement utilisé comme outil de répression et de dissuasion.

Les expulsions

En 2009, la France a expulsé 29 000 sans papiers. Sur 14 844 reconduites réalisées au premier trimestre 2009, 4 346 étaient roumains, 1 552 Algériens et 1 550 marocains⁽¹¹⁾. Ce chiffre, comparable à celui de 2008 (29 799 expulsions), reflète la politique de quotas menée depuis 2004 qui fixe chaque année un nombre préétabli de personnes à expulser. Cette politique du chiffre, met les

préfectures sous pression qui doivent, coûte que coûte, atteindre les objectifs. Du coup, en matière de régularisation et d'expulsion, l'interprétation des textes se fait bien souvent au coup par coup dans les préfectures, en fonction des objectifs fixés sur le moment. Pour les migrants, il y a bien souvent deux poids deux mesures. De plus, au-delà du caractère absurde de ce dispositif, cette méthode, mise en avant pour vanter la crédibilité et la fermeté de l'État en la matière, a un prix. Même s'il est difficile à estimer, certains chercheurs évaluent le coût annuel des expulsions réalisées en France à 700 millions d'euros, soit l'équivalent de 20 000 emplois de fonctionnaires. Considérant cette somme trop élevée, les pouvoirs publics ont inventé le système de reconduite volontaire. En 2008, sur les 29 796 étrangers reconduits à la frontière, 10 000 l'ont été « volontairement »; donc plus rapidement et moins cher.

Cette politique n'est pas uniquement l'apanage de la France. De 2005 à 2007, les expulsions d'étrangers vers les pays tiers étaient de 55 063 en France, mais de 62 202 en Allemagne, 68 000 en Italie, 85 958 en Espagne, 130 323 au Royaume-Uni et de 141 777 en Grèce (avec pour cette dernière, un taux d'expulsion réalisé par rapport aux décisions prises de plus de 90 %)⁽¹²⁾.

Externalisation du contrôle des frontières

Avant d'enfermer et d'expulser les migrants du territoire européen, la politique migratoire vise en premier lieu à empêcher les étrangers de venir. Pourtant, quelles que soient les mesures ou les dispositifs drastiques mis en place pour surveiller les 78 000 kilomètres de frontières extérieures de l'UE, les migrants continuent et continueront à tenter leur chance. Même les événements tragiques, comme à l'automne 2005 lorsque des migrants ont été tués par balle ou d'étouffement pour avoir tenté de rejoindre "l'eldorado" Europe par l'enclave espagnole de Ceuta, ne freine l'aspiration des migrants à une vie meilleure. Conscients de la difficulté à endiguer les flux migratoires, l'Union européenne, par le biais de la politique européenne de voisinage (PEV), a mis en place un dispositif de contrôle des frontières externalisé.

Le concept d'externalisation, emprunté aux économistes par le réseau Migreurop, qualifie la mise en place par l'UE de collaborations avec les pays voisins pour le contrôle des frontières (zones tampons). Ce système de sous-traitance de la lutte contre « l'immigration illégale » souvent dissimulé sous le joli terme de coopération, permet en fait à l'UE de se décharger du contrôle des frontières sur les pays du sud. En réalisant des accords de par-

¹⁰ Les camps d'étrangers, symbole d'une politique, Olivier Clochard, Le Monde diplomatique, juin 2010

¹¹ 29 000 sans-papiers expulsés en 2009 par la France, Le Monde, 07/01/2010

¹² Atlas des migrants en Europe, Olivier Clochard, Armand Colin, 2009

tenariat économiques, politiques et commerciaux avec les pays limitrophes, l'Union européenne met les pays du sud sous pression afin qu'ils acceptent de prendre en charge la régulation des flux migratoires. L'UE impose par exemple ce contrôle en contrepartie du versement de l'aide au développement. Le rapport de force économique étant ce qu'il est entre l'UE et son voisinage, ces pays ne peuvent qu'accepter. On parle alors de blocus inversé.

En plus de la mise en place de cette délocalisation des contrôles, l'UE s'est dotée depuis 2004 d'une agence européenne pour la gestion de la coopération opérationnelle aux frontières extérieures (FRONTEX). Opérationnelle depuis 2005, cette agence a pour mission principale de lutter contre l'immigration clandestine. Pour cela, elle dispose d'un budget annuel de 80 millions d'euros. Composée de 20 avions, 30 hélicoptères, 100 vedettes et plus de 500 gardes frontières, FRONTEX est le bras armé de l'UE en matière de lutte contre l'immigration. De 2006 à la fin 2009, l'agence a organisé 61 vols de retour pour 2 859 migrants clandestins. En 2006, 3,2 millions d'euros ont été débloqués pour un plan d'action destiné spécifiquement à traquer en permanence les migrants d'origine subsaharienne.

Les demandeurs d'asile sont les grands perdants de cette politique d'externalisation. Repoussés ou retenus dans des pays tampons aux marges de l'Union européenne, les éventuels demandeurs d'asiles n'ont même plus la possibilité de faire une demande officielle. Retenus dans des camps de rétention externes (en dehors de l'union européenne), y compris dans des pays où les droits de l'homme sont loin d'être respectés (Libye par exemple), leur rêve européen s'arrête bien souvent là, sans que ceux-ci ne soient comptabilisés dans les statistiques officielles.

Des morts par milliers aux portes de l'Europe.

Contrairement au message officiel vantant une politique qui viserait à empêcher tout appel d'air qui ne bénéficierait qu'aux seules filières de passeurs, le durcissement des politiques migratoires ne tend pas à faire diminuer le nombre de victimes. Au contraire, cela les aggrave! Les contrôles mobiles mis en place par Frontex avec des dispositifs quasi militaires, obligent les migrants à prendre plus de risques. Car, pour tenter de passer entre les mailles des filets, ils sont obligés de prendre des routes de plus en plus dangereuses, ce qui augmente mécaniquement le nombre de décès.

Néanmoins, il est très difficile de trouver des données officielles recensant les décès liés aux migrations. Afin de se rendre compte de l'ampleur du phénomène, des associations (Fortess Europe ou United for Intercultural

Action) se sont lancées depuis la fin des années 80 dans cet énorme chantier en recensant dans la presse européenne tous ces événements malheureux. Le résultat est édifiant. **Depuis janvier 1993, on a compté 13 500 cadavres, dont environ 10 000 en Méditerranée.** Selon les experts, ce chiffre sous-estime certainement la réalité. Tout cela a été représenté sur une carte ci dessous réalisée pour la première fois pour le Monde diplomatique, puis réactualisée pour l'Atlas des migrants en Europe coordonné par Olivier Clochard (Réseau Migreurop). Ce que montre cette carte, c'est que **les routes changent, mais que les drames subsistent**, voire s'amplifient. Car, aucun des dispositifs mis en place pour dissuader les migrants de venir rejoindre l'eldorado Europe ne fonctionne.

Mais, alors que cette carte montre l'ampleur du phénomène, elle rend mal compte des drames individuels qu'elle contient. En effet, cette carte pourrait être subdivisée pour montrer les morts par noyade, les étouffements, ceux qui sont morts d'une maladie après expulsion ou ceux qui sont morts dans les services de l'État. Ces données existent mais ne peuvent pas être synthétisées sur une seule figure. De plus, même en effectuant ces subdivisions, le drame individuel reste masqué par l'agrégation et la masse d'information représentée. Au final, ce n'est que par le récit de chacun de ces événements tragiques qu'on peut avoir une connaissance fine de la quantité de drame humain représenté sur cette carte. Je terminerai donc en retranscrivant ici, un court extrait de la base de données qui a m'a servi à construire cette carte. Le voici.

« Trente-six inconnus, dont deux femmes et quatre bébés, originaires du Nigéria et du Cameroun, sont morts noyés: des garde-côtes marocains ont percé leur embarcation gonflable avec un couteau » (28 avril 2008). « Sadedim, un garçon originaire de Macédoine, est mort de non-assistance médicale au centre de détention de Geewenbourg, en Hollande » (26 juillet 2006). « Un mineur, originaire du Maroc, est mort étouffé après avoir été emprisonné à la frontière de Melilla, enclave espagnole au Maroc » (Mai 2003)....

Pour une autre politique migratoire?

Bien que sordide, cette carte nous montre avant tout que ces questions ne peuvent pas être traitées sans une once d'humanisme. Il est grand temps de revoir les politiques européennes d'asile, d'immigration et de repenser une vraie politique de co-développement. Quand il s'agit d'êtres humains, la fraternité et l'humanisme sont préférables aux logiques comptables qui se révèlent inefficaces. Nous avons notre part de responsabilité dans la misère du monde. Et, tant que nous continuerons à mener une guerre économique qui appauvrit encore plus les pays pauvres, quels que soient les dispositifs militaires que nous mettrons en place pour nous « protéger », les migrations continueront inéluctablement. La seule politique

utile à mettre en place est donc une politique de solidarité et d'entraide afin de briser ces lignes de cassures entre les zones de richesses et les zones de pauvreté. Dans notre monde, ces lignes de fracture sont toujours militarisées. La première chose à faire est donc de provoquer une révolution citoyenne pour stopper la construction libérale de l'Union européenne et remettre enfin le curseur dans l'autre sens. Il faut sortir de cette période de grande régression pour aller à nouveau dans le sens du progrès humain, vers une société écologique et solidaire. Car, comme le disait Pierre Laurent pendant la manifestation contre la politique sécuritaire du gouvernement, « La lutte pour les libertés fondamentales et pour les droits sociaux sont un seul et même combat » (4 septembre 2010).

Il est vrai que c'est un travail de longue haleine, mais un gouvernement de Front de Gauche pourrait agir tout de suite en mettant en place un certain nombre de mesures comme, la régularisation des sans papiers pour permettre un droit au travail et à la scolarisation, leur donner le droit de vote aux élections locales pour qu'ils retrouvent la voie de la citoyenneté, fermer tous les camps et négocier tout de suite la sortie de certaines directives européennes (opt out) comme la directive retour. Ainsi seulement, les étrangers sortiront de la « salle d'attente de la société »⁽¹³⁾ dans laquelle nous les y avons mis.

¹³ Etrangers en séjour précaire, A. Veisse, 2004.

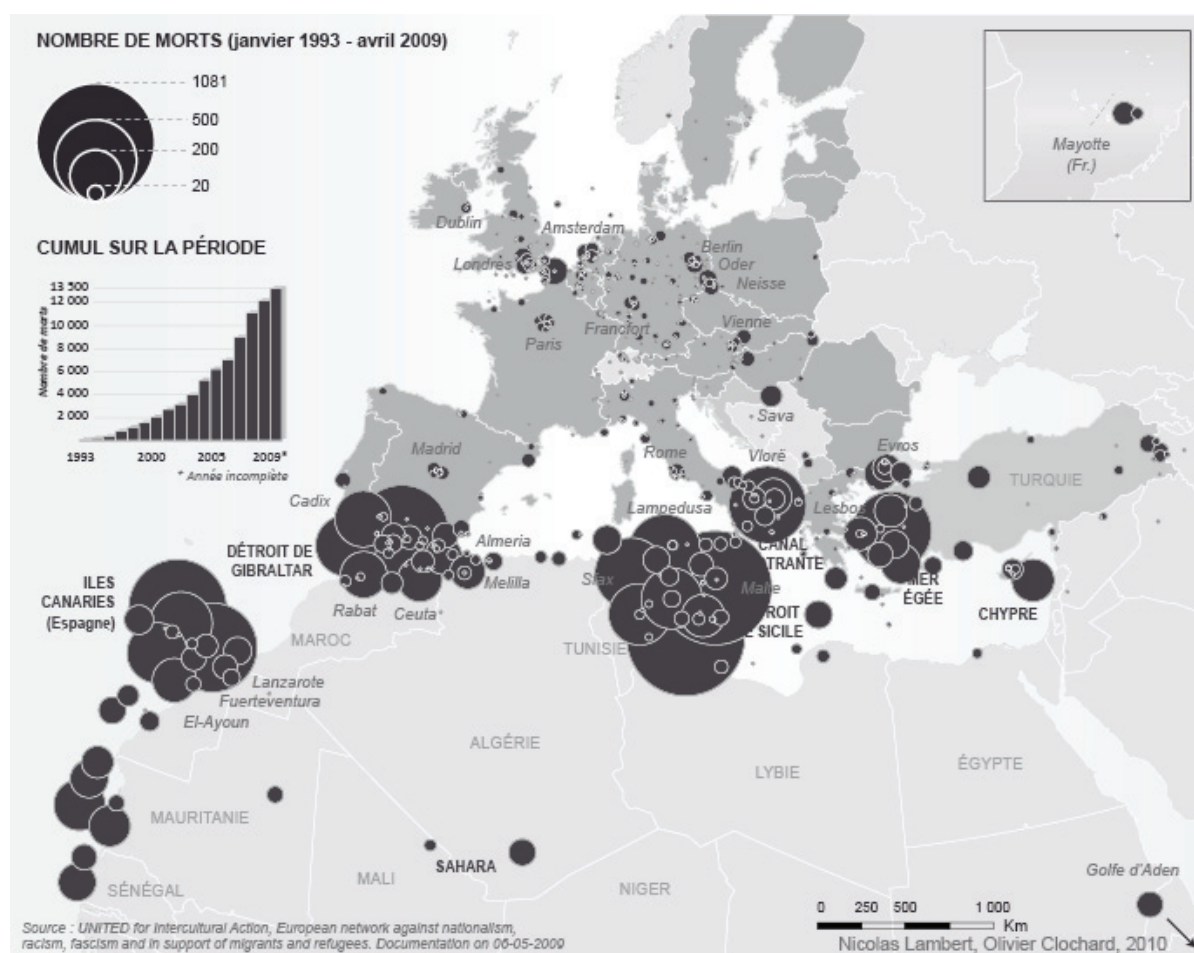


Figure 2 : Mourir aux portes de l'Europe, 1993-2009

L'accès aux soins des populations précaires dans les centres de santé

L'étude Epidaure

Par les D^{rs} Frédéric Villebrun et Richard Lopez

Le D^r Frédéric VILLEBRUN est Médecin généraliste exerçant dans les centres municipaux de santé de Champigny-sur-Marne. Thèse sur la perception de l'évaluation des pratiques professionnelles par les médecins généralistes à Paris. Master 2 en Santé Publique. Chargé de projet pour l'étude EPIDAURE-CDS. Chef de projet à la Haute Autorité de Santé sur la sécurité des soins en ville depuis novembre 2010.

Le D^r Richard LOPEZ est Directeur de la Santé et médecin généraliste dans les Centres de santé depuis 1985 de la Ville de Champigny-sur-Marne, Administrateur de la Fédération Nationale des Centres de Santé. Chef de projet EPIDAURE – CDS.

SOMMAIRE DE L'ARTICLE :

1. DEFINITIONS DE LA PRECARITE

- Précarité
- Pauvreté
- Exclusion
- Inégalités sociales de santé

2. EVALUATION DE LA PRECARITE

2.1. INDICATEURS HISTORIQUES EN FRANCE

2.2. SCORE EPICES

2.2.1. MÉTHODE DE CONSTRUCTION DU SCORE EPICES

- Approche socio-administrative de la précarité à partir des droits reconnus
- Approche par un score individuel de précarité : le score ÉPICES
- Comparaison des deux approches

2.2.2. RÉSULTATS ET VALIDATION DU SCORE EPICES

3. ETUDE EPIDAURE-CDS : LES CDS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRECAIRES

3.1. CONTEXTE

3.2. OBJECTIFS

3.3. MÉTHODE

- Le cadre d'analyse global

3.4. IMPLANTATION DES CDS

- Résultats

3.5. ORGANISATION ET PRODUCTION DES SOINS DANS LES CDS

- Une histoire ancienne inscrite dans la ville et qui explique l'orientation des projets
- Une gamme de service très étendue et diversifiée
- Des structures de soins complexes à appréhender sur le plan financier et aux modes de financement variables
- L'accessibilité aux soins : une localisation géographique adaptée, l'investissement dans l'accueil, les soins dentaires
- Des amplitudes horaires et annuelles étendues
- Permanence des soins : des situations très disparates
- Des professionnels qui ne font pas que du soin et qui collaborent principalement de façon informelle
- Un dossier médical commun rarement informatisé
- Motivations professionnelles et difficultés rencontrées

3.6. Population recourant en CDS

3.7. Premières conclusions

4. DISCUSSION

4.1. EXPLICATION PAR LA DEMANDE

4.2. L'INTERACTION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS

4.3. LA DISPONIBILITÉ DE L'OFFRE

4.4. LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ

5. PERSPECTIVES

Depuis leur création, les centres de santé (CDS) ont eu pour principal objectif de faciliter l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à l'éducation pour la santé. La réalisation de ce but au quotidien lors de la prise en charge des usagers par les équipes des CDS est permise par une approche globale des problèmes de santé des patients; elle est inscrite depuis 2004 dans le Code de Santé Publique comme une des missions principales des CDS⁽¹⁴⁾. La considération nouvelle par les pouvoirs publics de la place des CDS dans l'action de santé publique en France a renforcé l'idée, partagée par certains acteurs des CDS, qu'il était nécessaire d'analyser scientifiquement les caractéristiques internes des CDS et leur rôle dans la santé de la population au sein d'un territoire, comme argumentaire de toute décision politique intervenant dans le champ des CDS.

Dans les années qui ont suivi, le projet de recherche EPIDAURE-CDS porté par la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) a été construit sur cette idée et sous l'impulsion du Dr Richard Lopez, directeur des centres municipaux de santé de Champigny-sur-Marne (Val-de-Marne). L'hypothèse principale de ce projet est basée sur le niveau élevé de prise en charge des populations précaires par les CDS, l'hypothèse secondaire étant que les CDS permettent la réduction des inégalités sociales de santé de la population à l'échelle locale. La question de recherche initiale est la suivante: la volonté permanente des CDS de fournir localement à tous les patients un accès équitable aux soins ambulatoires correspond-elle vraiment à la pratique des CDS et à la réalité du terrain?

L'étude EPIDAURE-CDS a pour objectif principal d'analyser la spécificité des CDS médicaux et polyvalents dans l'offre de soins à l'échelle locale et de déterminer si ces CDS jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires, pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale.

Après avoir défini la notion de précarité et son évaluation dans une population donnée, la méthodologie et les principaux résultats de l'étude EPIDAURE-CDS seront explicités puis discutés; enfin suivra un état des perspec-

tives de recherche sur l'évaluation de la prise en charge de la précarité dans les CDS.

1. DEFINITIONS DE LA PRECARITE

Précarité

Parmi les nombreuses définitions du terme *précarité*, celle communément admise à ce jour fut formulée en 1987 par le père Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD Quart-monde, lors d'un rapport au Conseil économique et social:

« *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.*⁽¹⁵⁾ »

Pour la plupart des auteurs, la précarité n'est pas un état figé mais un équilibre temporaire qui peut évoluer soit vers plus de stabilité (sécurité du logement ou de l'emploi, par exemple), soit au contraire vers une plus grande fragilité (la grande pauvreté, à l'extrême). Ce moment d'instabilité et de fragilité touchant un individu ne peut avoir ni avenir, ni durée prévisibles. Le concept de précarité s'inscrit dans la dynamique continue permettant à une personne de passer, dans un sens ou dans l'autre, de la stabilité sociale à la grande pauvreté. La précarité économique et/ou sociale se caractérise par le risque de devenir pauvre, l'incertitude qui pèse sur l'avenir, ou les aléas auxquels sont confrontés les individus. Cette précarité peut être choisie ou subie. Par exemple, l'étudiant aux faibles revenus peut néanmoins ne pas être considéré comme une personne précaire car le risque de devenir pauvre diminue lorsqu'on fait des études.⁽¹⁶⁾ Les maladies diagnostiquées qui sont à l'origine de la mortalité différentielle apparaissent ainsi comme des modes d'expression d'un phénomène plus profond que l'on peut appeler la vulnérabilité (qu'on emploiera ici par choix dans le sens d'une moindre précarité).⁽¹⁷⁾

Afin de mieux distinguer l'essence et les limites de la précarité, il est nécessaire de définir des termes complé-

¹⁴ Article L 6323-1 du Code de Santé Publique: « Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales. »

¹⁵ Wresinski J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Rapport au Conseil économique et social, 1987.

¹⁶ Maric M., Grégoire E., Leporcher L. (IRIS), *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*, DREES, décembre 2008.

¹⁷ *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rapport du Haut Comité de la santé publique, Ed. ENSP, 1998

mentaires et parfois confondus avec celle-ci. Par commodité, ces notions se trouvent réduites, dans certaines études, à la prise en compte d'une seule de leur dimension : la précarité concerne alors uniquement la position de l'individu sur le marché du travail, la vulnérabilité est le plus souvent associée à la faiblesse des relations sociales (isolement, chômage, inactivité), la grande pauvreté à la privation (de logement, en particulier). Mais ces termes peuvent recouvrir une réalité plus complexe, que nous ne pourrions détailler dans ce chapitre.

Pauvreté

Historiquement, une personne définie comme pauvre est celle qui reçoit une assistance pour assurer sa survie. L'Union européenne considère comme pauvres, « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent* » (Conseil des ministres européen, 1984). Cette définition relative et multidimensionnelle présente l'inconvénient d'être peu opérationnelle. Certains auteurs ont considéré qu'il existe plusieurs formes de pauvretés (Simmel, 1907, repris par Paugam, 2005) :

- *la pauvreté intégrée* (à l'instar, par exemple, du Sud de l'Europe) : elle est durable, intergénérationnelle, conduit à un faible niveau de vie mais pas à l'exclusion (l'absence d'emploi peut être compensée par différentes formes d'aides familiales ou sociales) ;
- *la pauvreté marginale* : frange de la population considérée comme inadaptée (« *cas sociaux* »), stigmatisée. Ce sont les exclus tels qu'ils sont désignés dans les années 1970. Détenus libérés, délinquants, toxicomanes, handicapés, etc. ;
- *la pauvreté disqualifiante* : elle est perçue comme susceptible de concerner tout un chacun (même si cette déchéance liée à la malchance ou à une conjonction d'événements professionnels et/ou familiaux ne se vérifie pas exactement dans les statistiques). C'est une pauvreté considérée comme un cumul de handicaps sociaux et économiques.

Il existe principalement deux méthodes complémentaires d'évaluation de la pauvreté réelle :

- la mesure de la *pauvreté monétaire*, basée sur les revenus du ménage ou des individus ;
- celle de la *pauvreté en conditions de vie* qui prend en compte l'environnement et la situation sociale des sujets.

La pauvreté monétaire *stricto sensu* est réductrice mais présente l'avantage de pouvoir être mesurée par le revenu des individus. L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) considère aujourd'hui

deux seuils de revenu : 1. inférieur à 50 % et 2. inférieur à 60 % du revenu médian de la population totale. Par extension, la *grande pauvreté* a été définie par l'Insee comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à 33 % du revenu médian. Si l'on considère que la pauvreté correspond simplement à un faible niveau des ressources, la précarité peut être conçue comme une situation d'instabilité et de fragilité antérieure à la pauvreté mais comportant suffisamment de risques pour pouvoir déboucher sur celle-ci. En ce sens, il est donc cohérent que les individus en situation de précarité ne se confondent pas avec la population pauvre, même s'ils peuvent, de manière transitoire, avoir à faire face à un faible niveau de ressources. La précarité économique et/ou sociale se caractérise donc par le risque de devenir pauvre, l'incertitude qui pèse sur l'avenir, ou les aléas auxquels sont confrontés les individus.

Exclusion

L'*exclusion* peut être définie par l'existence d'une rupture des liens sociaux, de l'assistance permettant de se maintenir dans la pauvreté dite *intégrée*. Pour de nombreux auteurs, cette notion de rejet hors de la société semble néanmoins une représentation sociologiquement infondée, qui concentre le regard sur les marges ou en dehors du monde social, en perdant de vue les logiques qui produisent les situations de précarisation.⁽¹⁸⁾

Inégalités sociales de santé

Les *inégalités sociales de santé* qualifient les différences sociales d'état de santé dans la mesure où elles concernent un objet socialement valorisé (la santé, le bien-être) et où elles renvoient à une hiérarchie sociale (Aïach et al., 2004). Les disparités constatées (de dépenses de santé, de prise en charge) entre groupes sociaux ne peuvent être considérées comme des inégalités sociales seulement lorsqu'elles ont des effets négatifs sur la santé en rapport avec des relations sociales hiérarchiques. Sinon, il s'agit simplement de différences d'état de santé. Les inégalités sociales de santé sont constatées tout au long de l'échelle sociale, à tout âge de la vie, elles sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes ; elles ne concernent donc pas seulement les professions manuelles ou les plus pauvres, même si ces derniers sont particulièrement concernés (Leclerc et al., 2000).⁽¹⁹⁾ Il s'agit d'un véritable *gradient social de santé*, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale, ce qui ne peut pas être

¹⁸ Aïach P., Fassin D., *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*, La Revue du Praticien, 2004 ; 54.

¹⁹ Pascal J., Abbey-Huguenin H., Lombraïl P., *Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?*, Lien social et Politiques, n° 55, 2006.

uniquement expliqué par les conditions matérielles de vie.⁽²⁰⁾

La France, pays à haut niveau de développement et classée première par l'OMS pour son système de santé en 2000, a pourtant les plus fortes inégalités sociales de l'Europe de l'Ouest devant la mort, particulièrement chez les hommes et elles ont tendance à s'accroître ces dernières années. La différence d'espérance de vie à 35 ans, est de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Dans le dernier rapport du Haut Comité de la santé publique sur ce sujet, il est noté en 2009 : « *les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables. (...) Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une « double injustice » portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. (...) Les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres.* »⁽²¹⁾ Il est important d'insister sur le fait qu'avec la généralisation de la protection sociale, il y a en France peu de sélection explicite par l'argent pour l'accès aux soins médicaux particulièrement en cas de maladie grave. Même si des études récentes montrent que certaines populations précaires n'ont pas un accès égal aux services de santé, il faut trouver une explication à ces différences de niveau de santé qui sont autres que l'inégalité d'accès aux soins ou que l'inégalité de la qualité des soins. Les inégalités d'espérance de vie n'ont donc pas d'explication strictement médicale.⁽²²⁾

2. EVALUATION DE LA PRECARITE

La précarité est donc un état dynamique, difficile à appréhender. Les mécanismes par lesquels les inégalités sociales produisent des inégalités de santé sont complexes et loin d'être tous élucidés. De nombreux modèles s'appuyant sur des théories sociales et les résultats de recherches en épidémiologie sociale ont été proposés pour les expliciter (Chauvin, 1998; Mackenbach et al., 2002). Ils intègrent, d'une part, les déterminants « classiques » de la santé des populations et des indivi-

duels que sont les facteurs environnementaux, sociaux et physiques, les déterminants biologiques, les déterminants relatifs au mode de vie, l'offre de services de santé et les déterminants du recours et de l'accessibilité à ces services, et, d'autre part, des déterminants « intermédiaires » ou « psychosociaux ».⁽²³⁾

2.1. INDICATEURS HISTORIQUES EN FRANCE

Le repérage des patients précaires, encouragé par l'Inserm puis la CNAMTS depuis les années 1990 en France, a permis de relier la précarité au cadre général des inégalités sociales de santé.

Certaines études en particulier celles de l'Insee ont une approche par les revenus (ressources financières faibles, bénéficiaires de minima sociaux).⁽²⁴⁾ Intuitivement, la précarité sociale s'appréhende en pratique clinique par un faisceau d'arguments touchant non seulement à l'estimation des revenus financiers du foyer, mais aussi au niveau d'études et aux conditions de vie d'une manière plus générale (emploi, logement, lien social, droits...). Une formalisation systématisée de ces paramètres, caractérisant des données sociales et éventuellement utilisable en pratique clinique, a été proposée par deux équipes de manière indépendante.

D'une part, au sein des CDS de Grenoble (AGECSA), les médecins ont cherché à évaluer l'impact de la précarité sur le contenu des actes, dans le but de mieux traduire les spécificités de leur action médicale soutenue par les collectivités locales. Ils ont caractérisé les personnes les plus vulnérables dans la population suivie en repérant les patients avec des bas revenus, des conditions de vie difficiles (logement, communication, vie de famille, droits) ainsi qu'une affection somatique ou psychique significative.⁽²⁵⁾

D'autre part, au sein des Centres d'examen de santé (CES), à la suite de la publication de l'arrêté ministériel de 1992 (Journal officiel n° 218 du 19 septembre 1992), les CES ont conduit, en direction des personnes en situation de précarité, des actions en termes d'état de santé, d'accès aux soins et d'amélioration de leur prise en charge dans le système de santé français. La démarche a abouti à la mise au point d'un score, le score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES (EPICES), par

²⁰ Couffignal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D., « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen » Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, synthèse, n° 92, 2005.

²¹ *Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité*, Rapport du Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009, p. 10.

²² Rapport du HCSB, 1998 *op. Cit.*

²³ Pascal J. *et al. op. cit.*

²⁴ *Une approche de la précarité – données 2004*. Dossier de l'Insee n° 136, juillet 2006

²⁵ Lagabrielle D, Chantalou ML. « Précarité: démographique dans 4 quartiers de Grenoble, prévalence dans l'activité de soins primaires et influence sur le contenu de l'acte médical. » Congrès de recherche en médecine générale, octobre 2003, Paris.

le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF).⁽²⁶⁾

2.2. SCORE EPICES

2.2.1. MÉTHODE DE CONSTRUCTION DU SCORE EPICES

- **Approche socio-administrative de la précarité à partir des droits reconnus**

Les populations en situation de précarité ont été définies sur la base de critères socio-administratifs: chômeurs, bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI), de la Couverture maladie universelle (CMU) ou d'un contrat aidé d'insertion professionnelle, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16 à 25 ans en insertion. Ces populations représentent près de 30 % de la population examinée chaque année par les CES. Les données ont été analysées par l'équipe Précarité-Inégalités de santé du CETAF afin d'établir un diagnostic sur l'état de santé de ces populations: tous les indicateurs de comportement à risque et de santé sont perturbés par les situations de précarité, notamment l'obésité, le mauvais état dentaire et le non-recours aux soins.

- **Approche par un score individuel de précarité: le score EPICES**

La précarité telle que définie précédemment repose essentiellement sur la situation vis-à-vis de l'emploi, alors qu'elle a plusieurs dimensions. C'est pourquoi le « groupe EPICES » (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES) a construit le score individuel de précarité EPICES, à partir d'un questionnaire de 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité: conditions matérielles et événements graves de l'enfance, niveau d'étude, situation professionnelle, revenus, composition du ménage, logement, protection sociale, liens sociaux, loisirs et culture, difficultés financières, recours aux soins, santé perçue.

Les réponses aux 42 questions permettaient de situer chaque individu sur un axe de gradient social lié à la précarité, allant de l'aisance sociale à la situation la plus défavorisée. Ce questionnaire élaboré sur la base d'informations issues de travaux réalisés par le CREDES, le CREDOC, le Conseil Economique et Social et l'INSEE a été administré à 7 208 personnes lors d'une enquête ponctuelle menée en 1998 dans 18 CES pendant un mois. Une analyse factorielle des correspondances a mis en évidence un facteur latent reflétant le niveau de précarité. Les analyses ont montré que 11 questions parmi les 42 résumaient à 91 % la position sur l'axe. Une technique de régression multiple a ensuite permis de réduire

à ces 11 questions binaires les informations nécessaires pour positionner une personne sur cet axe de précarité, dont l'échelle a été arbitrairement fixée de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum). Les réponses à ces 11 questions permettent donc de calculer un score individuel de précarité.

- **Comparaison des deux approches**

L'analyse combinant les critères socio-administratifs de la précarité (première approche) et la précarité selon EPICES (seconde approche) montre que le score EPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que les critères socio-administratifs. La comparaison des deux classifications montre, de plus, qu'il existe des « populations discordantes »: des populations fragilisées socialement et (ou) médicalement, avec un score EPICES élevé et d'importants problèmes de santé, ne sont pas identifiées comme précaires par les critères socio-administratifs. Une seconde étude a porté sur 197 389 consultants de l'année 2002 des Centres d'examens de santé. Les interrelations entre santé, mode de vie, accès aux soins et les deux définitions de la précarité ont été étudiées par des analyses de régression logistique. Les résultats montrent que le score EPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que la définition administrative de la précarité.

La comparaison des deux classifications met en évidence des populations fragilisées, socialement et/ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères administratifs. Ces résultats montrent ainsi l'intérêt du score EPICES pour améliorer l'identification des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé et non reconnues par les critères de la définition socio-administrative.

Après généralisation du score dans le réseau des CES, l'analyse des données recueillies a montré que le score EPICES est lié à un grand nombre d'indicateurs, et que ces relations sont « score-dépendantes » et statistiquement significatives:

- indicateurs socio-économiques (profession et catégorie sociale, niveau d'étude, stabilité de l'emploi);
- indicateurs de comportements et mode de vie (consommation de tabac, consommation d'alcool, prise de médicaments, psychotropes, sédentarité);
- indicateurs d'accès aux soins (non-recours au médecin ou au dentiste et non-suivi gynécologique);
- indicateurs de santé (perception négative de la santé, obésité, maigreur, présence de dents cariées non traitées, hypertension artérielle, élévation des gamma-GT et du volume globulaire moyen).

²⁶ Lagabrielle D., Moulin J-J., *Inégalités sociales de santé: comment repérer la personne à risque avec qui agir*, Revue du Praticien Médecine Générale, 20; 744/745, 2006.

2.2.2. RÉSULTATS ET VALIDATION DU SCORE EPICES

Les propriétés psychométriques du score ont été testées à l'aide du calcul du coefficient de cohérence interne α de Cronbach. Un coefficient de 0,410 a été trouvé. Cette valeur relativement basse indique que chaque question du score EPICES a une valeur informative propre et que le score EPICES ne mesure pas seulement une dimension de la précarité mais plusieurs dimensions.

Il s'agit donc d'un outil de santé publique de dépistage de la précarité, qui peut éclairer au niveau individuel la pratique clinique afin de mieux répondre aux besoins et attentes des patients en situation de difficulté. Au niveau collectif, en recherche clinique et épidémiologique, ce score est utile pour le ciblage des politiques de santé publique en direction des publics défavorisés.

Au total, le score EPICES est un indicateur simple à utiliser puisqu'il repose sur 11 questions binaires (oui/non). C'est un descripteur multidimensionnel plus à même de mesurer les situations de fragilité sociale et de vulnérabilité que les catégorisations administratives habituellement retenues en France.

3. ETUDE EPIDAURE-CDS : LES CDS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRECAIRES

3.1. CONTEXTE

Le projet de recherche EPIDAURE – CDS a fait l'objet d'un financement dans le cadre des expérimentations sociales du Haut Commissariat aux Solidarités Actives. La FNCS, promoteur de cette étude, est une association à but non lucratif (loi 1901) qui regroupe depuis près de cinquante ans les gestionnaires associatifs, municipaux et mutualistes de cent cinquante Centres de Santé (CDS) médicaux et polyvalents en France (la grande majorité des collectivités locales gestionnaires de CDS en région Ile-de-France y est adhérente). La FNCS s'est associée au CES de Bobigny pour la partie enquête mobilisant le score EPICES et à l'IRDES pour l'ensemble de la démarche et des différents modules associés.

3.2. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le rôle spécifique des CDS pour la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit notamment de mieux appréhender et valoriser les spécificités des CDS en termes d'offre de soins, d'accessibilité sociale, de prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, d'actions de santé publique pour l'ensemble des habitants d'un territoire de proximité et plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité. Cette accessibilité se mesure en termes : géographique (implantation géographique) ; fi-

nancier (dispositif de facilitation de l'accès aux soins) ; de nature des soins et services proposés (la gamme de soins et services : de prévention et promotion de la santé, pour l'ensemble des habitants d'un territoire de proximité, délivrance de soins aigus, suivi et prise en charge des malades chroniques, coordination et continuité des soins). Dans une perspective plus méthodologique, il s'agit également d'élaborer et de tester une méthode d'évaluation, reproductible et généralisable, de l'adéquation de la réponse des CDS et des formes d'organisation en soins primaires aux besoins de santé des populations, notamment pour des personnes précaires. Cette évaluation a été mise en œuvre sur un échantillon composé de 21 CDS dépendants de 11 centres gestionnaires et couvrant une population d'environ 750 000 habitants.

Objectif spécifiques :

1. Décrire l'implantation géographique et la zone d'attraction des CDS ;
2. Décrire les modalités d'organisation des CDS, notamment pour percevoir en quoi ils facilitent l'accès aux soins ;
3. Décrire les caractéristiques des patients recourant aux CDS d'un point de vue sociodémographique mais aussi eu regard de leur précarité et/ou de leur vulnérabilité sociale au moyen du score EPICES ;
4. Evaluer l'activité et les coûts par le biais des données de consommation de l'assurance-maladie.

3.3. MÉTHODE

• Le cadre d'analyse global

L'évaluation, de type cognitive endo-formative, a pour but d'apporter de la connaissance sur les CDS étudiés, et contribue également à placer les CDS et leurs responsables dans un processus réflexif sur les centres, rôles et activités. L'évaluation a été élaborée en concertation étroite avec les CDS dont les représentants participaient tous au comité de pilotage. Ce comité a discuté et validé les choix méthodologiques comme les résultats.

Le cadre d'analyse comprend les dimensions d'environnement, la caractérisation des structures, des processus de travail, la description des populations en termes sociodémographique ainsi que leur consommation de soins. Il s'inspire des modèles classiques d'évaluation des organisations de soins et des programmes de santé et associe des approches qualitatives et quantitatives, permettant d'explorer les hypothèses posées en termes de liens entre implantation, modalités d'organisation des CDS et accessibilité aux soins notamment pour les populations précaires ou vulnérables. Plus précisément, les dimensions explorées faisant l'objet de modules spécifiques sont les suivantes.

- **Module 1** : l'environnement avec l'analyse de l'implantation des CDS, et caractérisation de la population résidant dans les territoires desservis par les CDS ;

- **Module 2** : l'organisation des soins et services que constituent les CDS, comprenant :

a) les caractéristiques des structures : histoire, projet d'activité, l'organisation (gamme des soins offerts et services offerts, horaires d'ouverture, gouvernance), le financement, le système d'informations, l'articulation avec la politique de la ville...

b) les processus de travail : au sein des centres et avec leur environnement,

c) une analyse de l'activité en médecine générale et une étude des coûts pour l'Assurance Maladie (régime général) : nombre de patients suivis, coûts des prises en charge ;

- **Module 3** : la description des patientèles : les populations qui recourent aux CDS sont-elles plus précaires qu'en population générale ? Ces populations ont-elles une consommation de soins différente de la population générale ? Et le cas échéant, cette différence est-elle significative à niveau de précarité équivalent entre les deux populations ?

Pour chacune de ces composantes, une ou plusieurs sources de données sont mobilisées ; cette évaluation associe des méthodes qualitatives pour l'analyse des organisations et de la production de soins, et quantitatives pour la description de l'environnement et des résultats en termes d'accessibilité aux soins des populations précaires, voire de consommation de soins (cette dernière composante correspond au **module 4** du projet EPIDAURE, non encore réalisé).

Au final, le projet s'appuie sur 4 grandes opérations de recherche distinctes et complémentaires. Quatre documents différents en cours de finalisation feront l'objet d'une diffusion plus complète en décembre 2010, nous présentons ici les résultats des modules 1 à 3 indépendamment les uns des autres, la synthèse globale étant élaborée sous forme de conclusion provisoire.

3.4. IMPLANTATION DES CDS

L'hypothèse est que les CDS sont implantés sur les territoires où habitent des populations plus défavorisées en termes socio-économiques. L'objectif général de ce premier module est à la fois de caractériser l'environnement des CDS et de tester une méthode de définition de la *zone d'attraction* d'un CDS et de caractérisation de la population y requérant en recourant à des informations à l'échelon infracommunal.

Les objectifs spécifiques visent à :

- définir l'étendue et la frontière des territoires desservis par chaque CDS ;

- caractériser ces territoires au moyen des données des unités spatiales appelées *IRIS (Ilots regroupés pour l'information statistique)*, petits quartiers de 2000 à 5 000 habitants pour les 1 800 plus grandes villes ou bien communes entières pour les autres villes, en fonction des grandes caractéristiques sociodémographiques et économiques du recensement de l'Insee. Il s'agit ici d'étudier les caractéristiques sociodémographiques des populations y résidant comparativement à celles résidant dans l'ensemble de la commune, du département, de la région ;

- comparer les centres entre eux au travers des caractéristiques des IRIS et de la population y habitant. On teste ainsi l'homogénéité des centres en fonction des populations des IRIS, dont sont issus les patients qui y recourent. Les centres desservent-ils des territoires à composition socio-économique équivalente ?

L'approche est dite *écologique* dans la mesure où nous décrivons de manière globale la population qui vit dans la zone d'attraction des CDS à partir des données issues du recensement de l'INSEE (2006), la description individuelle des caractéristiques sociodémographiques et de la vulnérabilité des patients des CDS étant réalisée dans le troisième module. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour caractériser la population desservie par les CDS.

La première étape, l'Irisage, a consisté à géocoder au niveau d'une IRIS les adresses des patients ayant eu recours aux 21 CDS inclus dans l'étude au moins une fois dans l'année 2007. Cette étape a comporté l'extraction des données administratives des patients ayant recouru en médecine générale ou en dentaire quand il y avait un centre dentaire au moins une fois au cours de l'année 2007.

La deuxième étape a consisté à observer et décrire les résultats de l'Irisage de la file active des CDS. L'analyse a alors porté sur les IRIS, l'enjeu étant d'adopter ensuite une règle permettant de retenir les IRIS pour construire la zone d'attraction.

La troisième étape a consisté à créer une zone d'attraction réunissant les IRIS les plus représentés parmi la patientèle des centres de santé. Il s'agit de créer une zone géographique comparable entre les CDS reflétant l'étendue géographique sur laquelle s'étend la patientèle du CDS. Nous avons choisi de construire une zone d'attraction par rapport à un seuil de patientèle. Afin de définir la zone d'attraction des centres, il a été calculé le *taux de recours* (le *recours* correspondant à un acte de consultation) et le *taux de pénétration* pour chaque CDS en médecine générale d'une part, et en omnipratique dentaire d'autre part. Le *taux de recours* est défini par le nombre de patients provenant d'un seul IRIS et consultant dans le CDS considéré, sur le nombre total d'habitants de cet

IRIS. Le *taux de pénétration* correspond au nombre de patients venant d'un seul IRIS qui recourent dans le CDS donné, sur le nombre total de patients dans le même CDS. Il s'agit en fait de la « part de marché » des patients d'un IRIS sur la patientèle totale d'un CDS. Sont ainsi sélectionnés dans la zone d'attraction les IRIS ayant les taux de pénétration les plus élevés et englobant 70 % de la patientèle d'un CDS.

La quatrième étape décrit la zone d'attraction ainsi définie avec des indicateurs agrégés au niveau de l'IRIS, et cela pour chaque CDS. Nous avons notamment cherché à caractériser les populations des zones d'attraction par comparaison avec des données relatives à la commune, à la région et à la France entière sur un ensemble de variables des IRIS. Une fois définies les zones d'attraction, nous avons rassemblé les informations issues des IRIS afin de décrire les populations localisées dans les zones d'attraction avec les données socio-économiques de l'Insee agrégées du recensement de 2006. Les indicateurs identifiés comme pertinents pour caractériser les populations en termes sociaux et économiques pouvant être regroupés sous plusieurs thèmes sont les suivants :

- Population (exemples: taux de ménages avec familles monoparentales, taux de personnes célibataires, de personnes divorcées, veuves, taux de personnes seules entre 15 et 24 ans, entre 25 et 54 ans (...), taux de personnes seules de 75 ans et plus, taux d'étrangers, taux d'immigrés, taux de personnes de 14 ans et moins, taux de personnes entre 15 et 29 ans (...), taux de personnes de 75 ans et plus);

- Professions et catégorie socioprofessionnelles (PCS) et emploi (taux de chômeurs, d'inactifs, d'agriculteurs, (...), de personnes sans activité professionnelle, taux de salariés en apprentissage, en CDD, en CDI, en intérim, etc.);

- Éducation (taux de personnes titulaires d'un baccalauréat, d'un BAC +2, du certificat d'étude (...), taux de personnes sans diplôme, etc.);

- Logement (taux de résidences principales occupées par des propriétaires, par des locataires, occupés gratuitement, taux de HLM);

- Moyen de transport pour aller travailler (taux d'actifs occupés allant travailler sans utiliser les transports en commun, en les utilisant, allant travailler en 2 roues, à pied, en voiture).

• Résultats

Quelques faits se dégagent après une première analyse globale des zones d'attraction et de leur caractérisation. Les centres municipaux ont en très grande majorité une zone d'attraction qui recouvre presque exactement la commune. Quand il y a plusieurs CDS l'association de leurs zones d'attraction recoupe l'ensemble de la com-

mune. Les centres associatifs sont en général inclus dans la commune, ils reflètent une implantation de quartier et constituent une offre de soins de proximité. On retrouve bien le projet politique communal et sa mise en œuvre effective. Dans l'échantillon des CDS décrits dans l'étude EPIDAURE, les CDS jouent un rôle d'offre de soins de proximité, notamment en médecine générale. Les zones d'attraction pour les CDS ayant une activité de médecine générale recouvrent des nombres d'IRIS différents, allant selon les CDS de 6 à 37 (exemple à Montreuil : figure 1). Les tailles des populations couvertes vont de 15 000 à 87 000 – maximum pour le centre de Paris (moyenne des tailles de population couverte : 40 000, écart type : 20 000). Les CDS uniquement dédiés aux soins dentaires couvrent en général des zones d'attraction plus étendues que les CDS de médecine générale seule. Les zones d'attractions recouvrent des nombres d'IRIS différents de 8 à 69 (exemple du même CDS à Montreuil : figure 2). Les tailles des populations couvertes vont de 21 000 à 180 000 pour le centre de Paris (moyenne 60 000, écart type 45 000). La population est moins défavorisée. Ce sont bien deux types de services différents qui s'adressent à des populations différentes.

L'analyse des caractéristiques des populations habitants dans les IRIS des zones d'attraction montre des populations soit identiques à la commune et dans ce cas en général plus défavorisées que le département et a fortiori la région (Ivry, Vitry, Malakoff, Nanterre, Montreuil), soit des populations plus défavorisées par rapport aux populations des communes, les CDS ayant été installés pour ces populations ou plus précisément dans des quartiers qui se sont paupérisés comme à Grenoble dans la Villeneuve. Les CDS de l'échantillon ont des zones d'attraction qui couvrent globalement des populations plus défavorisées selon les indicateurs du recensement. Sur ces zones l'offre de soins alternative est présente mais avec une densité inférieure à la moyenne nationale. Il est possible que la sous-densité en médecins spécialistes puisse s'expliquer dans certains cas par le fait que la présence précoce de médecine spécialisée ait pu dissuader les médecins libéraux de s'installer. La sous-densité étant dans ce cas autant un effet de la présence du CDS qu'une raison de son installation.

3.5. ORGANISATION ET PRODUCTION DES SOINS DANS LES CDS

Ce module a pour objectif principal de caractériser les CDS et leurs modalités d'organisation. Plus spécifiquement il s'agit d'identifier en quoi ces organisations facilitent ou non l'accès aux soins notamment pour les personnes précaires ou vulnérables. L'enquête monographique a été réalisée en 2009 par le biais d'un questionnaire standardisé et administré en face à face par



Figure 1: exemple de zone d'attraction en médecine générale pour le CDS Montreuil D. Renault (Source IRDES)



Figure 2: exemple de zone d'attraction en omnipratique dentaire pour le CDS Montreuil D. Renault (Source IRDES).

un binôme de deux chercheurs de l'IRDES, au cours d'une visite sur site, auprès des CDS inclus dans l'étude EPIDAURE. Elle permet de décrire :

1. l'histoire, le projet et la gamme des services proposés au sein du centre de santé

2. l'accessibilité : géographique (implantation géographique, cf. module en supra), financière (pratique du tiers-payant pour la partie obligatoire et complémentaire ; tarif conventionnel ; tarifs pour les actes hors nomenclature et notamment en dentaire), dans le temps (horaires et périodes d'ouverture, urgences et permanences des soins) et en termes d'organisation (accueil avec ou sans rendez-vous ; adaptation aux populations particulières...);

3. Les professionnels de santé travaillant au sein du CDS et leur organisation de travail :

a) interne : ressources humaines, travail en équipe, temps d'échange ;

b) externe : intégration et liens formalisés avec la communauté ;

4. Les moyens et équipements, le système d'information médicale et l'informatisation et son niveau de partage et d'intégration ainsi que le financement du CDS.

- **Une histoire ancienne inscrite dans la ville et qui explique l'orientation des projets**

Les 21 CDS de notre échantillon sont regroupés au sein de 11 structures gestionnaires correspondant à onze communes différentes. Anciens pour la plupart, ils ont entre 110 et 36 ans, la moyenne étant de 55 ans. Créés comme un service communal pour les plus anciens ou avec le soutien de la municipalité, ils sont conçus comme un moyen d'offrir des soins à la population dans un contexte de pénurie médicale, de nombreux centres ont été créés avant ou juste après la deuxième guerre mondiale à une époque où la l'assurance-maladie n'existait pas encore et pendant laquelle les médecins libéraux, comme les services techniques n'étaient pas facilement accessibles aux populations ouvrières. Les CDS sont alors un moyen d'offrir les soins techniques les plus performants aux habitants des communes qui en prennent l'initiative. Les services offerts sont alors très étendus. Les centres créés à la fin des années 70 et au début des années 80, sont conçus également pour apporter des soins aux populations vivant dans les quartiers d'urbanisme en développement, mais ils s'inscrivent plutôt dans une approche communautaire de la médecine et ne développent pas des services d'imagerie, ou un plateau doté de multiples spécialités.

Les CDS, municipaux ou associatifs, ont tous un projet d'activité, d'établissement, à l'inscription territoriale forte (jusqu'à son inscription dans la politique de la ville d'une municipalité), dans une logique populationnelle. Ils hébergent des services de prévention et mènent de

nombreux projets de prévention et d'intervention en santé publique en articulation avec la politique municipale et régionale. En outre ils sont généralement implantés, dans des zones défavorisées économiquement, mais aussi en termes de densité des professionnels médicaux et paramédicaux à l'échelon de la commune (sauf Grenoble). Ainsi, l'ensemble des CDS de notre échantillon a été créé à des périodes différentes dans la perspective d'une égalité d'accès aux soins pour tous mais avec des orientations assez distinctes dans le type de médecine proposée en lien avec leur époque. Technique et diversifiée dans le cas des CDS municipaux avec le projet d'apporter la médecine moderne au monde ouvrier avant et après la deuxième guerre mondiale. A orientation sociale, et intégrée à la population avec une participation active de cette dernière à la définition du projet et à la vie des centres à la fin des années 70.

- **Une gamme de service très étendue et diversifiée**

Les CDS proposent dans l'ensemble, une offre de soins large et diversifiée. Si l'activité de médecine générale est toujours présente dans le centre, elle est parfois peu développée au regard de l'ensemble des services offerts (imagerie, biologie, dentisterie, planning familial, soins infirmiers à domicile, kinésithérapie...). Parallèlement aux soins ambulatoires, et à l'exception d'un seul CDS, ils développent tous des actions de dépistage, de prévention et de promotion de la santé dans et hors des murs. La taille des centres, peut également varier considérablement. On dénombre selon les centres de 18 (centre de Belfort) à 200 (centre de Gennevilliers) personnes différentes employées, la moyenne étant de 86. L'emploi à temps partiel est majoritaire notamment pour les médecins spécialistes, ce qui explique ces chiffres. Enfin, il est également important de noter que les médecins généralistes peuvent être très nombreux pour un faible nombre d'équivalents temps plein (jusqu'à 10 médecins généralistes pour deux équivalents temps plein). C'est notamment le cas des CDS qui ont une gamme de soins très étendue et qui offrent un grand nombre de spécialités médicales.

Toutes les communes étudiées, mise à part à Grenoble qui a abandonné cette activité et Belfort, proposent des consultations de soins dentaires dans au moins un de leurs centres municipaux de santé. Certains CDS proposent des consultations plus rares et onéreuses en secteur libéral, telles que l'orthodontie, la stomatologie et l'orthopédie dento-faciale. Selon les centres, l'activité de réalisation des prothèses est intégrée à l'activité du centre. Il s'agit alors d'offrir les coûts de prothèses les plus bas possibles. Au-delà de l'activité de base en médecine générale, voire en omnipratique dentaire (non disponible dans seulement deux communes), toujours présente dans les CDS, nous avons pu relever une relative hétérogénéité

dans le développement des soins médicaux spécialisés (cf. tableau n° 5) ou paramédicaux. C'est ainsi que les spécialités de « premiers recours » comme la gynécologie, la dermatologie, la cardiologie, l'ophtalmologie, l'ORL et la psychiatrie, ne sont pas présentes dans tous les centres. Ceci sans que l'on puisse raccrocher ce phénomène à une éventuelle complémentarité avec la médecine libérale puisque l'offre de spécialistes est très faible même pour les CDS mal lotis en spécialistes libéraux dans leur zone d'attraction (ex. Montreuil Daniel Renoult et Nanterre Parc).

En résumé, les CDS étudiés présentent, malgré une grande hétérogénéité, une gamme de service très étendue pouvant comprendre sur un même lieu un grand nombre de spécialités médicales différentes, mais également un plateau technique d'imagerie et de biologie ainsi que des actions au sein de la population généralement orientées vers la prévention. Ils se distinguent en cela fortement de l'activité traditionnelle en médecine générale tout comme des exemples connus de maisons de santé pluridisciplinaires.

- **Des structures de soins complexes à appréhender sur le plan financier et aux modes de financement variables**

Les informations relatives aux bilans financiers ont été particulièrement difficiles à collecter dans l'enquête monographique. De fait pour de nombreux centres municipaux, ces informations sont particulièrement complexes à recueillir, voir ne sont pas disponibles en l'état sans retraitement comptable. En effet, plusieurs CDS municipaux sont du point de vue comptable un service de la mairie et ne bénéficient pas de ce fait d'une comptabilité propre. Pour d'autres, de nombreux services comme l'informatique, l'entretien, le gardiennage, la sécurité ou l'accueil des patients sont assurés par des employés de la mairie mis à disposition. Les comptes du centre ne tiennent alors pas compte de ces services. Seuls les CDS associatifs ont une comptabilité spécifique. N'ayant pu consolider les comptes recueillis, les budgets qui nous ont été transmis doivent être interprétés avec précaution. L'éventail des budgets 2007 reflète cependant assez bien l'éventail des tailles des centres, avec un minimum à 1,5 million d'euros pour le centre de Belfort et un maximum aux alentours de 6 millions pour le centre de Gennevilliers. L'éventail des sources de recettes est également très divers. Certains centres ont principalement une ressource qui leur provient de l'activité clinique comme le centre de Paris, d'autres bénéficient de nombreux financements en lien avec des actions de santé publique (GRSP, FASP, DRASS, etc.) et de subventions municipales. La part de l'activité clinique (recettes d'assurance-maladie correspondant aux actes réalisés) dans le budget s'étend de

41 % pour le centre de Vitry à 100 % pour celui de Paris. Les soins dentaires plus onéreux (orthodontie, stomatologie et orthopédie dento-faciale) ne sont pas proposés dans tous les centres pratiquant les soins dentaires. Enfin, si la présence des infirmiers est quasi généralisée celle des autres paramédicaux n'est pas systématique.

- **Les rôles infirmiers et le secrétariat d'accueil : deux fonctions importantes ;**

Le pôle infirmier est généralement une plaque tournante dans l'organisation du centre. Le champ de compétences des infirmières mobilisées dans les centres est relativement vaste. Elles peuvent intervenir dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile et sont alors en interaction avec l'ensemble des médecins présents sur leur zone d'intervention. Il est également assez courant qu'elles soient mobilisées en soutien de l'équipe médicale pour la réalisation de certains actes (électrocardiogramme, médecine du sport et en médecine générale en cas d'urgence, pose d'holter cardiaque, assistance en cas de suture, pansements, vaccinations, éducation du patient diabétique, régulation de l'insuline...). Elles sont parfois très impliquées dans la gestion des sans rendez-vous (réponse à la demande voire régulation) et dans les actions de promotion et d'éducation à la santé dans et en dehors des centres. Une autre activité essentielle des CDS est celle du secrétariat qui réalise l'accueil téléphonique et physique, la prise de rendez-vous, le règlement et la gestion des dossiers patients. La stabilisation du personnel d'accueil est un enjeu essentiel qui dépend également de la latitude de la direction du centre à recruter et à former le personnel, parfois imposé par la municipalité.

- **L'accessibilité aux soins : une localisation géographique adaptée, l'investissement dans l'accueil, les soins dentaires**

Les centres sont généralement très accessibles (métro, arrêts de bus), les centres municipaux étant les seuls signalés au sein de la ville. Tous ne permettent pas le déplacement des personnes à mobilité réduite, principalement en raison de la vétusté des installations. Quand plusieurs centres sont répartis dans la même commune (Grenoble, Montreuil, Champigny sur Marne, Nanterre, Malakoff...) des antennes sont réparties dans les parties les moins accessibles de la commune ou auprès des populations les plus défavorisées. En termes financiers, les CDS ont tous mis en place des facilitations à l'accès aux soins avec : le tiers-payant pour la dépense obligatoire, le respect des tarifs conventionnels du secteur I, l'accueil aux patients sans droit et une importante activité sociale (de l'aide à l'ouverture de droit jusqu'à l'accompagnement social). En outre, les CDS pratiquant de l'activité dentaire ont le plus souvent mis en place de dispositifs visant à faciliter l'accès aux soins : tarification « basses »,

échelonnement des paiements... Par contre la politique en termes d'application du tiers payant pour la partie complémentaire est beaucoup plus hétérogène. Certains CDS ayant même une pratique très restrictive en la matière, le partenariat avec les assureurs privés étant refusé. Il est à noter que les patients doivent généralement régler leur consultation avant de voir le médecin, ce qui peut constituer un frein à l'accès. Les personnes rencontrées dans les CDS ont confirmé que la pratique est de faire des actes gratuits lorsque le patient n'a pas de droit ouvert.

- **Des amplitudes horaires et annuelles étendues**

Les CDS adoptent pour la plupart des horaires étendus et s'organisent pour accueillir les personnes sans rendez-vous. La gestion de ces derniers, notamment en termes d'implication du secrétariat étant variables. Certaines disciplines comme le dentaire peuvent connaître des délais d'attente importants et sont conduits à privilégier les habitants de la commune. Les CDS sont ouverts sur des plages horaires relativement larges. En moyenne, un CDS est ouvert 51 heures par semaine. Tous les CDS sont ouverts toutes les semaines de l'année, à l'exception du centre Barbusse à Malakoff et des CDS de Nanterre qui ferment 4 semaines par an. Pour l'ensemble, les CDS sont ouverts 11 demi-journées par semaine et sont fermés le midi. Néanmoins, certains CDS essaient de s'adapter aux horaires de la population et ouvrent quelques midis dans la semaine.

- **Permanence des soins: des situations très disparates**

La participation à la permanence des soins est dans l'ensemble peu développée pour tous les CDS. Bien souvent, il s'agit de problèmes réglementaires ou législatifs qui sont évoqués, qui relèvent notamment du statut de salarié, et de l'organisation pour les médecins libéraux de la permanence des soins. Des arrangements locaux semblent pourtant exister ce qui conduit à des situations contrastées. Alors que certains centres sont très investis dans les services de gardes, d'autres n'ont aucune participation. Seuls trois CDS participent à la permanence des soins (Vitry, Belfort, Gennevilliers) même si certains médecins généralistes peuvent y participer à titre individuel.

- **Des professionnels qui ne font pas que du soin et qui collaborent principalement de façon informelle**

Dans tous les CDS, les médecins que nous avons rencontrés mettent en avant la facilité du travail en équipe. Les médecins, généralistes et spécialistes, se donnent des conseils et échangent autour d'un patient de façon occasionnelle et informelle, dans le couloir ou à la pause déjeuner. Ils n'hésitent pas à s'appeler lors d'une consultation pour avoir un avis. De même, il est ressorti que les

médecins généralistes n'hésitent pas à demander les avis des infirmières pour les plaies ou des kinésithérapeutes pour la rééducation. Les échanges sont donc principalement informels. Les CDS développent tous des activités de santé publique, qui s'adressent à la population hors consultation dans le cadre d'un programme ou d'une intervention. Ces activités font généralement l'objet d'un projet, d'une animation, d'un pilotage et d'un financement spécifique. Les médecins généralistes assurent, en plus des consultations de médecine générale, des consultations du centre de vaccination, du centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA (CDAG), du centre d'information, de dépistage, de diagnostic et de traitement des IST (CIDDIST), du centre de lutte anti tuberculeux (CLAT). Les temps de médecins généralistes ne sont donc pas entièrement dédiés à une activité générant des actes. Ces actions font bien souvent partie des motivations des médecins pour venir travailler en centre de santé.

L'activité infirmière peut être très diversifiée et comprendre des activités de soins au domicile, ou dans le centre, une fonction de triage, la participation aux actions de prévention dans le cadre du planning familial, des actions d'éducation thérapeutique ou auprès de la communauté dans le cadre d'actions municipales.

- **Un dossier médical commun rarement informatisé**

Dans tous les centres de santé, le dossier médical est commun à l'ensemble des spécialités médicales. D'une manière générale, il est encore sous format papier. La continuité de l'information entre les différents intervenants est donc garantie par ce dossier commun dont le classement et l'archivage occupe du personnel. Selon les centres de santé, le dossier médical est plus ou moins commun à tous les professionnels de santé. A Grenoble par exemple, le dossier est partagé avec les médecins mais les autres professionnels n'y interviennent pas. Enfin, pour les CDS qui sont informatisés, le dossier médical est commun à l'ensemble des professionnels mais de manière plus ou moins limitée. Les CDS ont donc dans leur grande majorité peu informatisé les dossiers médicaux. L'informatisation concerne principalement, la prise de rendez-vous ainsi que le paiement et la gestion du tiers-payant. Cependant, tous les CDS ne disposent pas encore d'équipement informatique à l'usage des professionnels de santé. L'informatisation est généralement dépendante de la politique informatique et des services informatiques de la ville. Il n'y a pas nécessairement de DIM (département d'information médicale) dans le centre et le service est souvent assuré par un informaticien commun à tous les services de la ville. En général, ce sont les médecins chefs qui supervisent l'informatisation. Lorsque le dossier médical commun est en place, il permet un meilleur suivi

des patients et il donne la possibilité de faire une évaluation de la pratique médicale, comme c'est le cas à Belfort dans le cadre d'une thèse de médecine.

- **Motivations professionnelles et difficultés rencontrées**

Les motivations pour l'exercice en CDS, relatées par les personnes rencontrées, sont l'attrait pour l'exercice collectif qui permet de recueillir un avis rapidement quand nécessaire. L'exercice salarié qui permet au médecin de se consacrer au maximum sur son temps de travail à des tâches médicales, n'ayant pas de comptabilité ou de secrétariat général à effectuer et qui lui prodigue un revenu fixe tous les mois. La relation d'argent avec le patient est occultée. Que le patient puisse payer ou non, il est traité de la même manière par le médecin. Les horaires sont également relativement fixes. Dans les CDS de l'AGEC-SA, à Grenoble, 90 % du personnel sont des femmes. Pour beaucoup d'entre elles, elles ont été séduites avant tout par le confort du statut de salarié, qui leur permet de gérer convenablement leur vie de famille en parallèle de leur travail. Une vocation sociale ressort dans nombre de témoignages. Travailler dans un CDS est un choix. Les professionnels de santé parlent de médecine sociale. Ils s'adressent à une population particulière, précaire qui demande de pratiquer une médecine adaptée. Travailler dans un CDS, associatif ou municipal est pour beaucoup de professionnels de santé un engagement politique fort. Les actions de prévention sont parmi les éléments attrayants qui ont été cités à plusieurs reprises, aussi bien par les médecins que par les paramédicaux. Un plateau technique satisfaisant : tous les professionnels de santé interrogés se disent satisfaits ou très satisfaits du matériel et des équipements mis à leur disposition. Généralement, on retrouve dans les CDS la même technicité et le même matériel qu'en libéral.

Plusieurs points négatifs ont été mentionnés comme la faible évolution salariale : le salaire est attractif pour les jeunes médecins mais il l'est beaucoup moins pour les anciens, dans beaucoup de centres. Dans certains CDS, tous les médecins ont le même salaire, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les dentistes sont moins rémunérés que les médecins à l'inverse du secteur libéral. Les limites à des coopérations plus étendues sont dues notamment au temps partiel, ce qui explique que certains médecins ne se croisent jamais dans l'enceinte du CDS. La dépendance aux décisions du conseil municipal entraîne des inquiétudes quant au financement et à la pérennité des centres. De plus, les missions du centre sont dépendantes des décisions du conseil municipal. Il y a donc un risque de voir un domaine dans lequel le médecin se sera impliqué finalement retiré du projet médical.

- **Des lieux propices à l'innovation**

Enfin, les centres de l'échantillon sont pour la plupart des lieux d'innovation continue, aussi bien dans le domaine des actions de santé publiques (actions de prévention, interventions auprès de publics particuliers) que des pratiques (rétinographie, éducation thérapeutique, protocoles spécifiques pour des groupes de patients fragiles...).

3.6. Population recourant en CDS

La population recourant en CDS : enquête EPIDAURE et comparaison à ESPS 2008.

La troisième opération de recherche s'appuie sur une enquête sociodémographique auprès d'un échantillon d'un peu plus de 14 000 patients, de 18 ans et plus, ayant recouru à la médecine générale et/ou à l'omnipratic dentaire dans les CDS entre mars et juin 2009. Elle vise à recueillir les caractéristiques sociodémographiques, dont la précarité, des patients recourant en centre de santé, que nous comparons à celles observées en population générale, l'Enquête Santé et Protection Sociale de 2008 (ESPS 2008). L'enquête EPIDAURE permet de tester également la faisabilité de l'usage du score EPICES au sein des centres en routine. La précarité est calculée au moyen du score EPICES. Le plan de sondage d'EPIDAURE, propre à chaque CDS, comprenant le calcul du nombre de recours à enquêter et le mode de passation des questionnaires, a été réalisé par l'équipe de l'IRDES et validé par le comité de pilotage. Le questionnaire, standardisé, a été administré en face à face par 30 enquêteurs formés par les porteurs du projet. Les données permettant la comparaison avec la population générale, sont issues d'ESPS 2008, dont une partie des individus est issue de l'échantillon témoin au niveau national, l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS), et dont la consommation de soins sur deux années est disponible. L'EPAS est constitué d'une extraction aléatoire, au 1/600e, des assurés du régime général de l'Assurance Maladie, et des ayants droit qui leur sont rattachés, au cours des années 2006 et 2008. Nous utiliserons également comme témoin les sous-échantillons de l'EPAS correspondant aux assurés résidants dans un département siège d'un des CDS du projet EPIDAURE (90, 92, 93, 94,38). Elle est mise à disposition du projet par l'IRDES.

Le terrain de l'enquête EPIDAURE a permis de recueillir 23 596 questionnaires correspondants à autant de recours pour 14 857 individus. La participation est globalement inférieure à celle prévue dans le plan de sondage mais reste très acceptable.

L'appariement des recours aux individus et le calcul des pondérations, fonctions des recours totaux de chaque patient, sont en cours de finalisation. Les résultats, provisoires et non pondérés, concernent donc une population de 22 117 recourants pour 15 883 patients distincts dont 12 413 recours en médecine pour 9 486 patients et 6 998 recours en dentaire pour 4 576 patients.

La comparaison à la population générale s'appuie sur un sous-échantillon de l'enquête santé protection sociale (ESPS) comprenant 10 695 individus de 18 ans et plus. Ces analyses laissent apparaître (cf. tableaux 1, 2 et 3) que les caractéristiques des recours/patients auprès des CDS, comparativement à celles de la population générale :

1. Sont d'âge équivalent (47 en moyenne), plus fréquemment des femmes en médecine générale, comme en dentaire (61-60 % patients ou des recours vs 52 % en population générale), ont un niveau d'éducation moins élevé (20 % patients ou des recours ont un niveau supérieur ou égale à deux années après le bac vs 28 % en population générale), cf. tableau 1 ;

2. Ils sont également plus nombreux à se déclarer inactifs (environ 30 % vs 7 % en population générale). Quand ils sont actifs, ils sont également plus nombreux à se déclarer être à temps partiel, uniquement pour les

recourants en médecine générale (23 % vs 18 %). Ils sont également plus nombreux à déclarer travailler à temps partiel de façon subie (57 vs 43 %) en médecine générale aussi bien qu'en dentaire ;

3. Les patients recourant en médecine générale, comme en dentaire, sont moins nombreux à bénéficier d'une assurance-maladie complémentaire (79 % vs 94), et lorsque cela est le cas plus nombreux à en bénéficier au titre de la CMUC (16 % vs 4 %), cf. Tableau 3 ;

4. Surtout, ils sont entre 40 % en dentaire et 46 % en médecine générale à déclarer un état de santé moyen à mauvais contre 28 % en population générale (cf. Tableau 4) ;

5. Enfin ils sont entre 62-64 % à se déclarer précaires, c'est-à-dire avec un score EPICES supérieur ou égal à 30,7, contre 35 % en population générale (cf. Tableaux 5 et 6).

	ESPS 2008			ESPS - EPAS, 2008		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY)			
	Données pondérées			Données pondérées		Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N _R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N _R = 31 429)	% Patients (N _P = 9 601)	% Recours (N _R = 12 413)	% Patients (N _P = 4 583)	% Recours (N _R = 6 998)
Sexe de la personne									
Homme	47,6	44,5	40,0	44,8	38,3	39,6	39,3	40,2	40,8
Femme	52,4	55,5	60,0	55,2	61,7	60,5	60,7	59,8	59,2
Âge moyen (années)	47,0	48,1	51,9	47,8	51,9	45,9	46,5	47,1	47,9
Diplôme le plus élevé obtenu									
Aucun diplôme	12,1	12,2	15,9	13,8	17,5	31,1	32,3	28,9	30,6
CEP	10,3	11,4	15,1	11,6	15,8	6,7	6,6	9,1	9,2
Brevet des Collèges, BEPC, brevet élémentaire	7,0	7,1	7,2	7,1	7,1	7,9	8,0	9,0	8,6
CAP, BEP	27,2	26,6	25,9	29,8	29,3	20,2	20,5	22,2	22,1
Baccalauréat	16,2	15,9	14,2	14,0	12,3	14,5	14,2	15,0	14,2
Baccalauréat + 2 ans	10,8	10,8	8,9	10,9	8,6	6,9	6,4	7,0	7,0
> Baccalauréat + 2 ans	16,5	16,0	12,8	12,8	9,6	12,8	12,0	8,9	8,4

Tableau 1 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) versus population générale (ESPS 2008) : socio-démographie, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008			ESPS - EPAS, 2008		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY)			
	Données pondérées			Données pondérées		Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG déclarées		Consultations en MG observées		Consultations enquêtées MG		Dentaire	
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N _R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N _R = 31 429)	% Patients (N _P = 9 601)	% Recours (N _R = 12 413)	% Patients (N _P = 4 583)	% Recours (N _R = 6 998)
Statut socioprofessionnel									
Actifs occupés	60,9	58,4	50,0	61,0	51,1	47,2	46,6	49,3	49,3
Inactifs	39,1	41,6	50,0	39,0	48,9	52,8	53,4	50,7	50,7
Catégories socioprofessionnelles (Actifs)									
Agriculteurs	1,7	1,4	1,2	1,4	1,3				
Artisans-commerçants	5,8	5,1	4,3	6,2	4,4	3,3	3,1	3,8	3,3
Cadres et prof intellect	15,0	14,9	12,9	13,5	10,6	9,0	8,4	7,4	7,5
Prof intermédiaires	23,7	24,4	22,6	21,8	19,8	6,8	6,4	5,1	4,4
Employés	27,9	29,6	33,0	29,9	35,3	66,5	67,0	72,3	73,2
Ouvriers	25,9	24,7	26,0	27,3	28,5	14,4	15,1	11,4	11,6
Type de contrat de travail (Actifs)									
CDI	86,2	86,3	85,0	85,6	84,8	79,2	79,8	80,5	80,9
CDD	7,4	7,7	8,6	7,7	8,8	13,2	12,6	12,9	12,9
Intérimaire	2,6	2,4	2,7	2,9	2,7	4,1	4,3	3,2	3,3
Contrat particulier	3,7	3,6	3,8	3,9	3,7	3,5	3,4	3,4	3,0
Temps de travail (Actifs)									
Temps complet	84,0	83,2	80,6	82,6	79,4	77,4	77,5	81,4	80,8
Temps partiel	16,0	16,8	19,4	17,4	20,6	22,6	22,5	18,6	19,2
Choix du temps partiel (Actifs à temps partiel)									
Choisi	56,9	56,6	55,6	56,6	52,5	42,8	43,4	44,2	40,6
Non choisi	43,2	43,4	44,4	43,5	47,6	57,3	56,6	55,9	59,4

Tableau 2 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) versus population générale (ESPS 2008) : socio-démographie (2), source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008			ESPS - EPAS, 2008		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY)			
	Données pondérées			Données pondérées		Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG		Consultations en MG		Consultations <u>enquêtées</u>			
	déclarées		observées		MG		Dentaire		
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N _R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N _R = 31 429)	% Patients (N _P = 9 601)	% Recours (N _R = 12 413)	% Patients (N _P = 4 583)	% Recours (N _R = 6 998)
Assurance maladie complémentaire (CMUC, Autres mutuelles...)									
Bénéficiaires	93,7	94,6	94,2	95,3	94,9	78,0	78,2	79,1	79,1
Non bénéficiaires	6,3	5,4	5,8	4,7	5,1	22,0	21,8	21,0	20,9
Type d'assurance maladie complémentaire									
CMUC	3,8	3,9	5,0	5,7	8,2	15,8	16,2	15,7	16,5
Autres mutuelles	96,2	96,1	95,0	94,3	91,8	84,2	83,9	84,3	83,5
Médecin traitant									
Désigné	94,1	96,4	98,0	95,9	97,7	94,5	95,0	93,4	93,2
Non désigné	5,9	3,6	2,0	4,1	2,3	5,5	5,0	6,6	6,8

Tableau 3 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) versus population générale (ESPS 2008) : assurance, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008			ESPS - EPAS, 2008		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY)			
	Données pondérées			Données pondérées		Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG		Consultations en MG		Consultations <u>enquêtées</u>			
	déclarées		observées		MG		Dentaire		
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N _R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N _R = 31 429)	% Patients (N _P = 9 601)	% Recours (N _R = 12 413)	% Patients (N _P = 4 583)	% Recours (N _R = 6 998)
Etat de santé général									
Très bon	19,4	16,7	9,7	17,0	10,5	12,9	12,0	15,9	15,4
Bon	54,5	54,0	45,5	54,0	45,5	40,1	38,5	44,8	44,8
Moyen	22,1	24,7	34,8	24,0	34,2	36,3	37,5	32,4	32,6
Mauvais	3,4	3,9	8,3	4,4	8,4	8,2	9,2	5,4	5,6
Très mauvais	0,6	0,7	1,8	0,7	1,5	2,5	2,8	1,5	1,6
Prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie au titre d'une ALD									
Oui	15,5	17,8	27,3	18,5	29,5	24,0	25,7	19,3	20,7
Non	84,5	82,2	72,7	81,5	70,5	76,0	74,3	80,7	79,3
Prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour un motif autre qu'ALD									
Oui	3,7	4,1	6,4	4,5	7,0	6,4	7,0	6,0	6,3
Non	96,3	95,9	93,6	95,5	93,0	93,6	93,0	94,0	93,7

Tableau 4 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) versus population générale (ESPS 2008) : état de santé, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008			ESPS - EPAS, 2008		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY)			
	Données pondérées			Données pondérées		Données brutes			
	Ensemble	Consultations en MG		Consultations en MG		Consultations <u>enquêtées</u>			
	déclarées		observées		MG		Dentaire		
	% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N _R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N _R = 31 429)	% Patients (N _P = 9 601)	% Recours (N _R = 12 413)	% Patients (N _P = 4 583)	% Recours (N _R = 6 998)
Score EPICES moyen	25,1	24,9	27,8	25,9	28,8	38,7	39,6	36,5	37,1
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	93,5	93,5	93,5	93,5	93,5	100,0	100,0	100,0	100,0
1er quartile	8,3	8,3	13,6	10,1	13,6	23,1	23,1	21,9	23,1
Médiane	21,9	21,9	24,3	22,5	25,4	37,9	38,5	36,7	36,7
3ème quartile	37,3	37,3	39,6	37,3	43,2	53,3	53,9	49,7	50,9
Score EPICES : non précaires (Score < 30,17) vs précaires (Score ≥ 30,17)									
Non précaire	64,7	65,2	59,2	62,9	57,2	35,6	33,7	38,7	37,4
Précaire	35,3	34,8	40,8	37,1	42,8	64,4	66,4	61,4	62,6

Tableau 5 : comparaison des patients CDS (EPIDAURE) versus population générale (ESPS 2008) : précarité, source IRDES (résultats provisoires).

	ESPS 2008 Données pondérées			ESPS - EPAS, 2008 Données pondérées		Enquête EPIDAURE 2009 (20 CDS - hors IVRY) Données brutes			
	Ensemble (N = 11 903)	Consultations en MG déclarées (N _R = 9 970)		Consultations en MG observées (N _R = 5 016)		Consultations en MG enquêtées (N _P = 9 601)		Consultations en Dentaire enquêtées (N _P = 4 583)	
		% Population (N = 11 903)	% Population (N = 9 970)	% Recours (N _R = 41 027)	% Population (N = 5 016)	% Recours (N _R = 31 429)	% Patients (N _P = 9 601)	% Recours (N _R = 12 413)	% Patients (N _P = 4 583)
Vivez-vous en couple ?									
Oui	63,7	63,9	60,9	66,3	63,8	55,0	54,3	55,8	55,9
Non	36,3	36,1	39,1	33,7	36,2	45,0	45,7	44,2	44,1
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?									
Oui	9,1	9,5	11,0	10,3	12,3	19,0	20,2	14,4	15,2
Non	90,9	90,5	89,0	89,7	87,7	81,0	79,8	85,6	84,8
Etes-vous propriétaire de votre logement ?									
Oui	56,4	57,6	56,6	56,5	56,5	16,1	15,7	18,6	18,9
Non	43,6	42,4	43,4	43,5	43,6	83,9	84,3	81,4	81,2
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?									
Oui	24,5	24,4	27,3	25,6	28,7	49,1	50,5	46,4	47,0
Non	75,5	75,6	72,7	74,4	71,3	50,9	49,5	53,6	53,0
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?									
Oui	56,1	56,0	48,2	54,3	47,5	42,7	41,5	41,5	40,1
Non	43,9	44,0	51,8	45,7	52,6	57,3	58,5	58,5	59,9
Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?									
Oui	48,0	48,7	43,6	44,9	40,4	49,3	48,0	54,0	52,3
Non	52,0	51,3	56,4	55,1	59,7	50,7	52,0	46,0	47,7
Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?									
Oui	61,7	62,1	55,4	59,4	53,8	60,4	59,8	62,9	63,0
Non	38,3	37,9	44,6	40,6	46,2	39,6	40,3	37,1	37,0
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?									
Oui	87,5	87,7	85,8	86,5	83,5	88,6	87,7	90,9	90,4
Non	12,5	12,4	14,2	13,5	16,5	11,4	12,3	9,2	9,6
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?									
Oui	85,5	85,2	82,6	83,8	80,3	70,3	69,0	72,3	71,4
Non	14,5	14,8	17,4	16,2	19,7	29,8	31,0	27,7	28,6
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?									
Oui	80,5	80,2	77,7	79,1	75,3	68,7	67,2	69,9	68,5
Non	19,5	19,8	22,3	21,0	24,7	31,3	32,8	30,1	31,5
Score EPICES moyen	25,1	24,9	27,8	25,9	28,8	38,7	39,6	36,5	37,1

Tableau 6: comparaison des patients CDS (EPIDAURE) versus population générale (ESPS 2008): précarité (2), source IRDES (résultats provisoires).

- **La consommation des populations recourant en CDS: l'extraction des données de l'assurance-maladie sur 2007 et la comparaison à l'EPAS 2006 et 2008**

Une extraction des données de remboursement relatives à la patientèle des centres de santé, ayant consommé des soins au moins une fois en 2007, a été réalisée auprès de l'Assurance-maladie (CNAMTS) sur la base des numéros du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) correspondant à chaque centre et pour l'année 2007.

L'échantillon final est composé de 183 122 assurés, de tous les âges. La consommation des populations recourant en CDS: l'extraction de données de l'assurance-maladie sur 2007 et la comparaison à l'EPAS 2006 et 2008.

Les analyses du recours aux soins et des dépenses de santé des patients recourant aux centres retiennent les caractéristiques suivantes: l'âge, le sexe, la CMU, l'ALD, le volume et la structure de la consommation (actes). La consommation dans le CDS ou à l'extérieur de celui-ci est également mise en évidence. Les analyses sont présen-

tées au niveau des centres de gestion. Nous comparons les dépenses des assurés dans les CDS, avec celles des assurés de l'EPAS, pour les sept postes de dépenses ambulatoires suivants: médecine générale, médecine spécialisée, soins dentaires, soins infirmiers, kinésithérapie, biologie, pharmacie. Pour les postes de dépense, pour lesquels nous pouvons avoir des non consommateurs, nous modélisons d'abord la probabilité d'avoir recouru au moins une fois, puis nous régressons la dépense totale uniquement pour les « consommateurs ».

Trois types de modèles sont présentés: le premier teste l'existence d'un « effet global » CDS, avec référence tous départements confondus dans EPAS. Le second modèle teste l'existence d'un « effet global » CDS, avec référence les départements siège de tous les CDS. Le dernier modèle teste l'existence d'un « effet local » de chaque centre de gestion, avec référence le département siège de chaque CDS. Les probabilités de recours sont modélisées après une transformation logistique (modèle Logit). Les dépenses sont modélisées de façon linéaire après une transformation logarithmique afin de « gommer » des effets de sur-dispersion très marqués.

La répartition selon l'âge entre les assurés des CDS ou de l'EPAS est équivalente. L'âge moyen des assurés est de 38 ans (CDS, EPAS 2006 et 2008). La répartition des individus selon les classes d'âge (de 0 à 18 ans, de 18 à 35 ans, de 35 à 50 ans, de 50 à 65 ans et les plus de 65 ans) est la même dans l'échantillon CDS que dans celui de l'EPAS (cf. Tableau 1). Par contre, la patientèle des CDS est plus féminisée avec 60 % de femmes contre 47 % dans l'EPAS, résultat déjà constaté par la comparaison de l'enquête EPIDAURE avec l'enquête ESPS. Surtout, le pourcentage des CMUistes est trois fois plus important dans les CDS (19 %) que dans l'EPAS 2006 (7 %). Enfin, le pourcentage des assurés en ALD est également légèrement supérieur dans les CDS (18 % vs 15-16 %) : cf. Tableau 3.

Nous pouvons constater les faits suivants :

- le pourcentage de patients exclusifs, c'est-à-dire le nombre de patients recourant exclusivement dans le CDS rapportés à ceux qui consomment exclusivement ou de façon mixte (dans et hors centre), est en moyenne de 47 % en médecine générale, pourcentage qui est très variable entre les CDS puisque le minimum est de 35 % à Ivry contre 60 % à Grenoble. Ce résultat peut correspondre à des styles de pratiques très différents. Ainsi, les médecins rencontrés à Grenoble soulignent leurs efforts pour fidéliser les patients et le temps long passé en consultation ;

- ce pourcentage est beaucoup plus important dans les professions/disciplines pour lesquelles les contacts sont répétés comme pour les soins infirmiers (82 % de patients exclusifs), les soins dentaires (84 %), les soins de masso-kinésithérapie (84 %) ;

Si l'on compare le pourcentage de patients suivis exclusivement en médecine générale et les files actives de patients avec les équivalents temps plein en médecine générale, tels que déclarés dans l'enquête structure, on peut se rendre compte que :

- le nombre moyen de patients, de la file active, par ETP, est de 1 011 patients par ETP (contre 1 500 par médecin libéral en France métropolitaine, source Système National Inter-Régimes (SNIR) 2006, comme dans l'enquête sur les maisons de soins pluridisciplinaires en Franche Comté et Bourgogne), mais cela masque des disparités importantes puisque le minimum est de 659 à Grenoble et le maximum de 2 138 à Champigny ;

- il n'y a pas de lien évident entre pourcentage de patients exclusifs et nombre de patients par ETP. Ainsi le pourcentage de patients « fidélisés », c'est-à-dire suivis exclusivement en CDS ne semble pas expliquer, hormis certains cas particuliers la taille des files actives.

Enfin, il convient de garder à l'esprit que les médecins en CDS consacrent une part de leur temps plein à des activités hors soins, ce qui peut expliquer leur moindre « productivité » en termes d'actes.

Des modélisations des probabilités de recours et des dépenses par poste nous pouvons tirer les résultats provisoires suivants :

- le fait d'être « suivi » dans un CDS augmente la probabilité de recourir à la médecine générale (odds ratio = 1,4) mais a une influence négative sur la dépense des recourants (sauf pour les centres de Malakoff, la Courneuve, Vitry et Grenoble). Cela est vrai surtout pour les patients exclusifs, c'est-à-dire qui recourent intégralement au CDS pour la médecine générale. Ils ont effectivement une dépense moindre de 35 % par rapport aux autres ;

- le fait d'être « suivi » dans un CDS augmente la probabilité de recourir au moins une fois sur la période à des soins infirmiers (OR = 3,7) mais à une influence négative sur la dépense des recourants (- 47 %), l'effet de minoration de la dépense se concentrant une nouvelle fois sur les patients « exclusifs » ;

- enfin, le fait d'être « suivi » dans un CDS diminue la probabilité d'acquiescer de la pharmacie (OR = 0,7) comme la dépense associée à l'acquisition (- 7 %).

Les patients suivis exclusivement en CDS paraissent donc consommer moins de soins de médecine générale, de soins infirmiers et de médicaments.

3.7. Premières conclusions

En conclusion, le projet EPIDAURE, qui constitue une démarche de recherche expérimentale et innovante, s'est développé au travers différentes opérations de recherche, qui ont toutes pu être menées à bout, notamment grâce à l'implication des professionnels des centres dans la mise à disposition, la collecte et l'analyse des données. L'implication des centres et la mobilisation de leurs équipes sur leur temps de travail expliquent également le retard pris pour la réalisation de cette évaluation. Les différents modules réalisés, dont les analyses ne sont pas à ce jour toutes finalisées mettent en évidence une spécificité des CDS en tant qu'offre de soins dans le secteur ambulatoire. Portés par un objectif d'égal accès aux soins des populations des communes où ils sont localisés, ils sont principalement localisés dans des quartiers, voire des communes économiquement défavorisés. Les services qu'ils offrent en proximité sont très étendus et diversifiés. A ce titre, les CDS de l'échantillon peuvent être considérés comme des formes très intégrées d'organisation des soins en ambulatoire, offrant simultanément soins préventifs et soins curatifs et dans certains cas associant des interventions en population. L'organisation des horaires, comme de l'accueil paraît adaptée aux populations

qu'ils desservent. L'analyse de la patientèle révèle une plus grande précarité qu'en population générale, traduisant ainsi la capacité des centres à accueillir des patients socialement et économiquement fragiles.

Leur association étroite avec les municipalités, permet aux CDS d'être associés à la politique santé de la ville. Elle est également la source de contraintes multiples aussi bien en terme gestion des ressources humaines que de gestion informatique.

Très différents selon les services qu'ils offrent mais également, leur taille et les équipes qui les composent les CDS et les pratiques qui s'y développent forment un ensemble très varié. Véritables plateaux techniques et polycliniques intégrées avec de longues files actives dans certains cas et à l'inverse, lieux principalement orientés vers la médecine clinique et le social dans d'autres. L'accès aux soins constitue une valeur commune très présente, particulièrement dans le domaine des soins dentaires. Les services offerts s'étendant bien au-delà des activités traditionnelles de soins rémunérés dans le cadre du paiement à l'acte, les CDS ne peuvent trouver leur équilibre économique dans ce seul cadre. Les déficits qui leurs sont attribués doivent être mis en regard des missions menées, des services rendus comme le maintien d'une offre de soins en zone de sous densité et des activités qu'ils réalisent notamment dans le domaine de la prévention.

Appelés à se moderniser, à l'instar des autres organisations de soins en termes de systèmes d'information et de gestion, ils s'apparentent aux formes intégrées que l'on peut rencontrer dans d'autres pays organisés autour d'organisations similaires ou ayant développés de tels réseaux (USA et Canada notamment). De par leur expérience, leur capacité d'innovation et leurs ressources logistiques, ils paraissent pouvoir constituer des lieux propices à l'innovation, la recherche et l'enseignement dans le champ des soins primaires aujourd'hui en émergence.

4. DISCUSSION

Nous élargissons ici la question à la problématique générale de l'analyse d'un effet supposé des soins sur l'état de santé d'une population. Si peu d'études en population générale permettent d'évaluer objectivement l'effet des soins sur l'état de santé, c'est que l'observation de la corrélation à un moment donné n'est pas interprétable, car l'état de santé est à la fois cause et conséquence du recours aux soins : à une date donnée, on observera que les individus les plus malades consomment le plus de soins. Il est donc nécessaire de disposer de données individuelles longitudinales afin d'observer l'effet d'une consommation de soins aujourd'hui sur l'état de santé futur. Or ce type de données est rarement disponible. La question posée est donc la suivante : les inégalités trouvent-elles leur source dans la demande de soins ou dans la réponse de l'offre ?

Les explications avancées ont été résumées dans plusieurs documents rédigés par l'IRDES, que nous repreneons ci-après.^{(27) (28)}

4.1. Explication par la demande

Une première explication serait l'existence de barrières culturelles expliquant, au-delà des barrières financières, que les populations les plus pauvres et les moins éduquées ont moins tendance à recourir aux soins ou du moins ont un recours plus tardif, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie.

Les études disponibles suggèrent effectivement que ces différences d'attitudes vis-à-vis du recours aux soins diminuent fortement lorsqu'il n'y a pas de freins financiers, mais qu'elles ne disparaissent pas. Par exemple, à état de santé identique, la consommation médicale totale des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ne diffère pas de celle du reste de la population ayant une assurance complémentaire (Raynaud, 2003). Elle reste plus orientée vers le généraliste et la pharmacie, et moins vers les actes techniques et spécialisés (même si l'on observe une accélération du recours aux spécialistes (Grignon, Perronnin, 2003)).

4.2. L'interaction entre l'offre et la demande de soins

Une deuxième voie d'explication réside dans l'existence d'obstacles non financiers opposés, au sein du système de santé, aux patients ayant pris la décision de recourir aux soins. Ces obstacles trouvent leur source dans la disponibilité effective des services pour le patient et dans les décisions des professionnels de santé.

4.3. La disponibilité de l'offre

Théoriquement, la disponibilité de l'offre de soins a un impact sur la consommation de soins, puisqu'une faible densité médicale augmente le coût des soins, par le biais d'un coût de transport ou par le biais du coût d'opportunité du temps, lié au temps d'attente par exemple. De nombreuses études montrent effectivement que la consommation de soins diminue avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique (Place, 1997; Lucas-Gabrielli et al., 2001), mais sans pour autant apporter formellement la preuve de l'effet propre de l'accessibilité géographique, faute de pouvoir contrôler l'ensemble des facteurs de confusion. En France, une analyse des épisodes de soins individuels observe que la densité médicale ne joue pas sur la quantité de recours aux soins, mais influence le fait de recourir plutôt à un généraliste ou à un spécialiste (Breuil-Genier et Rupperecht, 2000). On peut souligner au passage, toujours dans le cas

²⁷ Dourgnon P., Grignon M., Jusot F., « L'assurance-maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé? Revue de littérature », IRDES, Questions d'économie de la santé, 43, Synthèse, 2001.

²⁸ Couffignal A. et al., Questions d'économie de la santé, synthèse, n° 92, 2005, op. cit.

français, que plusieurs études montrent que la distance parcourue par les patients pour se soigner augmente avec le niveau d'étude. Une faible densité de l'offre de soins aurait donc des répercussions plus importantes sur la consommation de soins des personnes appartenant au bas de la hiérarchie sociale. Peu d'études mettent en évidence un lien entre disponibilité des soins et santé. Cependant, Or (2001) montre, à partir d'une analyse multi-niveaux, menée sur le suivi de données annuelles de mortalité de 21 pays de l'OCDE durant vingt-cinq ans, que les taux de décès sont négativement corrélés à la densité médicale, après contrôle par d'autres déterminants de la santé. Ce résultat est confirmé sur données individuelles en France, où la probabilité de décès en 1988 augmente, toutes choses égales par ailleurs, lorsque la densité médicale de la région d'habitation diminue (Jusot, 2004). En outre, la corrélation est plus marquée pour les personnes les plus pauvres (revenu inférieur au revenu médian) (Jusot, 2003).

4.4. La réponse du système de santé

En dehors de la disponibilité effective de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients. Ainsi, en France, en cas d'hypertension artérielle, les diurétiques sont prescrits plus souvent aux inactifs et personnes au foyer, et moins souvent aux cadres qu'aux autres actifs (Frerot et al. 1999). Ces différences de traitement ne constituent cependant pas nécessairement des inégalités, si elles n'ont pas de conséquences sur l'état de santé ou la qualité de vie. En revanche, d'autres différences de traitement peuvent sans ambiguïté être qualifiées d'inégalités. Dans le cas du SIDA, Gebo et al. (2005) montrent que, aux Etats-Unis, les Afro-américains, les toxicomanes actifs et les femmes ont moins de chance de recevoir un traitement antirétroviral, à taux de CD4 équivalent. De même, après infarctus du myocarde, les noirs ont moins accès au pontage coronarien que les blancs (non hispaniques), après contrôle par le caractère approprié de l'intervention (Hannan et al., 1999). En France, pour le même événement aigu, aucune différence sociale de traitement n'est observée dans la prise en charge hospitalière. En revanche les catégories sociales favorisées semblent bénéficier, en amont de l'hospitalisation, d'un suivi ambulatoire plus spécialisé, plus approfondi, avec des explorations coronaires plus fréquentes (Lang et al., 1998). Comment expliquer ces différences de traitement? Il peut s'agir d'un comportement « opportuniste » du professionnel, si le mode de rémunération n'est pas identique pour toutes les catégories de population⁷ et qu'il a dès lors intérêt à en privilégier certaines. Mais cette explication n'est pas valable dans la plupart des systèmes. On peut aussi penser que le professionnel ajuste son « effort » (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient. Dans ce cas, les inégalités de soins fournis résulteraient de la faible pression que les catégories sociales les plus basses sont capables d'exercer sur les professionnels. On peut éga-

lement rendre compte des différences de traitement par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner (Balsa et McGuire, 2001). Dans le cas français, Lombraïl et al. (2004) voient dans ces inégalités de traitement la marque de l'incapacité du système de santé à envisager la dimension sociale des problèmes de santé qu'il s'agisse d'inégalités par défaut produites par un fonctionnement fondé sur la prédominance de soins curatifs et de la réponse à la demande individuelle (« inégalités par omission ») ou d'inégalités liées à des référentiels ou programmes conçus par les institutions qui méconnaissent et parfois accentuent les inégalités sociales de santé (« inégalités par construction »). A contrario, des expérimentations montrent que le système de soins peut, s'il prend conscience des différences de traitement qu'il met en œuvre entre catégories de patients, agir sur ces différences. Par exemple, une action menée sur quinze mois par une équipe de soins primaires au Royaume-Uni a abouti à réduire fortement les différences entre deux populations de statuts sociaux très différents en termes de couverture vaccinale, de suivi gynécologique et de prévention, voire même dans certains cas à renverser les situations initiales (Marsh et al., 1988).

Même si les inégalités sociales de santé n'ont pas disparu avec la mise en place de systèmes de santé égalitaires et si celles-ci s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, il y a donc sans doute aussi une place, dans une politique visant à agir sur elles, pour des politiques mobilisant le système de santé. En effet, même dans les systèmes proposant un accès formel aux soins strictement égalitaire, il subsiste des différences d'accès réel aux soins. Or, dans un contexte d'amélioration de la médecine, les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui sur les inégalités de santé que les fortes différences d'accès aux soins qui existaient auparavant, mais dans le contexte d'une médecine peu efficace (Wilkinson, 1986). En outre, les conséquences des différences sociales de consommation de soins risquent d'être aggravées par le progrès technique, si les catégories les plus favorisées bénéficient davantage des techniques les plus récentes (Deaton, 2002). Par ailleurs, les résultats probants obtenus dans le cadre d'expérimentations semblent par ailleurs conforter l'hypothèse d'un rôle possible du système de soins primaires dans la lutte contre les inégalités de santé.

Dans la deuxième partie de cette recherche, nous présenterons quelques exemples européens de politiques mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé. Si elles tendent à montrer que l'assurance-maladie entraîne une augmentation de la consommation de soins, l'effet de cette consommation sur l'état de santé à un niveau global est plus difficile à évaluer d'un point de vue méthodologique. Cependant, l'assurance-maladie apparaît améliorer l'état

de santé des populations pauvres, notamment par la réduction des maladies infantiles, des problèmes de vision et des risques liés à l'hypertension. D'autres analyses suggèrent un effet indirect de l'assurance-maladie: en évitant que les dépenses de santé grèvent le budget, elle permet le maintien de consommations non médicales susceptibles d'avoir des répercussions positives sur l'état de santé, comme le logement ou l'alimentation.

5. PERSPECTIVES

Après la publication prochaine de la synthèse des premiers résultats de l'étude EPIDAURE-CDS, la FNCS, les CDS participants à l'étude et leurs principaux partenaires, l'IRDES et le CES de la CPAM de Seine-Saint-Denis, décideront des axes futurs du projet de recherche - dont l'étude de la consommation de soins des patients de la file active des CDS participants comparées à celle des patients domiciliés dans les zones d'attraction des CDS et ne consultant pas en CDS. Les projets suivants auront pour but de conforter, de valider les résultats déjà

obtenus sur la spécificité des CDS, en particulier leur rôle dans la prise en charge des patients précaires.

Pour résumer, l'étude EPIDAURE est une démarche expérimentale et innovante, ayant bénéficié d'un terrain d'enquête réussi, ce qui permet en l'état actuel des résultats, une confirmation de la spécificité des CDS en termes:

- d'implantation (dans des territoires défavorisés),
- d'organisation (inscription dans la politique de la ville, adaptation de l'offre à la demande, organisation intégrées),
- et de population suivie (accessible aux populations défavorisées ou en précarité sociale).

Grâce à cette étude inédite, nous souhaitons que la spécificité des CDS, en particulier leur rôle dans la prise en charge des populations précaires, pourra à l'avenir être mieux reconnue et prise en compte pour les décisions des autorités publiques concernant les CDS et dans les politiques de santé au plan national.

Remerciements à ceux qui ont permis cette étude:

* A la **Fédération Nationale des Centres de Santé**: Brémaud A., Gruer N., Haller I., Hourri D., Hermann D., Lopez R., Villebrun F.

* A nos partenaires:

- **IRDES**: Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J., Pierre A.

- **CES - CPAM de Bobigny**: Michault A.

- **Centre de Santé** participant à l'étude: AGECSA (Grenoble), ADMS (Paris), Belfort, Champigny-sur-Marne, Gennevilliers, Ivry-sur-Seine, La Courneuve, Malakoff, Montreuil-sous-Bois, Nanterre, Vitry-sur-Seine.

* Aux financeurs: **Haut Commissaire aux Solidarités Actives, Conseils régionaux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes, Conseil Général du Territoire de Belfort, Ville de Belfort, Union Régionale des Caisses d'Assurance-maladie (URCAM) Ile de France (FIQCS).**

Financement de l'hôpital public : des pistes alternatives

Par M^{me} Evelyne Vanderheyem

*Ancienne ouvrière de l'électronique, secrétaire du syndicat CGT de Grandin puis d'Artelec à Montreuil.
Exerce plusieurs responsabilités syndicales à la Fédération de la Métallurgie, du local jusqu'au plan du bureau fédéral
de 1976 à 1993; directrice de l'Hôpital des Métallurgistes - Les Bluets de 1995 à fin 2007;
membre de la Commission Nationale Santé du PCF*

Aborder la problématique du devenir de l'Hôpital Public sous l'angle du financement suppose un cheminement intellectuel vers des conclusions déjà fortement étayées par le principe de réalité :

- Depuis plus de trente ans nous assistons à un processus « déflationniste » en matière de financement de l'hôpital public : du prix de journée, en passant par le budget global, aujourd'hui (depuis 2004) avec la T2A...
- Un tournant est pris avec la mise en place des LFSS et l'avènement des enveloppes fermées, dont celle de l'hospitalisation (Plan Juppé 1996)
- La stratégie d'ensemble reste bien la baisse organisée des dépenses de santé socialisées, dont l'hôpital devient « un noyau dur » dans tous les discours politiques
- La mise en place de la T2A s'inscrit dans un processus global réfléchi : introduire dans toutes les activités de soins (et médico-sociales) les critères de gestion financière du privé ; le concept d'« hôpital-entreprise » a été construit patiemment par tous les idéologues et technocrate du Ministère de la Santé et ses annexes...
- L'idée de « bon sens » de financer les hôpitaux sur la base de leur activité a recueilli (et cela depuis la mise en place du PMSI) l'assentiment des médecins et des gestionnaires hospitaliers
- Les enveloppes fermées, avec à l'intérieur les modulations successives de la T2A entrent en conflit avec les besoins de soins et prises en charge...
- La « mécanique » T2A génère ses propres contradictions que gouvernement et ARS peinent à corriger à la marge. Ceux-là même qui soutenaient cette réforme entrent en lutte directe – notamment depuis le projet puis la loi HPST. En atteste le mouvement des chefs de service regroupés dans le Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP)... Les points d'appui sont la défense du service public, la qualité et la sécurité des soins.

L'analyse de la T2A et de tous ses développements, qu'il faut encore parfaire et faire partager, nous donne la mesure de la complexité de l'entreprise, bien au-delà

de l'affirmation partagée qu'il faut en finir avec ce mode de financement. Par ailleurs, elle éclaire l'importance et la pertinence de ce qui pourrait être un positionnement politique en matière de propositions alternatives.

Enfin, des questions d'ordre stratégique et sociétal sont à énoncer, quand nous abordons le financement des hôpitaux :

1. Le devenir et le financement de la Sécurité Sociale

Les fondamentaux peuvent se résumer aux arguments suivants :

- les besoins qui doivent être socialisés et soumis au financement solidaire représentent un véritable défi...
- il est possible d'augmenter les ressources nécessaires pour les financer...
- ces ressources doivent être pérennes...

Plus nous serons à l'offensive pour un autre financement de l'hôpital public, plus nous ferons avancer l'ensemble de nos propositions pour la protection sociale

2. L'utilisation des ressources socialisées doit s'inscrire dans une **politique de Santé publique**, elle-même inscrite dans la durée, évaluée et contrôlée démocratiquement...

Cela suppose de « remettre au travail » tous les outils existants : études épidémiologiques, veille sanitaire, les ORS,... pour fonder cette politique sur une approche large et rigoureuse des besoins de santé (y compris prévention, éducation à la santé, bien au-delà des saupoudrages actuels des divers plans nationaux...). Les Assises régionales de la santé que nous défendons devraient permettre d'approcher une méthodologie politique afin d'être opérationnels sur cette question.

3. Assumer l'évolution de la médecine

C'est une problématique à part entière : quoi, qui, comment soigner et où demain ? Nous avons en effet besoin de cerner : C'est quoi l'hôpital de demain ? Quels rapports entre nouvelles approches thérapeutiques/pratiques médicales/modes de prises en charge (à l'exemple du fort développement de la chirurgie non-invasive/prise en charge ambulatoire...)

4. Les missions de service public

Permanence des soins, urgences, enseignement... Telles sont les obligations de service public... aujourd'hui déléguées aux établissements lucratifs. Le mode de financement permet ce transfert qui vide de toute substance l'hôpital public. Il est nécessaire d'affirmer que les groupes privés de la santé - tels que la Générale de la santé - n'ont pas de place dans le secteur sanitaire financé par la Sécurité Sociale. Mais au-delà du transfert rampant des missions de service public vers le privé lucratif, il faut dénoncer avec force l'introduction à marche forcée des critères de gestion financière dans les établissements de santé publique, qui à travers les « états prévisionnels des recettes et des dépenses » (EPRD), dénaturent les activités de soins et éloignent les soignants des soignés.

5. L'hôpital public et l'environnement

La circulaire de financement des établissements de santé 2010, première année d'application de la loi HPST rappelle: « La mise en place des ARS consacre la volonté de considérer l'organisation des soins comme un ensemble où domine la transversalité du parcours de soins du patient, dont la fluidité requiert la meilleure articulation possible entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social... »

Le directeur de l'ARS d'Ile de France C. Evin applique avec grand zèle ces directives gouvernementales, avec la restructuration à marche forcée de l'APHP, un service de permanences des soins par département, et pourquoi pas 5 territoires de santé en lieu et place des 22 actuels...!

La place et le rôle de l'hôpital public dans son **environnement de proximité, le parcours du patient et la graduation des soins** sont pourtant des questions politiques que nous ne pouvons pas évacuer de notre réflexion, car elles recouvrent la prise en charge globale des patients, que certains réseaux de soins (notamment des maladies chroniques) tentent avec les « moyens du bord » d'assumer. Le mode de financement est là aussi questionné.

QUELLE APPROCHE DU FINANCEMENT?

Cette approche ne peut qu'être que multiforme, compte tenu du patchwork actuel et de la nature diversifiée des dépenses utiles.

Quelques pistes peuvent être opérationnelles rapidement:

- **En finir avec les enveloppes fermées** et financer les déficits constatés (n'en déplaise à Madame Bachelot qui affirme que les 2/3 des hôpitaux seraient en excédent...). En effet ces déficits ne sont que le reflet des non financements cumulés des

moyens mis en œuvre par les établissements dans l'intérêt des patients. Les enveloppes fermées sont antinomiques avec les besoins, ceux-ci pouvant être évalués, dans un premier temps, en prenant la bonne mesure des flux annuels de patients/pas-sages des établissements.

- Les hôpitaux publics ont des moyens de fonctionnement (qu'en terme comptable, se rapproche des charges fixes) qui restent stables pendant au moins 5 ans (sauf situations de plan de retour à l'équilibre financier qui se traduisent, implacablement par des suppressions de postes pour la même activité, voire même en augmentation...), notamment pour les activités MCO autorisées;

Un budget de fonctionnement peut être alloué sur une base pluriannuelle, s'il n'y a pas de modification de la structure de soins :

- Toutes les obligations de moyens (effectifs, compétences, organisation, équipements) doivent être financés. Les référentiels ne manquent pas en la matière: circulaires réglementaires, référentiels de l'HAS. Ces référentiels sont construits « sous le diktat affiché » de la qualité et de la sécurité des soins. Les médecins, les soignants avec les gestionnaires doivent investir mieux ce terrain essentiel pour chiffrer les moyens requis dans le cadre de leurs missions et obligations professionnelles, et exiger le financement par des enveloppes pérennes.
- Quant au financement tarifaire

Toutes les études accessibles, depuis la mise en place de la T2A reconnaissent les limites de ce mode de financement qui ne retient que les performances médico-économiques des établissements, dans la perspective de la convergence des tarifs du public/privé... Les évolutions tarifaires, notamment dans le partage entre tarifs proprement dits et les MIGAC ne peuvent se faire qu'à la marge, à l'intérieur des enveloppes fermées. La tendance lourde est bien à la baisse des tarifs du public dans la perspective de la convergence public/privé, compte tenu des objectifs politiques de privatisation de pans entiers de la santé (cf. la communication de la Fédération Hospitalière Privée pour la promotion des cliniques lucratives « qui prennent soin de l'argent de la Sécurité Sociale »).

La T2A n'offre aucune perspective en matière de financement des hôpitaux publics. Il faut démystifier cette énorme tromperie: la T2A n'a pas pour finalité de financer les activités hospitalières. Néanmoins, nous ne devons pas rejeter le concept d'un financement de l'activité, qui tienne compte des variations de volume, des pathologies et prises en charge.

C'est cette analyse de bon sens qui a motivé la communauté médicale à s'investir dans la T2A, à la faire évoluer, à s'engager dans le codage en toute bonne foi pour défendre leur établissement jusqu'à des distorsions qui les éloignent des bonnes pratiques de prise en charge des patients.

L'engagement des médecins et des soignants en général pour préserver celles-ci, étrangères à cette « médecine d'organes » que favorise la T2A, est un point d'appui pour rechercher avec elles et eux un autre mode de valorisation des activités plus respectueux de leur éthique et compétences et missions. Au cœur des luttes des hospitaliers depuis de nombreux mois, leurs attentes, aspirations et aujourd'hui leur profond mal-être sont de puissants leviers pour cerner les fondements d'un autre financement: besoins de personnels, formation, organisations des services, évaluation des besoins des patients...

Le MDHP préconise « une convergence tarifaire segmentée. », assurant un financement différencié selon la taille, les missions et contraintes des hôpitaux publics... Dans son livre, « L'hôpital malade de la rentabilité », le Pr A. Grimaldi distingue la possibilité de maintenir des tarifs pour des activités techniques; un financement au prix de journée pour des activités de type soins palliatifs (toujours appliqué à côté de la T2A pour des activités de soins de suite...); avec, éventuellement des forfaits pour la prise en charge ambulatoire de x pathologies (comme le diabète, qu'il connaît bien!); enfin, il soutient le principe de maintien d'un budget, comme je le suggère plus haut, pour financer les objectifs et obligation de santé publique, selon les besoins d'un territoire d'une région, de la politique nationale de santé publique.

Enfin, il faut démystifier l'actuelle ENC (Echelle nationale des coûts), véritable caricature d'objectivité: il existe suffisamment d'outils d'information dans le secteur hospitalier et de la santé pour construire une base de connaissance plus large représentative de la réalité des coûts hospitaliers.

Après le prix de journée, le budget global et la T2A, il y a place pour une réflexion raisonnée et partagée pour assurer un financement pérenne des moyens de fonctionnement et des activités des hôpitaux publics, prenant en considération la mesure des besoins et les coûts réels hospitaliers, sans nourrir une inflation incontrôlable des dépenses hospitalières.

MIG/MERRI:

Il faut en finir avec le découpage actuel qui permet les transferts au secteur privé lucratif, y compris de la forma-

tion des médecins, notamment par le financement des laboratoires pharmaceutiques:

- Les MIG qui sont autant d'actions de santé publique, incluant les centres de références et les objectifs chiffrés des différents plans nationaux de santé publique, doivent être financés par des budgets pérennes complémentaires au financement de l'activité proprement dit.

- Elles pourraient être déclinées selon les besoins régionaux, les inégalités intra et interrégionales, et évaluées démocratiquement...

- Quant aux MERRI, il faut réaffirmer l'enjeu stratégique de l'unicité de notre système d'enseignement public dont la formation des médecins est partie intégrante. Un travail d'analyse plus fin devrait permettre de distinguer ce qui relève du financement d'AM et ce qui relève des différents secteurs d'État (Enseignement, Recherche/Innovation)

INVESTISSEMENTS:

Le financement des investissements immobiliers relève du même scandale que la T2A, même si c'est une question un peu moins d'ordre public. Malgré la mise en place des plans « hôpital 2007 » puis plan « hôpital 2012 », avec l'objectif affiché de rattraper le retard constaté au niveau des investissements hospitaliers (essentiellement dû au budget global qui a épuisé les ressources dédiées à l'investissement) la situation des hôpitaux publics est caractérisée par une grande obsolescence, retard dans les mises aux normes, mais aussi un surendettement dangereux.

Les pistes de travail pourraient être les suivantes:

- En finir avec la vente par appartement qui s'exerce actuellement sur le patrimoine hospitalier, aussi bien à Lyon qu'à Paris, qui nourrit la spéculation immobilière,
- Réaffirmer que les constructions des hôpitaux publics sont et doivent rester propriétés de l'État,
- En retour, en finir avec les dispositifs en vigueur qui autorisent le financement par des capitaux privés des nouvelles constructions, et qui à terme, privatisent le patrimoine hospitalier, mais aussi les activités afférentes.
- Proposer que soit créé un budget d'État consacré à l'investissement hospitalier public, selon un plan pluriannuel avec les évolutions nécessaires à l'activité et les progrès techniques, conformes à la politique de santé publique.
- Quant aux besoins de financement pour tous les autres investissements (équipements, matériels lourds), garanti par la dotation d'amortissements des hôpitaux, le recours sur le marché aggrave leur situation financière avec des taux d'intérêt exorbitants. La solution serait de revenir à des

emprunts à contracter auprès de la Caisse des Dépôts (qui retrouverait sa mission originelle...) à des taux zéro; là aussi, planification et transparence seraient nécessaires pour valider ces emprunts « préférentiels »

- Dans l'immédiat pourquoi ne pas exiger la renégociation des emprunts contractés avec les banques qui se sont « goinfrées » avec la crise financière?

La fiscalité

Cette dernière question peut être compréhensible au plus grand nombre:

- **la taxe sur les salaires** représente entre 5 à 6 % des ressources de l'hôpital public et PSPH (pour une masse salariale moyenne de l'ordre de 65 % du budget de dépenses). Il est opportun de remettre « le phare » là-dessus au moment où le débat politique et idéologique est si intense sur le financement de la protection sociale et la santé.
- **la TVA** payée et non récupérée sur tous les achats hospitaliers (y compris constructions) au taux maximum alors que le patronat de la restauration a obtenu le taux à 5,5 % sans aucun contrôle des contreparties demandées!

La suppression de ces deux taxes, comme le rappellent Catherine Mills et Michel Limousin, « est de nature à régler les problèmes financiers des établissements de façon rapide et durable ». Avec un travail plus affiné et des chiffres incontestables ces exigences peuvent être portées immédiatement par toute la communauté hospitalière, les syndicats, soutenus en cela par le PCF, le Front de Gauche et même au-delà.

L'ensemble de ces réflexions et propositions renvoie à deux exigences majeures qu'il faut décliner à tous les niveaux et qui interpellent toute pratique politique, gage d'efficacité:

Évaluation

Paradoxalement, alors qu'« une culture d'évaluation » s'impose à tous les professionnels de la santé en général, et aux hospitaliers en particulier, à travers un système normatif très prégnant, nous constatons un grand « laxisme » quand il s'agit de:

* L'évaluation des besoins de santé, des moyens de mise en œuvre (dont formation des professionnels hospitaliers) des coûts, des dépenses...

* L'évaluation de la qualité des soins, de l'organisation des établissements hospitaliers...

Démocratie

C'est là un impératif de tout instant et à tous les niveaux:

- alors que l'Institution Sécurité Sociale est dessaisie depuis de trop nombreuses années de ses missions originelles et de son mode de fonctionnement démocratique,

- que les votes à l'Assemblée Nationale, engagent depuis le plan Juppé les destinées de notre système de santé, et qu'enfin,

- toute une caste de technocrates arrogants font la pluie et le beau temps, sans aucun contrôle, ni même d'évaluation,

- alors que les équipes hospitalières sont dessaisies de leurs prérogatives professionnelles face à des directeurs-patrons, eux-mêmes sous la coupe des ARS,

Alors, oui, la démocratie avec de nouveaux lieux de pouvoir décisionnel est la voie de passage obligé à un autre financement de l'hôpital public.

L'accès à une bonne couverture complémentaire santé : un nouveau privilège ?

M. Jean-Paul Domin,

*Organisations Marchandes et Institutions
Université de Reims Champagne-Ardenne
UFR de sciences économiques, sociale et de gestion.*

NDLR: Cette contribution reprend et développe une note (n° 14)
de l'Institut européen du salariat publiée en juillet 2010

Introduction

La loi du 13 août 2004 prône une corégulation du système de santé et renforce le rôle des organismes complémentaires d'assurance-maladie (OCAM). La politique dite de "responsabilisation" des assurés sociaux repose en effet sur la coordination entre le régime obligatoire et les assureurs complémentaires. La loi couronne ainsi un long processus de transfert des dépenses vers l'assurance-maladie complémentaire (AMC), entamé dans les années 1980 sans qu'aucune concertation n'ait jamais été engagée entre les différents acteurs et l'État (Franc, 2005).

Le désengagement croissant de l'État dans ce domaine fait donc de l'assurance-maladie complémentaire un acteur incontournable (Batifoulier, Domin, Abecassis, 2010). Mais, cette évolution ne va pas sans poser certains problèmes dans la mesure où, si une grande partie de la population bénéficie en effet d'une assurance-maladie complémentaire, l'accès à une couverture de qualité est fortement corrélé au niveau de vie. Les inégalités inhérentes au marché du travail se reproduisent sur le marché de l'assurance-maladie complémentaire. L'accès à une bonne couverture complémentaire serait-il devenu un nouveau privilège ?

Le transfert d'une partie croissante de la dépense de santé vers les organismes complémentaires d'assurance-maladie renforce leur poids, mais accélère la concentration et la restructuration du marché (1). Cette évolution renforce la sélection des malades et fragilise les droits de salariés (2).

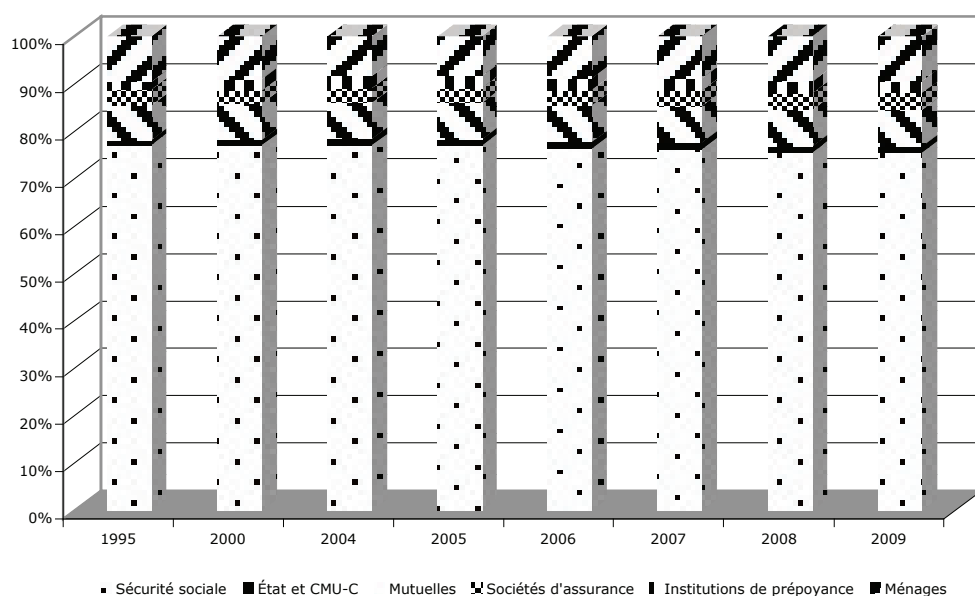
1. Croissance et restructuration du secteur de l'assurance-maladie complémentaire

Le secteur de l'AMC connaît depuis quelques années un profond mouvement de transformation marqué d'abord par la croissance du volume d'activité (1.1.) et ensuite par la redistribution des cartes entre les différents acteurs (1.2.).

1.1. La forte croissance de l'activité de l'assurance-maladie complémentaire

L'assurance-maladie complémentaire est un acteur incontournable du paysage médical français. Dès 1945, il a la charge de rembourser le ticket modérateur. Progressivement, sa part s'est élargie : en 1960, 30 % de la population a souscrit un contrat contre 69 % en 1980, 86 % en 2000 et 91 % à l'heure actuelle. Jusqu'en 1980, la part de l'AMC reste faible dans la mesure où la Sécurité sociale n'hésite pas à rembourser généreusement les soins. C'est à cette date que la tendance s'inverse. L'assurance-maladie obligatoire se désengage alors progressivement : création du secteur à honoraires libres en 1980, mise en œuvre du forfait hospitalier en 1983, déremboursement des médicaments dits de confort en 1987.

Ces différentes réformes se traduisent dans les faits par un transfert vers un financement privé, qu'il soit un OCAM ou qu'il prenne la forme d'un reste-à-charge pour les ménages. En 1995, les OCAM financent 12,2 % de la dépense de santé. À cette date, le reste-à-charge pour les ménages en représente 9,6 %. Entre 1995 et 2008, la structure du financement de la santé s'est modifiée (Graphique 1). La part de la Sécurité sociale a encore diminué passant de 77,1 % à 75,5 % de la dépense de santé. En revanche, en 2008, la part des assurances complémentaires s'élève à 13,7 % alors que le reste-à-charge des ménages s'établit à un niveau légèrement inférieur à celui de 1995 (9,6 %). La mise en place d'une participation des assurés de 18 euros (pour des actes lourds) en 2007 a notamment participé à l'accroissement de la part de financement des OCAM (Fenina, Le Garrec, Koubi, 2010).



Graphique 1. Structure du financement de la dépense de soins⁽²⁹⁾

Cette tendance sur une période de moyenne durée doit cependant être analysée plus finement. Si de 1995 à 2004, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense de santé est restée relativement stable, l'équilibre s'est modifié en faveur des OCAM. La réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004 a largement contribué à ce déplacement. La loi a en effet favorisé une nouvelle répartition des rôles entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire. La création de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (UNOCAM) associe *de facto* ces organismes à la réforme en délimitant la part de l'AMO, celle de l'AMC et le reste à charge pour les ménages. La réforme de 2004 est d'autant plus importante qu'elle transfère des pouvoirs du président de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) vers un nouvel organisme : l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM), dont le directeur est nommé par décret et l'autorité renforcée. Avec la réforme, les OCAM sont désormais associés à la gestion du panier de soins (Del Sol, Turquet, 2005).

Enfin, la part restant à la charge des ménages s'est accrue passant de 8,3 % en 2004 à 9,4 % en 2008. Cette évolution est une des conséquences directes de la réforme de 2004, certaines dépenses n'étant prises en charge ni par la Sécurité sociale, ni par les OCAM. C'est notamment le cas pour : la participation forfaitaire d'un euro pour chaque consultation, la majoration du ticket modérateur pour les assurés sociaux ne respectant pas le parcours de soins, le déremboursement de certains médicaments au

service médical rendu insuffisant ou encore les franchises mises en place sur des postes dynamiques de dépenses (boîtes de médicaments, actes d'auxiliaire médical, transports,...). Une étude récente de l'IRDES a montré que les franchises de cinquante centimes sur les boîtes de médicaments ont pénalisé quasi doublement les individus gagnant moins de 870 euros par mois comparés à ceux bénéficiant d'un salaire supérieur à 1 167 euros par mois (Kambia-Chopin, Perronnin, 2010).

1.2. L'adaptation de l'AMC aux contraintes du marché de la santé

Le transfert d'une partie des dépenses sur les OCAM n'est pas sans conséquences sur le développement du secteur et la modification des frontières entre les acteurs. Ce marché connaît en effet depuis quelques années une croissance forte due au transfert de charges et aux augmentations tarifaires.

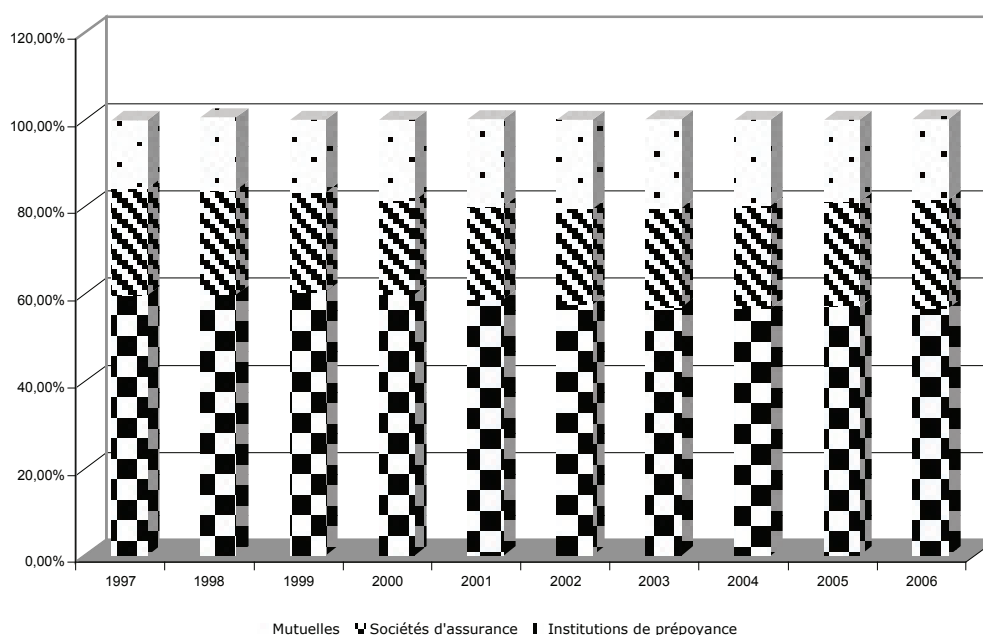
Trois acteurs dominent aujourd'hui le marché : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance. Les mutuelles sont des structures à but non lucratif régies par le Code de la Mutualité. Elles sont ancrées sur un territoire et bénéficient d'une clientèle captive attachée aux principes fondateurs de la mutualité. Cette spécificité les contraint à proposer des contrats homogènes, simples et limitant la tarification au risque. Les institutions de prévoyance sont réglementées par le Code de la Sécurité sociale et ont également un but non lucratif. Elles sont spécialisées dans les contrats collectifs, mais sont autorisées depuis 1994 à proposer des contrats individuels. Enfin, les sociétés d'assurance sont des structures à but lucratif régies par le Code des Assurances. Ces

²⁹ Source : DREES

dernières restent assez disparates dans la mesure où des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif tendent à se développer.

Le marché représentait en 2006 27,4 milliards d'euros de primes collectées, soit 12 % du chiffre d'affaires total du secteur de l'assurance. Ce marché connaît, en raison du transfert d'une part croissante de la dépense de santé vers les OCAM, une croissance forte dont le rythme a cependant diminué, passant de 10,8 % en 2004 à 5,4 % en 2007. Les mutuelles dominent encore le marché avec 58,8 % des cotisations collectées (Graphique 2). Elles

une phase de concentration. Ce secteur était auparavant assez atomisé : en 1973, 8 635 entités se partageaient un marché de 25 millions d'assurés. En 2006, elles ne sont plus que 1996 sur un marché de 38 millions d'assurés. Le marché de la complémentaire santé connaît, depuis le début des années 2000, un processus de concentration caractérisé par la diminution du nombre d'entités, mais également par l'augmentation de la part des groupes consolidés. En 2008, les six principaux groupes consolidés dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée, soit 25 % de la complémentaire santé.



Graphique 2. Le marché de l'assurance-maladie complémentaire

sont suivies par les compagnies d'assurance (24,4 % des cotisations collectées) et les institutions de prévoyance (16,8 %). Mais, si les mutuelles dominent encore le marché, elles perdent tous les ans entre 0,1 et 0,2 point de parts de marché au profit des compagnies d'assurance dont la part de marché progresse au rythme annuel de 0,7 point. Les institutions de prévoyance sont elles aussi en phase de régression avec une diminution de leurs parts de marché au rythme annuel de 0,4 point. Depuis 2001, la part des sociétés d'assurance s'est accrue de 5,8 %, principalement au détriment des mutuelles.

La croissance du secteur a accéléré les mouvements d'alliance et de regroupement. La concentration permet en effet de réaliser des économies d'échelle, mais également de renforcer les positions face aux nouveaux entrants. Le secteur mutualiste a connu ces dernières années

La concentration s'accompagne d'un développement des stratégies d'alliance des mutuelles entre elles, mais également avec des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance. Cette stratégie permet de conquérir des marchés nouveaux, d'étendre la gamme des produits et de réduire les coûts de gestion par une mutualisation des activités. Les institutions de prévoyance ont ainsi connu un mouvement similaire pour des raisons différentes. L'objectif est de proposer une offre de produits santé-prévoyance-vie en mettant en commun des moyens (plates-formes techniques, centres d'appel,...). En dix ans, le nombre des institutions de prévoyance a réduit de moitié passant en 1996 d'une quarantaine à une vingtaine de groupes en 2006. Ces derniers interviennent sur d'autres champs de l'assurance : retraite, décès, incapacité, invalidité, ... Enfin, les assureurs ont développé une stratégie de conquête du marché, en raison de la concu-

rence croissante des bancassureurs, en s'appuyant sur des acteurs déjà présents (achat de mutuelles et d'institutions de prévoyance, développement de la réassurance...).

Aujourd'hui, la pénétration du marché se fait de trois façons. Certaines structures bénéficient du *turn-over* de la clientèle qui compare de plus en plus les prix et les garanties. D'autres se différencient en proposant de meilleures garanties à une clientèle de plus en plus ciblée. La troisième solution consiste à développer des stratégies de groupes fondées sur des alliances, des fusions ou des créations d'entités nouvelles relevant de droits différents (Code de la mutualité, Code des assurances, Code de la Sécurité sociale). Par exemple, la MAIF (qui est régie par le Code des assurances) a créé avec la MGEN une structure commune (la MGEN filia). Cette mutuelle n'est pas seulement réservée au corps enseignant. Elle capte une clientèle nouvelle et propose des gammes variées de produits (comme des contrats d'assurance automobile). Les transformations dans le secteur de l'assurance-maladie complémentaire ont donné naissance à des entités regroupant des structures régies par des droits différents. Ainsi, les distinctions juridiques entre les acteurs ont-elles tendance progressivement à s'estomper.

2. Les assurés sociaux font les frais de la restructuration du secteur de l'AMC

Les transformations en cours dans le secteur de l'AMC ne sont pas sans conséquence sur les assurés sociaux. Elles se caractérisent notamment par une spécialisation sur les risques (2.1.) qui se traduit *in fine* par une fragilisation des droits sociaux (2.2.).

2.1. Une sélection des risques qui ne dit pas son nom

Le secteur de l'AMC serait marqué, selon la théorie économique de l'agence, par un phénomène d'anti sélection qui conduit à penser que les opérations d'assurance attirent une proportion d'individus dont la propension à consommer des soins serait plus importante. L'assureur, qui est en face de classes homogènes de risques n'est pas en mesure de les détecter *ex ante* (Caussat, Glaude, 1993). La loi interdisant la sélection des risques, un des moyens de la détourner légalement repose sur la différenciation des risques.

Dans cette perspective, les OCAM proposent trois types de contrats. Les contrats collectifs obligatoires en constituent la première forme. Ils sont réglementés et doivent respecter un certain nombre d'obligations (s'adresser à l'ensemble des salariés, les garanties s'appli-

quent à tous, le calcul des cotisations est uniforme, ...). Les contrats individuels, quant à eux, ne sont soumis à aucune contrainte réglementaire. Les opérateurs les utilisent avec des pratiques de différenciation des risques. Enfin, les contrats collectifs facultatifs sont à la frontière des deux premiers. Ils sont peu réglementés et proposent plusieurs options de remboursement. Les trois quarts du chiffre d'affaires de l'activité santé des mutuelles et 70 % de celui des compagnies d'assurance proviennent de la gestion de contrats individuels. En revanche, 77 % du chiffre d'affaires des institutions de prévoyance sont liés à la gestion de contrats collectifs (Arnould, Pichetti, Rattier, 2007).

Un autre moyen de lutter contre l'anti sélection consiste à se spécialiser sur des populations cibles. Si la part des moins de 24 ans est assez proche pour chacune des trois structures, les assurés de plus de 60 ans sont plutôt concentrés autour des mutuelles. Dans le même temps, certains organismes se sont spécialisés vers de petits consommateurs par l'intermédiaire de contrats à ristourne. L'exemple du contrat double effet des Mutuelles du Mans assurance (MMA), structure régie par le Code des assurances, est tout à fait éloquent. L'assuré souscrit un contrat d'assurance avec une majoration de la cotisation d'environ 15 % capitalisée. Dans le cas où il s'avère être un bon risque, la compagnie lui rétrocède la moitié de la cotisation. En revanche, s'il connaît de graves ennuis de santé, la somme capitalisée restera au profit des MMA. Les partisans de ce type d'opération pensent qu'ils sont susceptibles, d'une part, d'attirer un nouveau type de clientèle, d'autre part d'induire un comportement vertueux.

D'autres OCAM préfèrent développer une offre ciblée vers certaines populations. C'est le cas, pour une compagnie d'assurance (groupe Swiss life) qui vient de lancer plusieurs types de contrats : les "astucieuses" avec un taux de couverture à hauteur de 100 ou 150 % du tarif conventionnel, un remboursement à hauteur de 30 % du prix des médicaments quel que soit le niveau prévu par l'assurance-maladie obligatoire et les "avantageuses", destinées aux familles à revenu modeste. Swiss life propose également un contrat réservé aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ne peuvent souscrire les contrats précédents en raison des limites d'âge. La différenciation des risques et la spécialisation sont un moyen de sélectionner les assurés et participent ainsi de la désocialisation du système (Abecassis, Coutinet, Domin, 2008).

2.2. La fragilisation des droits des assurés sociaux

La lutte contre l'anti sélection conduit au développement des inégalités. Celles-ci s'ajoutent à celles existantes sur le marché du travail. Si l'accès au secteur de l'AMC

s'est généralisé en quelques années, cette généralisation masque des inégalités dans la mesure où l'accès est fortement corrélé au niveau de vie des ménages. En 2003, 21 % des individus appartenant aux 20 % des ménages les plus pauvres ont déclaré ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si un chômeur a trois fois plus de risques qu'un salarié de ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire, l'inactif a une probabilité 1,6 fois plus grande d'en être écarté (Marical, Saint-Pol (de), 2007).

Cette situation a conduit les pouvoirs publics à mettre en place des mécanismes correcteurs. Le premier, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) offre à ses bénéficiaires une couverture gratuite et complète du reste-à-charge. Le problème principal d'un tel système est qu'il engendre des effets de seuil. Le second, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé mise en place par la loi du 13 août 2004, cible les ménages dont les revenus sont légèrement supérieurs au seuil de la CMUC. Ce mécanisme se présente sous la forme d'un bon d'achat et limite les effets de seuil générés par la CMUC. Mais, ce dispositif reste massivement non utilisé dans la mesure où seulement 10 % des bénéficiaires potentiels en profitent. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce non-recours : manque d'information, lourdeur de la démarche, reste-à-charge trop important (Perronnin, 2009).

Les inégalités sont également présentes dans certaines entreprises où les contrats des cadres sont différents de ceux des autres catégories. Dans les entreprises proposant au moins un contrat d'assurance-maladie complémentaire à leurs salariés, les cadres bénéficient d'un contrat avec une meilleure couverture. Ils sont 29 % à bénéficier d'un contrat avec de bonnes garanties en optique et 15 % à avoir accès à un contrat avec de bonnes garanties en dentaire. À l'inverse, les non-cadres sont seulement 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds. Dans les entreprises offrant des contrats différenciés selon les catégories sociales les inégalités d'accès à une bonne couverture complémentaire sont encore plus marquées : 48 % des cadres bénéficient de contrats à fortes garanties (en optique et en dentaire) contre 18 % des non-cadres (Francesconi, Perronnin, Rochereau, 2006).

Des inégalités semblables existent entre contrats individuels et collectifs. Les premiers sont plus souvent des contrats d'entrée de gamme, les seconds sont majoritairement des contrats de haut de gamme offrant des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats standards. Les inégalités sociales y sont également présentes : les cadres sont plus souvent couverts par un contrat collectif que les ouvriers (76 % contre 50 %) alors que ceux-ci souscrivent majoritairement (41 % contre 24 %)

des contrats individuels (Arnould, Vidal, 2008). Pour ces derniers, l'effort financier des ménages est plus important dans la mesure où la tarification est calculée en fonction de l'âge et est indépendante du revenu. En l'absence d'aide financière, la contribution des ménages qui disposent de moins de 800 euros par personne et par mois dépasse 10 % du revenu total, alors qu'il est de moins de 3 % pour les ménages dont le revenu est supérieur à 1 867 euros par mois et par personne.

Les inégalités existent également entre petites et grandes entreprises. L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) menée par l'IRDES en 2009 donne quelques précisions sur cette réalité. Si 43 % des établissements (hors administration et secteur agricole) proposent effectivement une assurance complémentaire santé à leurs salariés, l'offre dépend en grande partie de la structure des entreprises. Seulement 32 % des très petites entreprises (TPE : moins de dix salariés) proposent un dispositif de ce type alors que 91 % des entreprises de deux cent cinquante salariés et plus en offrent un. Le taux de couverture complémentaire augmente avec la taille de l'entreprise, mais également en fonction de la composition socioprofessionnelle. L'offre d'une complémentaire est plus fréquente dans les entreprises employant plus de cadres (Guillaume, Rochereau, 2010).

Ainsi, les contrats proposés par les OCAM vont-ils du meilleur au plus mauvais. Les garanties varient en fonction de la qualité du contrat qui dépend elle-même du niveau de revenu et du milieu social de l'assuré. Dans cette perspective, la prise en charge des dépassements d'honoraire est assez significative de ces nouvelles formes d'inégalités. Si cette pratique est devenue courante chez beaucoup de médecins, les contrats d'assurance-maladie complémentaire restent variables. Globalement, les dépassements d'honoraire sont pris en charge pour un tiers de la population. Mais, contrat par contrat, les garanties sont très disparates et vont d'une absence totale à une prise en charge complète du dépassement. Les contrats collectifs sont, une fois de plus, plus favorables que les contrats individuels. Plus de deux tiers d'entre eux les couvrent partiellement ou totalement. En revanche, seulement 17 % des contrats individuels prennent en charge les dépassements.

Conclusion

Le transfert d'une partie croissante de la dépense de santé vers les OCAM a accéléré la restructuration de ce secteur et la transformation de leur mode d'intervention. Aujourd'hui, certains opérateurs signent des protocoles d'accord avec des professionnels de soins (dentistes, mé-

decins généralistes, ...) et incitent leurs adhérents à les fréquenter en proposant des barèmes de remboursements différents. La Cour de cassation, dans un arrêt du 18 mars 2010 a d'ailleurs condamné la MGEN pour ce type de pratique au motif qu'un opérateur ne pouvait pas prévoir différents niveaux de prestation pour des cotisations identiques. Il est évident que des pratiques commerciales comme celle-ci sont significatives d'un déplacement des valeurs au sein des OCAM en général et de la Mutualité en particulier.

Plus généralement, le recours à l'AMC pose des problèmes d'égalité d'accès aux soins. En effet, si la part couverte de la population ne cesse d'augmenter, les contrats proposés vont du meilleur au plus mauvais. Les inégalités qui existent sur le marché du travail sont ainsi reproduites, sur le marché de l'assurance-maladie complémentaire. Les salariés en général ont plus de chances que les chômeurs de bénéficier d'une couverture santé. Les cadres en particulier ont la possibilité d'être couverts par un contrat avec de bonnes garanties, ce qui n'est pas toujours le cas pour les non-cadres.

L'accès à une complémentaire est devenu désormais un privilège dû à la position salariale. Cette situation est aggravée par la part croissante du reste à charge des ménages qui correspond 9,4 % de la CSBM, soit un niveau proche de celui de 1995. La mise en place d'une politique d'incitations (participation forfaitaire, franchises, ...) à partir de 2004 a pesé sur la situation des plus fragiles et a entraîné des renoncements aux soins que les correctifs (aides à l'acquisition d'une complémentaire santé, ...) n'arrivent pas à résoudre.

Références bibliographiques :

- ABECASSIS P., COUTINET N., DOMIN J.-P. [2008], « Logiques industrielles *versus* droits sociaux : une application au secteur de l'assurance-maladie complémentaire », in DOMIN J.-P., MARIC M., DELABRUYÈRE S., HÉDOIN C. (Eds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, Paris, L'Harmattan, p. 153-166.
- ARNOULD M.-L., PICHETTI S., RATTIER M.-O. [2007], « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en santé », *Études et résultats*, (575).
- ARNOULD M.-L., VIDAL G. [2008], « Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats*, (663).
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., ABECASSIS P. [2010], « Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance-maladie complémentaire », *Économie appliquée*, 63 (4), p. à paraître.
- CAUSSAT L., GLAUDE M. [1993], « Dépenses médicales et couverture sociale », *Économie et statistique*, (265), p. 31-43.
- DEL SOL M., TURQUET P. [2005], « Les organismes complémentaires d'assurance-maladie et la gestion et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004 », *Revue de droit sanitaire et social*, 41 (2), p. 308-323.
- FENINA A., LE GARREC M.-A., KOUBI M. [2010], « Les comptes nationaux de la santé en 2009 », *Études et résultats*, (736).
- FRANC C. [2005], « Les nouvelles frontières de la santé. Quelles perspectives pour l'assurance-maladie complémentaire ? », *Sève*, (6), p. 43-48.
- FRANCESCONI C., PERRONNIN M., ROCHEREAU T. [2006], « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé*, (112).
- GUILLAUME S., ROCHEREAU T. [2010], « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », *Questions d'économie de la santé*, (155).
- KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M. [2010], « Les franchises ont-elles modifié le comportement d'achat de médicaments ? », *Questions d'économie de la santé*, (158).
- MARICAL F., SAINT-POL (DE) T. [2007], « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, (1142).
- PERRONNIN M. [2009], « La couverture complémentaire santé en France », in BRAS P.-L., POUVOURVILLE (DE) G., TABUTEAU D. (Eds), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presse de la FNSP, p. 387-392.

Retrait du travail ou du travail salarié?

Par Jean-Marie Kneib

Jean-Marie Kneib, Docteur en Mathématiques a effectué son diplôme de psychologue du travail au CNAM chez Christophe Dejourn (fondateur de la psycho-dynamique du travail).

Jean-Marie Kneib s'intéresse tout particulièrement aux rapports entre l'organisation du travail et la santé.

Autre publication : <http://www.fondation-copernic.org/spip.php?article267>

Faisant suite à l'explosion des pathologies dues à l'organisation gestionnaire du travail (TMS, dépressions, suicides...), l'indignation et la colère suscitées par la réforme des retraites montrent que le travail est au cœur d'enjeux de société importants. Cela n'est pas étonnant. Par la redistribution des richesses créées par le travail, la retraite (il faudrait parler de modalité de retrait du travail salarié) fait partie de l'armature de l'organisation du travail et du contrat social. Elle est liée aux questions névralgiques posées à la société contemporaine. Ce que la clinique du travail nous a appris, se manifeste à travers ce que disent des millions de Français dans les rues : l'organisation actuelle du travail qui induit des pénibilités et souffrances indues, est délétère pour la santé, accroît les inégalités au lieu de les réduire, fragilise la démocratie.

« La retraite avant l'arthrite! », « boulot métro nouveau! », « laissez nous payer vos retraites, donnez-nous un emploi! », sont quelques slogans relevés au hasard des manifestations. Ces caricatures -sérieuses, drôles ou poétiques, sont d'authentiques sédimentations d'une délibération collective. Lorsque des millions de personnes débattent de la question du travail, cela ne peut pas sans danger être traité par le mépris. Ne pas en tenir compte dans l'élaboration des lois qui règlent la vie sociale, est malsain. La capacité d'avoir un débat sur l'organisation du travail témoigne de la santé démocratique d'un pays. Des élus, retranchés derrière leurs idéologies, ne pourront jamais rendre légitime ce qu'ils ont rendu légal. Injuste, la loi qu'ils viennent de voter récuse la possibilité de se retirer dignement du travail salarié, augmente les inégalités entre les femmes et les hommes, les jeunes et les moins jeunes, les ouvriers et les cadres, les bas et hauts revenus, les banlieues stigmatisées et Neuilly. En donnant peu d'espoir d'améliorer sa situation autrement que par le chacun pour soi, elle contribue à la perte de sens du travail. La saisine de la Halde a dévoilé l'injustice faite aux femmes. Les lycéens révoltés montrent celle faite

aux jeunes – indirectement à leurs parents. Les morts de l'amiante ont permis de parler de ceux dont la vie est réduite du fait des effets différés de leur travail.

En précipitant le vote de son projet, le pouvoir montre sa peur face à l'activité collective de délibération. Des articles de cette loi ont ainsi été votés en *catimini*: main mise patronale sur la médecine du travail, initialisation de la retraite par capitalisation dans les grandes entreprises... On connaît les effets délétères de l'individualisation du travail: les risques dits psychosociaux. Le débat sur les retraites fait suite à celui sur les suicides au travail. La logique financière a dévoyé le sens du travail jusque dans les hôpitaux où le soin a été transformé en actes tarifés. Les procédures qualité font souffrir soignants et soignés. Avec une organisation du travail qui décourage l'idée du travail bien fait, altère la santé psychique et physique, l'essentiel d'entre-nous ne travaillera probablement plus à 67 ans. Pouvoir se mettre en retrait de ce système pour faire quelque chose d'utile et de qualité, pour soi et pour les autres (travailler autrement) est un besoin individuel, une demande sociale et une urgence politique. C'est la question du travail qui réunit et intéresse des millions de personnes. Malgré les slogans, ce n'est pas la fin du travail à 60 ans qui est demandée mais la fin de la pression du lien de subordination, de la peur du chômage, de l'injonction à mal travailler (voire au mépris de son éthique) avec un sentiment croissant d'inutilité. Même si l'idéologie dominante assimile travail à travail salarié, le travail ne se confond pas avec le travail salarié. Prétendre l'inverse est un non-sens théorique et économique.

Cette réforme ne sera pas digérée. Que ce soit par démotivation rampante grevant la productivité, mobilisation menant à son abrogation ou augmentation des souffrances au travail, elle sera rejetée. À nous de faire en telle sorte que les travailleurs n'en soient pas les victimes.

Les raisons du mal-être au travail

Par M. Dominique Durand

Journaliste, écrivain

Il ne fait plus guère de doute que l'organisation du travail et le travail lui-même sont les raisons du mal-être au travail qui se diffuse dans la société et dont les pires symptômes sont les suicides de salariés sur leur lieu de travail.

L'INRS et l'ANACT ont depuis bien longtemps proposé aux entreprises et à leurs dirigeants des grilles pour détecter à partir d'indicateurs simples les facteurs de risques et des enquêtes précises menées par des sociétés spécialisées, souvent proches des centrales syndicales, permettent d'affiner le diagnostic et, théoriquement, de mettre en place des mesures censées réduire les causes de mal-être même si, le plus souvent, elles stigmatisent les salariés susceptibles de « craquer » dans le cadre d'un despotisme compassionnel. En ce sens, le mal-être peut être traité comme un objet de gestion.

Après une longue phase de dénonciation du mal-être au travail, qui a pris de multiples formes, il faut remarquer l'arrivée dans le débat d'études et de textes constructifs venant des organisations syndicales et proposant des moyens ou méthodologies pour réduire ce mal-être. La majorité de ces propositions s'inspire d'une démarche portée et théorisée par Yves Clot, titulaire de la chaire de psychopathologie du travail au Conservatoire national des Arts et métiers et directeur du centre de recherche sur le travail et le développement.

Elle pose pour axiome que ce ne sont ni l'appareil d'État, ni les journalistes, ni les experts qui ont les moyens de développer la capacité d'agir de ceux qui sont confrontés au mal-être au travail, mais les salariés concernés qui doivent, écrit-il, « reconquérir leur travail ».

L'Observatoire du stress et des mobilités forcées à France-Télécom, vient de mettre en ligne les actes d'une conférence débat qu'il avait organisée en juin 2010 sur les « retours d'expériences des CHSCT en matière de prévention des risques psychosociaux ». On ne reviendra pas ici en détail sur ce texte, et ce qu'il apprend, sinon pour noter que, dans la première action décrite engendrant le mal-être (l'installation d'un service en *openspace*), le CHSCT « s'est positionné non pas comme une menace et encore moins comme une chambre d'enregistrement des décisions prises par l'entreprise, mais comme une force de proposition tout particulièrement en matière de

prévention primaire des risques sur la santé ». S'appuyant sur deux rapports d'expertises, le CHSCT a « surpris la direction en lui remettant un document de trente-huit pages où le texte était organisé en dix rubriques... » et obtenu des améliorations.

Une seconde action a été présentée et discutée. Elle consistait pour un CHSCT de FT d'apprendre à appréhender un risque psychosocial de la même manière qu'on appréhende un risque physique en établissant un arbre des causes. Au terme de la mise en œuvre sur cinq cas de cette démarche « des éléments ont été intégrés dans le document unique et dans le programme annuel de prévention des risques ».

De plus grande envergure est le résultat du travail confié au Centre d'Etudes et de recherche Travail, Organisation, Pouvoir (CERTOP), de l'université de Toulouse Le Mirail par la CGT pour « Outiller les représentants syndicaux aux CHS de la fonction publique territoriale d'une méthode d'analyse des malaises dans l'Organisation du travail et des risques socio organisationnels. »

Il s'agit là encore d'apprendre pour comprendre et mieux gérer le mal être au travail, ici conçu comme un risque socio organisationnel. A l'image de la construction d'un arbre des causes telle qu'évoquée précédemment, les auteurs de cette recherche action propose une méthodologie pour analyser les malaises dans l'organisation du travail puis un cadre d'actions pour « normaliser le travail ». Ce cadre est orienté vers l'accompagnement de la personne pour qu'elle devienne une « force de propositions » et fasse la reconquête de ce travail.

Ces quelques exemples, accessibles en ligne, ne sont plus parcellaires. Ils marquent une nouvelle prise en compte du travail, longtemps masquée par des débats sur l'emploi, dans les organisations syndicales.

Ils ne réussissent certes pas à modifier systématiquement et fondamentalement une organisation du travail où « les directions financières obsédées par la réduction des coûts dominant totalement la direction opérationnelle et ne laisse pas la voix à la direction des ressources humaines », mais ouvrent de nouvelles perspectives de lutte au plus près du travail réel.

Inégalité sociale de santé et recul de l'accès aux soins

Par le D^r Alain Brémaud

Le D^r Alain BREMAUD, médecin généraliste au CMS de La Courneuve depuis 1974.

Dans les années 90 il fait partie du bureau du syndicat USMCS pour en devenir secrétaire général de 1996 à 2003.

Il est médecin directeur du CMS de la ville de La Courneuve depuis 1996, administrateur du CNLCS.

Il fait partie du groupe de pilotage de l'étude Epidaure-CDS. Il est retraité actif et membre du bureau de la FNCEPPCS depuis mi-2010.

La crise économique et sociale qui s'aggrave augmente la pauvreté et le nombre de ses victimes. Malgré le décalage entre le seuil de pauvreté officiel (880 € par mois et par personne) et le seuil de pauvreté ressenti (1 006 €) la part de la population française vivant sous ce seuil va croissant, représentant, selon l'INSEE en 2006 : 13 % de la population soit 7.9 millions de personnes. Mais la vulnérabilité sociale va bien au-delà de la pauvreté monétaire car il faut considérer tous les éléments qui permettent d'accéder à une vie normale : l'accès aux normes de consommation sur le plan alimentaire (alimentation saine et équilibrée : ainsi selon le SIRS la consommation quotidienne de fruits et légumes est nettement plus faible dans les quartiers classés « zone urbaine sensible » que dans les autres), culturel, des loisirs et des vacances, de l'accès aux soins. A ces éléments il faut adjoindre le niveau d'instruction et l'estime de soi. Tout cela étant en lien direct avec les conditions de vie, de travail, de logement, de chômage et d'emploi précaire.

En 2000, un rapport de l'OMS plaçait la France en tête d'une liste de 191 pays concernant les performances du système de santé. Toutefois, en même temps l'INSERM publiait un document sur « les inégalités sociales de santé » montrant que les progrès de santé qui s'étaient effectués dans notre pays n'étaient pas parvenus à résorber, au contraire, les inégalités de santé liées aux critères sociaux.

Au cours du 20^e siècle, l'amélioration des conditions de vie, de travail, de logement et d'hygiène, de progrès en matière de soins et d'initiatives de prévention ont porté leurs fruits. Ainsi, l'espérance de vie a globalement doublé (+ 30 ans pour les hommes, + 35 ans pour les femmes). Le taux de mortalité périnatale a été divisé par trois entre 1972 et 1995, la mortalité par maladies cardiovasculaires réduite d'un tiers entre 1970 et 1990. Pourtant des différences de bénéfice de santé liées aux inégalités sociales existent, en particulier concernant l'espérance de vie, les maladies cardiovasculaires, les chances de survie après un cancer, la santé bucco dentaire et les pathologies périnatales.

Hormis les éléments individuels de risque de pathologie, il s'avère bien qu'il existe des différences de taux de morbidité et de mortalité, de fréquence des handicaps moteurs et des troubles mentaux, d'espérance et de qualité de vie en corrélation avec les inégalités sociales d'autant que ces inégalités sociales ne sont pas seulement des inégalités de ressources mais pourvoyeuses elles-mêmes de l'aggravation de tous les éléments environnementaux (logement, conditions de travail, vie sociale, niveau d'instruction,...) contribuant à un mauvais état de santé et cela en plus des difficultés d'accès social et territorial aux soins.

L'IRDES constate dans son enquête SPS que les populations les plus pauvres s'estiment en plus mauvais état de santé, renoncent plus aux soins (en particulier, dentaires, les lunettes, spécialistes), sont moins protégées par une couverture complémentaire que les pauvres. Ainsi si 7 % de la population n'a pas de couverture complémentaire ce chiffre s'élève à 22 % dans la partie des personnes les plus modestes.

Le baromètre IPSOS-SPF 2008 confirmait ce ressenti négatif, sur leur état de santé, des populations les plus pauvres : 22 % d'insatisfaits de leur état de santé chez ceux qui perçoivent moins de 1 200 €/ mois, 8 % pour les 2 000 à 3 000 € et 3 % pour les plus de 3 000 €. Ce même baromètre indiquait que 39 % des Français ont déjà retardé ou renoncé aux soins en fonction de leur coût au moins une fois, ce chiffre montant à plus de 50 % chez ceux aux revenus les plus modestes.

Le renoncement aux soins pour des raisons sociales va croissant. Selon « Prescrire » 13 % des patients déclaraient avoir renoncé aux soins en 2004, mais devenaient 24 % en 2006. Le taux de renoncement passe d'ailleurs à 32 % chez ceux qui n'ont pas de complémentaire. « Convergence » confirmait en 2008 cette tendance indiquant que 14 % des Français renonçaient aux soins dont 27 % de ceux sans mutuelles et le baromètre Europe Assistance relevait que le report ou le renoncement aux soins avaient augmenté de 12 points entre 2009 et 2010.

Les relations entre inégalités sociales et état de santé sont indiscutables. Et de ce point de vue, malgré un système de santé reconnu performant et satisfaisant par 61 % des Français (selon Europe Assistance) et un système d'assurance-maladie solidaire qui était exemplaire avant toutes les attaques dont il a été l'objet, il faut constater que l'importance de ces inégalités de santé engendrées par les inégalités sociales sont à la fois un échec grave, et le résultat de politiques suivies.

L'espérance de vie était en 2008, pour les hommes de 77,5 ans et pour les femmes de 84,3 ans. Mais les inégalités en ce chapitre sont importantes. Ces inégalités devant la mort ont un peu diminué en 1980, mais se creusent depuis 1990. L'espérance de vie d'un homme de 35 ans est inférieure de 9 ans pour un manoeuvre par rapport à un ingénieur, un ouvrier a un risque 2 fois plus élevé de décéder entre 35 et 65 ans qu'un cadre. Dans cette période de bataille pour les retraites, rappelons qu'un cadre de 35 ans peut espérer vivre jusqu'à 82 ans et sans incapacité jusqu'à 69 ans, alors qu'un ouvrier du même âge peut espérer pour les mêmes items respectivement 76 ans et 59 ans. Déjà en 2000 l'INSEE, sur une étude de 10 ans, trouvait un écart d'espérance de vie à 35 ans de 6,5 ans entre cadres et ouvriers et de 4,5 ans entre cadres et employés. Cela est majoré par le fait d'être sans emploi, facteur très important de vulnérabilité sociale: selon l'INSEE 1 chômeur a 3 fois plus de risque de décès dans l'année qu'une personne de même âge avec un emploi.

Les différences sur l'état de santé ne sont pas en reste par rapport à celles sur l'espérance de vie. Ainsi, selon les enquêtes du SIRS dans l'agglomération parisienne (et alentours) les résidents des quartiers les plus défavorisés déclarent plus souvent souffrir de migraines, d'ulcère de l'estomac, de bronchite chronique, de diabète et d'asthme, que les autres. Les habitants de ces quartiers défavorisés ont 1,3 fois plus de risques d'avoir des dents à soigner que ceux des quartiers dits moyens ou supérieurs.

Les précaires présentent une atteinte profonde de l'estime de soi. Ainsi les troubles dépressifs touchent 7 % des ménages les plus riches (1/4 supérieur de la population). Alors que le 1/4 inférieur, représentant les moins riches, est concerné pour cette pathologie pour 17 % d'entre eux. Le suivi gynécologique est deux fois moins fréquent dans les quartiers défavorisés par rapport aux plus favorisés. De même on constate un plus faible taux de recours aux soins dentaires et gynécologiques pour les personnes résidant dans les quartiers à plus faibles revenus et réciproquement (quelques quartiers dans cette étude vont exceptionnellement à l'inverse de ces constats: j'observe qu'il s'agit de villes bénéficiant d'un centre de santé).

Conséquence de ces constats: l'écart entre l'espérance de vie en bonne santé entre un cadre et un ouvrier est de 10 ans. Selon le rapport de l'INSERM de 2000, les constats en termes de pathologies sont nombreux: le risque de maladie coronarienne est 1,8 fois plus important chez un ouvrier que chez un cadre et 3,5 fois plus fréquent chez un employé que chez un cadre.

En termes d'hypertension, ce sont 7 mm de mercure qui séparent en moyenne les catégories sociales les plus favorisées de celles des employés et ouvriers. Deux fois plus de risques de cancer du poumon chez un ouvrier que chez un cadre, idem pour les cancers ORL, de l'œsophage, de l'utérus. La maternité n'est pas épargnée puisque le risque d'avoir un enfant prématuré s'élève à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale.

Chez les enfants, plusieurs indicateurs révèlent les mêmes distorsions: bien entendu le saturnisme en relation avec l'environnement socio-économique, mais aussi l'obésité et les problèmes bucco dentaires qui augmentent pour les enfants des populations défavorisées (deux fois plus de dents cariées pour les enfants d'agriculteurs ou de « non actifs » que pour ceux des cadres).

Même les pathologies accidentelles sont concernées; liées à l'environnement social de ces enfants, ces nuisances et ces risques.

La fin de vie témoigne encore de ces mêmes inégalités. Ainsi à 60 ans, l'espérance de vie d'un manoeuvre est de 17 ans, celle d'un ingénieur de 23 ans. Cette réduction de l'inégalité à cet âge n'est qu'apparente. En effet, à 60 ans, la mort a déjà frappé un nombre conséquent des personnes appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées: les manoeuvres, salariés agricoles et personnels de service ont une probabilité 1.8 fois plus forte de mourir entre 60 et 75 ans que les ingénieurs et les professions libérales.

Les catégories au bas de la hiérarchie sociale ont une vieillesse plus difficile du fait du plus grand nombre d'incapacités. Au bas de l'échelle sociale, « on devient vieux plus tôt! ».

D'autres éléments évoqués plus haut concourent aux inégalités de santé, et sont souvent liés aux inégalités sociales. Trois éléments, parmi d'autres à retenir:

* le travail: les risques de celui-ci pèsent sur les moins qualifiés. Les syndromes dépressifs liés au travail sont de plus en plus nombreux.

* le niveau d'instruction. Trois exemples:

Selon le niveau scolaire de la mère, le taux de prématurité passe du simple au triple et la fréquence du petit

poids à la naissance du simple au double (haut comité de la santé publique).

Selon l'IRDES, les personnes du niveau bac se déclarent moins souvent en mauvaise santé que celles sans diplôme. Le risque de démence est multiplié par 1.9 si le niveau d'étude est bas.

* Le lieu de résidence: un tiers des résidents en zone urbaine sensible se déclarent en mauvaise santé contre 1/4 de ceux hors ZUS (IRDES).

Tous ces éléments qui sont constitutifs des inégalités sociales jouent sur les indicateurs d'état de santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, santé mentale) et sur les facteurs de risques (fatigue, obésité), même en dehors des autres variables comme l'âge, la région... Les comportements à risques pèsent plus sur la population du bas de l'échelle sociale. Pour ces populations en situation précaire l'urgence est de vivre ou de survivre (logement, alimentation, travail, enfants), la santé n'a pas une place prioritaire dans leurs urgences. Ceci aggrave le non recours ou le retard aux soins, explique les échecs de campagnes de prévention non adaptées et non portées par les acteurs de proximité.

Nationalement, les plus défavorisés sont les publics les moins touchés par les actions de santé de prévention et de dépistage.

Ces inégalités sociales de santé sont aggravées par les mesures prises au cours des dernières années. Se soigner coûte cher et cela ne va pas en s'améliorant. Ainsi le livre blanc du cabinet de conseils Jalma révèle qu'entre 2001 et 2009 les coûts directs de la santé dans le budget des ménages, hors cotisations sociales à l'assurance-maladie, ont augmenté de 40 à 50 % (il s'agit des cotisations complémentaires et des restes à charge). Les mesures pleuvent en négatif: de plus en plus de remboursements, l'augmentation du forfait hospitalier, la création de franchises en 2008 sur les remboursements (50 € maximum par an mais 50 centimes par boîte de médicament quel que soit le conditionnement, 2 € par transport sanitaire, 1 € par consultation) qui pénalisent ceux qui sont malades. Où va le système solidaire?

D'autres éléments aggravent encore cette situation: les augmentations des cotisations mutualistes qui favorisent la démutualisation, les restrictions à la CMU et l'AME et les dépassements d'honoraires considérables qui sévissent tant en ambulatoire que dans les cliniques et hôpitaux. Cinq millions de Français sont sans mutuelle et l'effet de seuil de la CMUC est mal compensé par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire dont seulement 300 000 personnes bénéficient.

Aux inégalités sociales il faut ajouter les inégalités territoriales d'offres de soins qui se complètent, hélas, bien souvent. Réduire les dépenses de santé en réduisant le nombre de soignants a été l'objectif pendant plusieurs années.

Ainsi en médecine le *numerus clausus* qui était de 8 600 en 70 est passé à 3 600 en 90 pour être à 7 400 maintenant. Les conditions de la médecine ont pourtant changé: médecins exerçant plus nombreux en entreprises, en recherches, en prévention, avec des durées de travail plus normales et la féminisation de la profession allant aussi dans ce sens. Les besoins exprimés des patients et l'augmentation de la population ainsi que les progrès scientifiques et les départs croissants à la retraite des praticiens, tout a concouru à ce que les 210 000 praticiens actuels soient insuffisants en nombre et en répartition (par rapport aux 100 000 de 1980). Mais, du fait des mesures prises cette situation va durer et augmenter. La densité médicale sera au plus bas en 2020: 280/100 000 habitants comme en 1980. Ainsi, selon le rapport Juilhard, la baisse des médecins en activité sera de 9,4 % entre 2006 et 2025 pour arriver, à cette date, un nombre de 186 000 comme en 1985. Cette pénurie engendre les inégalités territoriales et encourage l'installation des médecins libéraux dans les zones les plus faciles d'exercice et les plus rémunératrices.

Ainsi s'avère une corrélation de la densité médicale dans les territoires selon le revenu moyen des habitants. Souvent plus de densité médicale dans les grandes agglomérations (en particulier les centres villes et les zones à densité de population importante), moins de densité dans les banlieues, les zones rurales, les villes petites et moyennes, les zones d'habitants à faibles revenus. Il existe par ailleurs des distorsions importantes de densité entre régions et entre le nord et le sud de la France. Les études de l'observatoire national des zones urbaines sensibles ont montré que dans les communes de plus de 100 000 habitants, les ZUS accueillent 14 % de la population et 6 % des soignants. Le baromètre IPSOS/SPF 2008 affirme que 17 % des Français ont déjà renoncé au moins 1 fois à consulter le médecin du fait de son éloignement géographique.

Mais à cette pénurie de soignants, à ces déserts médicaux, il faut ajouter des éléments aggravants: les refus de nombre de praticiens de recevoir les bénéficiaires de la CMU et de l'AME, l'absence de pratique du tiers payant, l'importance dans certaines zones du nombre de praticiens pratiquant les dépassements d'honoraires, transformant ainsi un territoire pourvu en soignants en désert médical pour la population à revenus modestes ou, encore plus, en vulnérabilité sociale.

On le voit, les inégalités d'offres recoupent et aggravent les inégalités sociales. Cet accès aux soins sera encore plus compliqué dans les prochains mois, par l'obligation de regroupement géographique des laboratoires d'analyses, des centres de radiologie, des cliniques et hôpitaux, de la chirurgie, des maternités et des urgences. Pour se soigner demain, mieux vaudra ne pas être à revenu modeste, sans moyen de transport et dans un état empêchant le déplacement ou justifiant la proximité des soins.

Les actions de prévention sont également discriminantes, car non suivies par les populations défavorisées, si elles ne sont pas relayées par des équipes de proximité prenant en considération les problèmes de revenus, de priorités, de cultures et de langues.

Avant de conclure, il me semble important de signaler l'article de juin 2010 du *British Medical Journal* sur la mise au point d'un modèle mathématique à propos des variations des budgets sociaux et des données de mortalité de toutes causes de 15 pays de l'UE de 1980 à 2005. Pour chaque augmentation de 91 € par individu du produit national brut, on observe une baisse de 0.11 % de la mortalité. Si cette augmentation de 91 € par individu touche les budgets sociaux on observe une baisse de mortalité de 0.80 % soit 7 fois plus. (91 € de plus par individu des budgets sociaux = -2.8 % des décès liés à l'alcool, -1.2 % de mortalité cardiovasculaire, -4.34 % de mortalité par tuberculose,...).

A l'heure où la santé et l'assurance-maladie sont voulues par certains comme des marchandises, il faut rappeler que les dépenses de santé sont une richesse: celles-ci contribuent à améliorer l'état de santé de la population (ce qui diminue à terme l'absentéisme au travail et la consommation médicale), à valoriser un secteur économique important de notre pays et à créer des emplois.

D'ailleurs, l'objectif de nos gouvernants est bien que les dépenses de santé augmentent et que celles remboursables diminuent. Pour cela, il leur faut développer la place octroyée aux assurances privées et poursuivre l'établissement d'une médecine à plusieurs vitesses. Les centres de santé, dans leurs choix, s'opposent à ces orientations et proposent l'accès à des soins de qualité pour tous, favorisant une accessibilité sociale pour les plus défavorisés, un travail d'équipe coordonné multi-acteurs pour permettre la prise en charge de la « personne », organisant des actions de santé publique adaptées aux populations de proximité. En cela, sans résoudre l'ensemble des problèmes politico-socio-économiques qui sous-tendent ces questions, ils contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. Ils représentent une réponse équitable aux besoins de santé des populations. Ces modes d'organisation sanitaire, de réponses aux besoins des patients et aux souhaits d'exercice des professionnels, mériteraient dans l'avenir d'être développés et déclinés (peut-être sous différentes formes).

Les retraites, un enjeu de civilisation

Par M^{me} Catherine Mills

M^{me} Catherine Mills est maître de Conférences honoraire à l'Université de Paris I, spécialiste d'économie de la protection sociale et particulièrement du financement de la Sécurité sociale. Elle a publié de nombreux ouvrages sur le sujet. Elle est membre des Commissions Économique et Santé/Protection sociale du PCF.

La question des retraites est en 2010 au cœur des luttes sociales: une grande bataille est lancée contre la « réforme » régressive que le pouvoir veut imposer contre nos retraites; il vient notamment d'annoncer la décision de porter l'âge légal de départ à 62 ans.

Mais cela ne se limite pas à une bataille de résistance pour conserver la conquête sociale de la retraite à 60 ans. Cela concerne un enjeu de société: soit de régression sociale sous domination des capitaux financiers, soit au contraire, de luttes, non seulement défensives mais aussi offensives, pour une avancée de civilisation. Ceci peut se faire à partir de la révolution d'allongement de la vie et des progrès de productivité, de la révolution informationnelle, pour la promotion de la vie des retraités, de tous les salariés et de toutes les populations.

La mise en œuvre de la réforme voulue par le gouvernement est la réalisation d'une revendication ancienne de la bourgeoisie et du patronat qui présentent les retraites systématiquement comme une charge, un boulet pour la société et pour les entreprises. Le pouvoir profite des difficultés réelles du système français de retraite et des défis qui lui sont posés sans tenir compte du fait que ce sont surtout le chômage et la destruction des emplois qui en minent les recettes. Nous allons examiner les défis qui se posent, analyser la politique gouvernementale et avancer des propositions alternatives.

I. Les défis

1. Le défi des besoins de financements supplémentaires

Ceux-ci vont incontestablement monter, face notamment à l'importance de l'allongement de la vie. Il s'agit en effet de répondre aux besoins sociaux liés à la démographie, sortir des inégalités en matière de retraites, élaborer une nouvelle politique de la vieillesse... D'ici 2050, selon les variantes du rapport du Conseil d'Orientation des Retraites de 2010, le besoin de financement supplémentaire est évalué entre 1,7 % et 2,1 % du PIB en 2020, puis entre 1,9 % et 3,2 % du PIB en 2050, soit entre 71 milliards et 114 milliards d'euros. Ceci n'a rien d'apocalyptique et peut être financé à la condition

de mettre en œuvre une réforme de progrès et d'efficacité du financement.

2. La démographie pose des problèmes réels mais qu'on ne doit pas surestimer

Il faut sortir du fatalisme des projections démographiques⁽³⁰⁾. Le système de retraite sera certes exposé de 2010 à 2040 à un déficit démographique. L'arrivée à la retraite des générations du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie après 60 ans tendent à déséquilibrer le rapport de dépendance démographique⁽³¹⁾ ainsi que le financement des régimes. La part relative des 60 ans et plus dans la population pourrait passer de 24 % dans la population totale à 36 % en 2040 (soit + 50 %). Le rapport des 60 ans et plus sur les 20-60 ans pourrait s'élever de 0,38 en 2005 à 0,73 en 2040. De même, le rapport retraités/cotisants pourrait doubler, passant de 0,4 en 2000 à 0,8 en 2040, et il n'y aurait plus en 2040 que 1,2 cotisant par retraité.

Une remontée de l'indice de fécondité: les projections antérieures semblaient se résigner au fatalisme du déclin démographique pour accréder l'idée qu'on ne pourrait plus financer les retraites et que des réformes drastiques seraient inéluctables. Or le taux de fécondité s'est élevé de 1,65 en 1974 à 2,09 enfants par femme en 2010. Le désir d'enfants des couples s'établirait à 2,3 donc au-delà du seuil de renouvellement des générations qui est 2,1. En mobilisant les moyens financiers notamment, permettant de répondre au désir d'enfants des couples, on contribuerait à relever la population active de demain et donc à garantir le financement des retraites et de la protection sociale.

Le déclin annoncé de la population active a été retardé par rapport aux prévisions antérieures. Cependant à l'horizon 2020, on assistera certes à l'insuffisance de la population active correspondant à des générations moins pleines que les précédentes.

³⁰ L'espérance de vie d'un garçon né en 2009 est de 77,8 ans et celle d'une fille est de 84,7 ans selon l'INED; l'espérance de vie d'un homme de 60 ans est de 22,2 ans et celle d'une femme est de 27 ans.

³¹ Le rapport de dépendance démographique rapporte le nombre de personnes en âge de travailler au nombre de personnes en âge d'être à la retraite.

Il faut relativiser cette idée de choc démographique : oui, on peut agir sur les variables démographiques et répondre aux besoins liés à la démographie. Une politique démographique et familiale moderne, pourrait permettre d'accroître la population active de demain. La consolidation du relèvement du taux de fécondité ou le recours à une immigration plus forte peuvent contribuer au relèvement du rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités. De même l'augmentation du taux d'emploi et d'activité, notamment pour les femmes, les jeunes, les seniors tendrait à accroître le nombre de cotisants. N'oublions pas que les ressorts démographiques d'une population sont liés au revenu, à l'emploi, à la prise en charge collective de l'enfance, aux équipements collectifs et sociaux.

3. La part des prestations vieillesse dans le PIB, une évolution qui n'a rien d'insupportable

Elle passerait de 12,6 % en 2000 à plus de 15 % en 2050, mais cela est très inférieur aux prévisions des rapports antérieurs et en dessous de ce qu'exigerait l'augmentation relative de la population de plus de 60 ans. Le premier rapport du COR avait estimé à 18,6 % la part des prestations vieillesse dans le PIB si l'on rétablissait la parité de pouvoir d'achat des retraités par rapport à celui des actifs. Une telle augmentation de 50 %, n'aurait d'ailleurs rien d'insupportable, si on la compare avec le doublement de ce rapport au PIB déjà réalisé entre 1960 et 2000, soit également en 40 ans (6 % du PIB en 1960, 12 % en 2000).

4. Les hypothèses économiques du COR sont contestables

On peut agir sur les variables économiques. Le rapport du COR d'avril 2010, a dû modifier ses hypothèses économiques en intégrant les conséquences de la crise financière et économique de 2008, notamment l'impact du taux de chômage sur la crise du financement des retraites. Mais le rapport intègre un taux de chômage de 7 % jusqu'en 2020 et de 4,5 % de 2020 à 2050, considéré comme le taux de chômage d'équilibre dit de « plein emploi » en comptant sur le ralentissement de la population active pour réduire le chômage. Or actuellement le taux de chômage se situe à 10 % de la population active !

Les variables économiques peuvent jouer encore plus fortement que la démographie sur le financement des retraites. Après des années de croissance molle, c'est l'entrée dans une nouvelle phase explosive de la crise du système capitaliste. La récession ou la faiblesse durable de la croissance, la désindustrialisation, les délocalisations, le chômage, la précarité des emplois en sont les marques. Déjà pour l'année 2008 /-2009, les prévisionnistes ont été incapables de prévoir la crise financière et

économique. Les projections reposent sur un diagnostic peu sérieux sur les 40 années à venir. Elles ne sont pas fondées sur l'élaboration à l'avance de politiques pertinentes et volontaristes sur le très long terme. Soit ces projections rassurent à bon compte soit elles annoncent la catastrophe permanente tendant à justifier à l'avance des mesures de régression sociale. Comme pour la démographie, les experts se contentent de prolonger les tendances actuelles, leurs modèles intègrent des hypothèses centrées sur les dogmes économiques libéraux.

5. La baisse du taux de remplacement programmée par les réformes libérales

Le taux de remplacement est le rapport entre la première pension servie et le salaire de référence. Pour les salariés non cadres du secteur privé ayant une carrière complète, il se situe actuellement entre 78 % et 84 %, il passera à 67 % ou 68 % en 2040. Pour l'ensemble des salariés du privé (cadres et non cadres), le taux de remplacement baissera de 9 à 17 points en 2040. C'est dire les cassures brutales des niveaux de vie pour les salariés dès leur passage à la retraite. Le rapport du COR de 2010, intègre déjà ces prévisions de régression des prestations servies aux retraités, ce qui explique, finalement, la progression relativement limitée anticipée des besoins de financement des retraites.

6. Les fonds de pension, le Fonds de réserve (FRR) et l'épargne retraite dans la débâcle

Créé en 1999 par Lionel Jospin, le FRR avait vocation à être le « quatrième levier temporaire » du financement des retraites. Il devait contribuer au financement de trois régimes : la Cnav, la caisse de retraite des commerçants et chefs d'entreprise (Organic) et celle des artisans (Cancava). Mais pas avant 2020. Et d'ici là, le Fonds de réserve devait s'efforcer de maximiser cette contribution financière. Ses ressources provenaient du pompage des excédents des autres caisses, et des recettes de la privatisation. Les réserves financières devaient être constituées par la réduction des pensions servies et la montée des prélèvements. Ces prélèvements, faisant défaut à la retraite par répartition, devaient être placés sur les marchés financiers. C'était donc jouer l'introduction de la capitalisation au sein du système par répartition et cela tendait à « cannibaliser » la répartition. Le FRR avait confié un mandat de gestion en juillet 2007 à Lehman Brothers, la banque en faillite ! Les fonds collectés, seulement 30 milliards en 2009, ont été plongés dans la tourmente de la crise financière.

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est donc plongé par nature dans la « volatilité ». Depuis le 1^{er} janvier 2009 et en quelques semaines, il a perdu 11 % de sa valeur, ce qui représente près de 3,8 milliards d'euros. Composé alors à 64 % d'actions, le FRR paie le prix de la

déconfiture des bourses. « *Nous expérimentons à très forte dose la volatilité* », commente Raoul Briet, président du conseil de surveillance. Cette « poche » actions a connu même un moment une perte de 25 % en juin 2009.

Les régimes complémentaires sont eux aussi exposés à la crise, en raison de la part relative des actions 25 % dans les réserves Agirc et Arrco. Depuis les effondrements des actions, la part relative des obligations a été accrue et celle des actions réduite tant pour le FRR que pour l'AGIRC et l'ARCCO.

L'épargne-retraite n'est pas épargnée par la crise. Les produits d'épargne retraite se classent en trois grandes catégories : ceux souscrits dans un cadre personnel (plan d'épargne retraite populaire (PERP), PREFON...), les produits souscrits dans un cadre professionnel et destinés aux salariés (plan d'épargne collectif – PERCO, PERE...) et ceux destinés aux professions indépendantes (produits du type « Madelin » et « exploitants agricoles »). À la fin de l'année 2007, 2 millions de personnes détenaient un plan d'épargne retraite populaire (PERP) et 334 000 personnes étaient detentrices d'un plan d'épargne collectif (PERCO). Ces deux produits, créés par la loi portant réforme des retraites en 2003, ont poursuivi leur développement avec une hausse de respectivement de 6 % et de 66 % du nombre de salariés couverts. Cependant en 2007-2008, on assiste à un ralentissement de la croissance de plusieurs produits. Certains produits d'épargne collective ont enregistré une baisse significative du montant des cotisations collectées (respectivement -6 % et -10 %).

7. Les retraites par capitalisation

Les Fonds de pension, dans les pays anglo-saxons échappent totalement au contrôle des salariés et présentent d'énormes risques. Périodiquement des scandales éclatent, avec la perte pour les cotisants des fonds accumulés⁽³²⁾, les risques présentés par les fonds de pension spéculatifs sont inhérents aux aléas des marchés financiers.

La capitalisation des retraites n'offre aucune garantie dans un système spéculatif. Selon l'OCDE, la chute des cours de bourse a fait baisser les pensions de 23 % dans les pays où ce système de retraite par capitalisation prédomine. Quelque 5400 milliards de Dollars US au total dans les pays de l'OCDE sont alors partis en fumée. Les régimes privés de retraite ont subi de plein fouet le repli du cours des actions et de l'immobilier. Les pays les plus touchés sont ceux où les pensions privées jouent un rôle important dans les systèmes de retraite, comme en Australie, aux États-Unis et aux Pays-Bas, en Irlande.

Mais les systèmes privés de retraites complémentaires ont perdu aussi 10 % en Allemagne ou au Mexique.

II. L'étape actuelle de la réforme régressive gouvernementale des retraites

Les objectifs de la « réforme » en France s'inspirent des réformes dans les autres pays de l'Union européenne. Ils visent à agir sur un ou plusieurs paramètres : l'âge de la retraite pour le repousser, la durée d'assurance requise pour l'accroître, le niveau des pensions pour le réduire, par contre le débat sur le financement pour garantir la répartition est interdit afin de promouvoir les régimes par capitalisation. Mais il s'agit aussi de réformes dites systémiques visant à bouleverser l'ensemble du système de retraite en changeant complètement de logique, c'est le cas notamment de la réforme en Suède.

1. La réforme des retraites en Suède mérite d'être étudiée :

C'est une réforme globale, bouleversant le système de retraite antérieur. Elle repose sur une percée de la retraite par capitalisation, ainsi que sur un principe de comptes notionnels, entraînant un ajustement automatique en liaison avec la croissance. Le nouveau système de retraite est aujourd'hui source d'inquiétude pour de nombreux Suédois, qui voient fondre une partie de leur retraite placée d'office en Bourse. Cette réforme a programmé l'introduction obligatoire d'une retraite par capitalisation : une part des cotisations sociales payées par les salariés représentant 2,5 % de leur revenu est capitalisée, c'est-à-dire placée sur des fonds, généralement en actions, que chacun peut choisir dans un catalogue de fonds privés ou publics, validé par une agence publique. Après avoir augmenté de 30,2 % en 2005, 12 % en 2006 et 5,6 % en 2007, la valeur annuelle des fonds a baissé brutalement en 2008 de 34,5 %. Même contre leur volonté, les Suédois sont ainsi devenus acteurs de la Bourse. En outre en raison du principe des comptes notionnels, tous les ans, les Suédois reçoivent une information écrite dans laquelle est projetée leur retraite future en fonction de l'âge auquel ils s'arrêteront de travailler et de la croissance de l'économie (0 % ou 2 %). Entre s'arrêter à 61 ans, lorsque la croissance est de 0 %, et à 70 ans si elle est de 2 %, la retraite triple, passant de 900 à 3 000 euros bruts par mois. Plus on retarde l'âge du départ à la retraite, plus la retraite augmente puisque l'on a moins longtemps à vivre. Et on touchera plus si la croissance est bonne, et vice-versa. En réalité, on a assisté à une baisse des retraites de 4 % en 2009.

³² Maxell en Grande-Bretagne dans les années 90, Enron et World Com aux États-Unis en 2001 et 2002.

2. Le passage à la retraite par points n'offre aucune garantie pour l'avenir des retraites

Le Conseil d'orientation des retraites en janvier 2010 a examiné l'impact d'une réforme d'envergure du système de retraite, qui le ferait passer du régime actuel, en annuités cotisées, vers un régime par points, comme c'est le cas dans beaucoup de pays de l'Union européenne. Cette réforme structurelle tendrait à ce que pendant toute sa vie active le salarié ne connaisse que la retenue subie sur son salaire, il ne peut savoir quelle sera sa pension. Il resterait dans l'ignorance du montant de sa pension complète puisque la valeur du point doit être déterminée chaque année. Sa pension n'est pas définie selon un pourcentage précis du salaire de référence (en particulier le dernier salaire d'activité). La garantie fondamentale du niveau de la pension initiale n'est pas assurée. En « travaillant plus » et plus longtemps le salarié peut espérer avoir un peu plus... mais il aura cotisé plus, et il aura réduit de plusieurs années la durée de sa période de retraite, sans trop savoir le résultat final qui peut s'écrouler à tout moment.

Ainsi les garanties fournies aux salariés seraient beaucoup plus faibles que ce qui se passe avec les calculs actuels par annuités; puisqu'il n'existerait pas de taux de remplacement garanti pour une durée normale de carrière; les salariés ne sont pas assurés de toucher une retraite satisfaisante, qui suivra le niveau de vie des actifs. En effet, pour éviter un déficit il suffit de réduire la valeur du point.

3. Le projet de loi gouvernemental du juillet 2010 sur la « réforme » des retraites :

C'est une réforme brutale pour un recul sans précédent; le financement de la retraite par répartition ne sera pas assuré. Les principaux éléments de cette réforme sont les suivants :

- Recul de l'âge de départ à la retraite à 62 ans et l'âge de la retraite à taux plein à 67 ans (au lieu des 60 et 65 ans actuels), et allongement de la durée de cotisation à 41,5 ans pour commencer. Les conditions d'acquisition des droits à la retraite en France seraient ainsi les plus drastiques d'Europe,
- La quasi-totalité des salariés du public et du privé sont concernés,
- L'âge de départ en retraite serait repoussé à partir du 1^{er} juillet 2011 sur un rythme accéléré (4 mois par an) pour atteindre 62 ans en 2016, pour les salariés qui peuvent prétendre aujourd'hui à partir en retraite à 60 ans,
- Le droit à la retraite à taux plein serait porté à 67 ans. Les femmes dont 30 % sont déjà contraintes aujourd'hui de partir à 65 ans en seront les principales victimes,

- Les jeunes sont les premiers touchés par le recul de l'âge de la retraite. Ainsi, d'ici 2016, c'est plus d'un million d'emplois qui ne leur seront pas ouverts parce que leurs parents devront travailler plus longtemps.
- Le traitement indigne des salariés exerçant des métiers pénibles et astreignants. Il n'y aurait aucun métier pénible. Seul serait apprécié le degré d'usure du salarié qui, le cas échéant, en se soumettant à une visite médicale, pourrait faire la preuve de son handicap, de son incapacité à travailler, et pourrait alors, le cas échéant, partir à 60 ans. On est loin du droit au départ anticipé avant 60 ans pour une retraite en bonne santé, alors que la CGT estime à 15 % les salariés en emploi pénible.
- Pour les fonctionnaires, la cotisation retraite augmentera de 2,7 % afin de la rapprocher du taux de cotisation des salariés du régime général. Sans aucune revalorisation des traitements, cela aboutira à une nouvelle baisse du pouvoir d'achat des fonctionnaires. Le dispositif de départ anticipé pour les femmes ayant eu 3 enfants disparaîtrait. Au nom de l'équité, c'est l'alignement des droits par le bas,
- Pour les régimes spéciaux: le gouvernement confirme que les mesures s'appliqueront aux salariés des régimes spéciaux. Mais il cherche à éviter un front uni de tous les salariés en différant la mise en œuvre en 2017.

Ainsi l'ensemble des dispositions affectant les droits en matière de retraite représenterait une ponction de 22,6 milliards d'euros en 2018, 25,1 milliards d'euros en 2020. Pourtant malgré cette saignée il n'y aura pas de retour à l'équilibre en 2020 : le financement de cette réforme n'est pas assuré. Malgré cette forte régression des pensions, le financement de la réforme est gravement compromis, car le débat sur un autre financement reste interdit. La prétendue baisse des cotisations chômage servirait à un transfert vers les cotisations retraite, alors que les politiques menées vont au contraire alourdir le chômage et que l'Unedic manque cruellement de moyens de financement.

Le Fonds de réserve des retraites, et ses 33 milliards de réserves, seront confisqués pour la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) afin de prendre en charge les déficits cumulés.

Les propositions concernant la mise à contribution des hauts revenus, des revenus du capital, des entreprises ne font qu'égratigner les dispositions en leur faveur. Leur seule vocation est de créer l'illusion que la réforme est

juste. Les recettes attendues sur ce plan sont estimées à 4,4 milliards d'euros en 2020, soit 5 fois moins que les sacrifices imposés aux salariés. Le projet de loi est marqué par l'empreinte du MEDEF qui réclamait le report de l'âge légal de la retraite à 65 ans et un accroissement de la durée de cotisations, jusqu'à 43 voire 45 annuités. En outre les entreprises obtiendraient de nouvelles aides financières pour l'emploi des plus de 55 ans. La brutalité des mesures gouvernementales vise à répondre à la pression conjuguée des marchés financiers, du FMI et des agences de notation qui exigent une réduction des budgets publics et sociaux dans tous les pays européens.

Au total le plan de Sarkozy est un plan d'affaiblissement de la retraite par répartition, avec le refus d'augmenter réellement les prélèvements obligatoires, notamment les prélèvements sociaux et les cotisations patronales sur les salaires. Tout débat sur une réforme alternative pour financer la retraite par répartition reste bloqué. En réalité, malgré les mesures de graves régressions pour les retraites, ce plan n'est pas financé. Les chiffres avancés pour prétendre revenir à l'équilibre en 2018 sont faux. De nouvelles régressions sont donc à craindre. Le pouvoir affaiblit encore davantage le système de retraite par répartition, en accentuant les conséquences des réformes antérieures qui amputent déjà considérablement le niveau des retraites. Il n'apporte aucune réponse aux défis du chômage, des bas salaires et de la précarité. Seule une réponse à ces défis garantirait des solutions pour sauver et promouvoir la retraite par répartition.

Cette « réforme » des retraites doit être résolument combattue. Après la mobilisation exceptionnelle du 24 juin les luttes doivent se développer et imposer l'élaboration d'une réforme alternative, à partir des propositions des salariés et retraités en lutte. Le texte gouvernemental doit être retiré. Les mobilisations doivent permettre de mettre en chantier une autre réforme de progrès et d'efficacité. Les parlementaires communistes et Front de gauche ont d'ailleurs présenté une proposition de loi alternative sur le financement des retraites qui mérite attention.

III. Des propositions alternatives pour garantir l'avenir du système de retraite par répartition

1. Objectifs sociaux d'une nouvelle politique de la vieillesse

Répondre aux besoins liés à la démographie.

L'accroissement de l'espérance de vie doit être considéré comme un fait positif. Le système de retraites per-

met le remplacement des salariés âgés. Garantir les retraites est un objectif moderne et efficace qui contribue à un autre type de progression de la productivité du travail. La remontée du taux de fécondité peut être consolidée par une politique familiale dynamique et moderne, avec notamment un service public de la petite enfance, les conditions pour accroître le taux d'activité et d'emploi des femmes. Une politique de formation des jeunes et une politique de création d'emplois permettrait de dynamiser l'augmentation du nombre de cotisants. Il s'agirait aussi de créer les conditions pour que les retraités les plus jeunes puissent mieux intervenir dans la société à travers des formules de solidarité (la formation, l'aide intergénérationnelle, etc.). Cela implique de promouvoir la prévention à tous les âges pour lutter contre les dégradations de la santé; ceci passe aussi par l'amélioration des conditions de travail et de vie (santé au travail, risques environnementaux...). Il faut financer de façon solidaire et efficace le risque dépendance dont les besoins vont monter en relation avec la démographie et créer un nouveau service public de la dépendance.

S'attaquer aux inégalités par rapport à la vieillesse :

Il faut revaloriser le pouvoir d'achat des retraites qui s'est dégradé depuis 1993 et qui se dégradera de plus en plus avec la montée en charge des mesures de la réforme Balladur, de la réforme Fillon de 2003 et de la déferlante des réformes hyper-libérales de Sarkozy. Des inégalités considérables d'espérance de vie : 7 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs et 10 ans si on prend en compte les années en mauvaise santé; la mortalité prématurée des adultes ouvriers de sexe masculin reste très élevée. « *Les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et passent plus de temps qu'eux avec des incapacités et des handicaps* »⁽³³⁾.

Les pensions les plus basses doivent être revalorisées, cela concerne particulièrement les femmes dont les pensions en moyenne sont inférieures de 38 % à celles des hommes. Le taux des pensions de réversion devrait être relevé de 52 % à 62 %.

Rompre avec la régression du pouvoir d'achat des retraités :

La régression du pouvoir d'achat des retraités sur les 10 dernières années peut être évaluée à plus de 10 %. La suppression, par la loi Balladur de 1993, de l'indexation des retraites du régime général sur les salaires et son remplacement par l'indexation sur les prix ont rompu le lien de solidarité intergénérationnelle qui est à la base du système par répartition. Cela a été aggravé par les accords AGIRC et ARRCO sur les retraites complémentaires; de nouvelles menaces pèsent sur ces régimes. Bien loin d'être des « nantis », les retraités sont parmi les oubliés de la

³³ Population & Société N° 441 INED

croissance. Il y a donc une urgente nécessité à inverser la tendance et, pour cela, à déterminer des garanties quant au montant et à l'évolution des retraites qui permettent leur revalorisation effective et le rattrapage du pouvoir d'achat perdu. C'est dire la nécessité de brancher le financement des retraites sur un nouveau type de politique économique et de gestion des entreprises.

La reconnaissance réelle de la pénibilité du travail et la lutte contre les inégalités d'espérance de vie.

La possibilité d'avancer l'âge de la retraite avant d'avoir atteint 60 ans pour ceux qui ont commencé à travailler tôt et ont totalisé 40 années de cotisation, n'a été que partielle dans la loi Fillon. Cette mesure dite pour les longues carrières représentant un coût de 4 milliards d'euros par an, est largement controversée dans la majorité de droite. Quant à la reconnaissance de la pénibilité du travail qui devait conduire à un avancement de l'âge de la retraite, les négociations ont échoué sous la pression du MEDEF qui refuse de financer. Le gouvernement actuel vient de compromettre gravement cette reconnaissance de la pénibilité en en faisant une affaire individuelle: le salarié devrait prouver par une visite médicale son handicap.

La question décisive de l'emploi. Une articulation nouvelle entre politique de la retraite et sécurisation de l'emploi et de la formation.

Pour les *jeunes*, cela impliquerait notamment la création d'une allocation-autonomie-formation et la prise en charge comme période cotisée de leurs années d'études après 18 ans. Il faut rompre avec l'éviction des *travailleurs vieillissants*: quand ils prennent leurs retraites, les deux tiers des salariés sont déjà sortis prématurément du monde du travail dès 55 ans (préretraites, dispenses de recherche d'emploi, retraite anticipée forcée, chômage, RMI...); ceci signifie des cotisations en moins pour le système de retraite et des prestations en plus pour le système de protection sociale. Il est indispensable de relever le taux d'activité et d'emploi pour les salariés de 55 à 59 ans pour contribuer à remonter le taux d'activité global et donc les rentrées de cotisations liées à l'emploi, au salaire et à la création de richesses réelles.

Dans le même temps, le taux d'activité et d'emploi des femmes et des jeunes doit aussi être accru ce qui implique une sécurisation des parcours professionnels, avec la continuité de droits et revenus relevés, la formation rémunérée tout au long de la vie, la prise en charge par des cotisations de toutes les années d'interruption non volontaire de la carrière et la reconnaissance des parcours de formation par de meilleurs salaires. C'est-à-dire une solidarité et une sécurisation de tous les âges de la vie, de tous les parcours professionnels et de vie: c'est le meilleur moyen de sécuriser nos retraites par répartition.

- Abroger les réformes Balladur – Fillon- Bertrand... qui ont organisé la régression des pensions à partir de l'allongement de la période de référence et des règles de l'indexation des retraites

La période de référence pour établir le montant des pensions qui concernait les dix meilleures années en 1993 a été portée à 25 années. Ceci entraîne une baisse des retraites. Nous nous prononçons pour le retour au principe des dix meilleures années dans le privé. Pour les fonctionnaires dont les salaires sont plus bas et progressifs, soumis au glissement technique vieillesse, nous demandons le maintien du système actuel des six derniers mois comme base de calcul.

De même nous voulons rétablir l'indexation sur les salaires et non sur les prix qui a tellement dégradé l'évolution du pouvoir d'achat des retraites

2. Un nouveau financement de la retraite est possible et indispensable

Possible parce qu'une nouvelle politique économique le permettrait et indispensable parce que les besoins sociaux des retraités doivent être reconnus. Nous voulons garantir le financement des retraites et répondre aux nouveaux besoins, en maintenant et en développant le système par répartition.

Système de retraite par répartition versus système de retraite par capitalisation :

La capitalisation même à petites doses, ne sauvera pas notre système par répartition, elle le coulera!

La **répartition** se fonde sur le versement immédiat des cotisations des actifs employés pour servir des prestations à ceux qui sont à la retraite. Elle fournit un moteur à la croissance économique car ces pensions permettent de soutenir la demande effective, donc l'incitation à investir pour les entreprises et l'emploi. Elles servent aussi à remplacer la force de travail et constituent un facteur de développement de la productivité.

En revanche, la **capitalisation**, qui joue sur le dogme de l'épargne individuelle, s'effectue au détriment de la demande effective, les fonds capitalisés sont retirés de la croissance réelle, de l'emploi et des besoins des retraités. Ceux-ci se retrouvent contraints, s'ils le peuvent, de s'engager dans des fonds de pension privés: fonds d'entreprise, de branches, ou plans d'épargne individuels. Gérés par les institutions financières, banques, compagnies d'assurance, ces fonds sont dépendants de la rentabilité des marchés financiers et soumis à leurs aléas (inflation, crises boursières...). La capitalisation est branchée sur la croissance financière, la spéculation, et non sur la

croissance réelle et l'emploi. Elle nécessite des réserves financières considérables (au moins trois fois plus que pour un système de retraite par répartition), donc des prélèvements plus lourds pour des prestations réduites. Il est faux de penser que la capitalisation puisse fournir un complément à la répartition, car les fonds épargnés font défaut au système par répartition et aux besoins de relance de la croissance réelle.

Une refonte du financement pour garantir la retraite par répartition est donc nécessaire :

Développer l'articulation entre le financement de la protection sociale et l'entreprise, lieu de création des richesses.

Brancher le financement des retraites sur un nouveau type de politique économique et de gestion des entreprises afin de dynamiser, emploi, formation tout au long de la vie et salaire.

- **Pour** une réforme de progrès social de l'assiette des cotisations sociales

Il est possible, et les travaux du COR lui-même ont montré, sans s'avancer pour autant, que c'était efficace, d'accroître les taux et les masses des cotisations sociales, notamment patronales.

Un relèvement de la part des salaires dans les richesses créées, laquelle a perdu près de 10 points depuis 1983 est indispensable car ce sont les salaires et l'emploi qui contribuent au financement de la protection sociale. Le débat sur de nouveaux financements efficaces pour garantir la retraite par répartition doit être mené notamment à partir d'une réforme progressiste de l'assiette des cotisations patronales. En effet, la répartition actuelle de ces cotisations est telle que plus une entreprise embauche et accroît les salaires, plus elle paye de cotisations, alors qu'une entreprise qui licencie, comprime la part des salaires dans la valeur ajoutée et fuit dans les placements financiers, paye de moins en moins de cotisations. Ainsi, les entreprises de main-d'œuvre (notamment le BTP) ont une part de charges sociales dans la valeur ajoutée qui est plus du double de celle des institutions financières, des banques, des compagnies d'assurances. Il s'agirait de corriger ces effets pervers liés aux gestions capitalistes.

Dans l'objectif d'accroître le taux et la masse des cotisations patronales, on pourrait moduler le taux de cotisation en fonction d'un rapport masse salariale/valeur ajoutée, de telle sorte que les entreprises qui limitent les salaires et licencient soient assujetties à des taux beaucoup plus lourds. Inversement, les entreprises qui développent les emplois, les salaires, la formation, seraient assujetties à des taux relativement plus bas et cela contribuerait à

la création d'emplois et à l'accroissement des salaires et donc aux rentrées de cotisations sociales.

- Face à l'urgence, une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières.

Ces revenus s'élèvent en 2009, à 305 milliards d'euros. Ils ne participent pas au financement de la protection sociale, ils se développent au détriment de la croissance réelle et de l'emploi et participent à l'explosion de la crise systémique. Nous proposons de les soumettre au taux de la cotisation patronale sur les salaires, soit 8,3 % pour les retraites (en dessous du plafond de la Sécurité sociale), ce qui apporterait près de 24 milliards d'euros en ressources au système des retraites; si on tenait compte du chiffre des cotisations sur l'ensemble des salaires (1,6 %) on obtiendrait 30,2 milliards d'euros. L'objectif est de faire face aux besoins sociaux urgents de financement et de garantie de la retraite par répartition, en réorientant l'argent vers la croissance réelle, l'emploi, les besoins sociaux, et en s'attaquant à la racine de cette course à la financiarisation.

La promotion de la conquête sociale des retraites constituerait un véritable enjeu de civilisation. Les retraites permettent non seulement de cesser de travailler quand commencent l'usure et la fatigue de l'âge, mais aussi de pousser au remplacement des générations par la montée des jeunes dans les emplois et dans les responsabilités. La révolution de la longévité est considérée, par les forces libérales comme une charge et comme nécessitant fatalement de travailler plus longtemps. On peut, au contraire, penser que cela permettrait une avancée de civilisation fondamentale. Le progrès formidable de productivité de la révolution informationnelle pourrait permettre, au-delà de la réduction du temps de travail dans la semaine et dans l'année, sa réduction relative aux deux bouts de la vie pour l'allongement de la scolarité et pour la retraite avec l'élévation de l'espérance de vie et avec la promotion d'activités sociales libres et utiles des retraités.

Cela sera favorisé par un nouveau service public de sécurisation et de promotion des personnes âgées. Cela favoriserait le renversement du modèle culturel des retraites, qui a d'ailleurs commencé. A l'opposé du désengagement ou même de l'exclusion, c'est la disponibilité beaucoup plus grande des retraités par des activités sociales plus choisies et créatives, leur épanouissement et toutes sortes d'apport à la vie sociale, du plan local jusqu'au plan mondial.

Pour les très âgés, ce service public contribuerait à la poursuite de relations sociales et culturelles intergénérationnelles, à l'opposé de la réduction à des seuls traitements médicaux et de soins physiques. Il interviendrait

notamment pour un développement des financements socialisés pour l'embauche et la promotion de personnels qualifiés, de médecins, pour des équipements adaptés dans les maisons de retraite et des services aux personnes âgées. Cela impliquerait de refuser le mouvement de privatisation de la dépendance avec toutes ses inégalités, injustices et insuffisances graves. Ce nouveau service public devrait permettre une coordination entre toutes les formules d'hébergement et de soins, où la personne âgée et sa famille seraient au centre. Cela se rattacherait aussi à une promotion de tous les moments de la vie, du temps libre pour la formation, la culture, les solidarités et des activités utiles libres tout au long de la vie.

Au total nous demandons le maintien de la retraite par répartition avec droits trimestriels, l'arrêt de toute réforme ouvrant vers la capitalisation, le maintien de l'âge légal de la retraite à 60 ans, l'abrogation des réformes Fillon-Balladur, l'indexation des retraites sur les salaires et le rattrapage du pouvoir d'achat perdu, la mise œuvre pour les jeunes d'un système d'ouverture de droits dès l'âge de 18 ans, la prise en compte de toutes les années de formation et de toutes les années perdues actuellement liées aux aléas économiques, la revalorisation des basses retraites et une réforme améliorant les droits des femmes, et la prise en compte de la pénibilité et des carrières longues.

La réforme suédoise : des choix novateurs ?

Par Antoine Math,

Chercheur à l'Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES).

Ndlr : Texte écrit à partir d'une intervention au colloque du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) du 16 octobre 2008 sur le système de retraite suédois.

Le contexte de ce colloque est un peu particulier car il y a de plus en plus d'acteurs partisans d'importer la méthode des comptes notionnels à cotisations définies en France: Alain Madelin et Jacques Bichot dans un livre publié il y a quelques années mais aussi plus récemment certains parlementaires, ainsi que Thomas Piketty et Antoine Bozio à travers une nouvelle étude. Ces personnes citent en général un certain nombre d'avantages supposés d'une telle option: un meilleur pilotage du système à long terme; une plus grande équité; un meilleur partage des risques entre salariés; une meilleure lisibilité dans l'acquisition des droits; une meilleure transparence.

Bref, beaucoup d'aspects importants sur lesquels le système français est effectivement critiquable et améliorable.

Je voudrais revenir sur certains des avantages attendus, et mettre la réforme suédoise en perspective par rapport aux réformes menées en France, en Italie ou ailleurs. Je vais aussi essayer de ne pas être redondant avec tout ce qui a été dit.

L'idée principale que je veux développer concerne la nouveauté apportée par le système suédois, la technique utilisée qui est vraiment originale. Mais au-delà de la technique et de la fascination qu'elle exerce, les contraintes auxquelles fait face le système suédois sont assez similaires à celles affrontées par d'autres systèmes de retraite. Les choix effectués en France présentent d'ailleurs des similitudes avec les choix suédois. Les deux pays s'inscrivent de ce point de vue dans un mouvement international plus large.

Contrainte de financement et choix

Tous les systèmes de retraite doivent s'adapter en fonction des évolutions démographiques et économiques. Pour maintenir l'équilibre budgétaire des retraites par répartition, on peut agir sur les recettes et/ou sur les dépenses.

Au niveau des modalités, agir sur les recettes signifie en fait augmenter les taux de cotisation.

Comme on l'a vu, la Suède a fait le choix explicite de geler son taux de cotisation. Mais la France a fait, finalement, un choix identique. Les taux de cotisation pour

les retraites n'ont quasiment pas bougé depuis le début des années 90. Même si le choix est effectivement moins explicite et peut apparaître moins définitif.

La fixation du taux de cotisation doit-elle et peut-elle être définitive ?

Mais on peut se poser la première question suivante: « doit-on geler le taux de cotisation de manière définitive ? ». Beaucoup d'auteurs sont fascinés par les propriétés d'automatisme, d'autorégulation du système suédois. Si des mécanismes d'ajustement automatique présentent certains avantages, par exemple pour améliorer la programmation, ils posent aussi certains problèmes. Dans son principe même, l'idée de système autorégulé revient à admettre la fin de l'histoire, à défaut d'une histoire sans fin sur les choix. Est-il souhaitable de mettre hors débat public, hors délibération politique et sociale, la possibilité d'une société de décider, ultérieurement, d'augmenter les cotisations de retraite ? Moi je ne pense pas.

Autre question, le gel du taux de cotisation peut-il être définitif en pratique ? Le mécanisme institué dans les comptes notionnels fonctionne bien quand la situation est favorable. Comme les intervenants précédents l'ont souligné, le système suédois a bénéficié de conditions favorables pour pouvoir programmer le gel de ses taux à moyen-long terme, qu'il s'agisse par exemple des conditions financières, des réserves préalables accumulées par le système, mais aussi des facteurs liés à l'évolution démographique des personnes âgées. La France ne bénéficie pas aujourd'hui de conditions aussi favorables. Lorsque les réserves seront épuisées en Suède et/ou que les conditions économiques et démographiques changeront, rien ne dit que la Suède ne décidera pas démocratiquement de relever son taux de cotisation. Les mécanismes « automatiques » fonctionnent en fait tant que tout va bien, comme le montre a contrario l'exemple de l'Italie. Alors que le nouveau système mis en place en 1996 prévoit une révision décennale automatique des coefficients de transformation (de conversion) des points en fonction de l'évolution de l'espérance de vie, les problèmes et le contexte politique et économique ont déjà conduit l'Italie à repousser la première révision qui aurait dû intervenir en 2006.

Si on n'agit pas sur les taux de cotisation, les ajustements vont porter forcément sur les dépenses. Dans la plupart des pays européens, les réformes engagées depuis le début des années 90 ont eu pour objectif de limiter les futures dépenses de retraites en répartition. En corollaire et à des degrés variables selon les pays, ces réformes visent aussi à encourager le développement des retraites par capitalisation ou d'autres formes d'épargne longue.

En matière de limitation des dépenses, au-delà des apparences, il me semble que les choix faits en Suède et en France ne sont pas si différents. Au niveau des modalités concrètes, limiter les dépenses consiste à mixer diminution du montant des retraites servies - à travers la baisse du taux de liquidation mais aussi une moins bonne indexation des retraites liquidées - et relèvement de l'âge de liquidation.

On sait que l'option consistant à augmenter l'âge de départ effectif à la retraite est difficile, et que cette option est très dépendante du fonctionnement du marché du travail, fonctionnement sur lequel le système de retraite a quand même peu de prise.

Clauses d'indexation des retraites liquidées : de fortes similitudes

Il existe une autre façon de limiter les dépenses qui consiste à indexer moins favorablement les retraites. En France, nous sommes passés d'une indexation sur les salaires à une indexation sur les prix. La Suède, comme cela a été dit, a adopté un système sensiblement similaire. Au final, les effets semblent être identiques comme le montrent les travaux du comité de protection sociale de l'Union européenne sur l'évolution des pensions dix ans après leurs liquidations.

Baisse du taux de remplacement **après 10 ans de retraite** (pour un départ à 65 ans après 40 ans de carrière au salaire moyen)

	Taux de remplacement brut	Taux de remplacement net
France	-10 %	-12 %
Suède	-9 %	-10 %

Source : commission européenne et comité de la protection sociale (2006)

Baisse des taux de liquidation des retraites : de fortes différences en apparence sur les moyens utilisés...

Les taux de liquidation ont également fait l'objet d'adaptation en vu de les diminuer.

D'un côté, la Suède et l'Italie ont effectué des réformes systémiques avec l'introduction très progressive d'un tout nouveau système. De l'autre côté, en France et dans la plupart des autres pays, les réformes ont consisté à modifier les paramètres du système.

Un tour d'horizon des réformes effectuées en Europe depuis une quinzaine d'années montre que la France se caractérise pour avoir joué sur de nombreux paramètres du système.

En France, on a joué sur deux leviers essentiels : d'une part, on a augmenté le nombre d'années de cotisation en deçà duquel de fortes pénalités s'appliquent et, d'autre part, on a diminué très fortement le salaire à partir duquel la retraite est calculée, à travers l'allongement du nombre d'années de salaires pris en compte mais aussi à travers une revalorisation plus défavorable de ces salaires, en fonction de l'inflation et non plus de l'évolution des salaires. Pour les régimes complémentaires, les modalités sont techniquement différentes puisqu'on a joué sur le coût d'achat et sur la valeur du point, mais le principe et les effets sont semblables.

...mais des effets comparables dans les deux pays

En termes de baisse des taux de liquidation des retraites, les réformes du système français conduiront à des résultats comparables à ceux de la Suède comme le montre le tableau suivant tiré des travaux du Comité de protection sociale de l'UE qui retrace l'évolution des taux de remplacement pour des carrières complètes au salaire moyen.

Evolution du taux de remplacement des retraites par répartition entre 2005 et 2050 (pour un départ à 65 ans après 40 ans de carrière au salaire moyen)

		Brut Net
France	-25 %	-22 %
Suède	-18 %	-21 %

Source : commission européenne et comité de la protection sociale (2006)

On peut aussi prendre les chiffres fournis par l'OCDE sur l'évolution du taux de remplacement brut avant et après réforme(s). La conclusion est claire : la Suède, la France, l'Allemagne et l'Italie figurent parmi les pays où les baisses de taux de remplacement après réformes sont les plus importantes.

Evolution du taux de remplacement
brut (avant et après réformes)
(carrière complète, salaire moyen)

Italie	-25 %
France	-21 %
Suède	-21 %
Allemagne	-18 %

Source: OCDE (2007)

Le renforcement du caractère contributif du système par répartition dans les deux pays et les conséquences sur l'évolution des éléments non contributifs, la distribution des retraites par répartition et les inégalités intra-générationnelles.

La France et la Suède présentent aussi comme forte similitude d'avoir accentué le caractère contributif de leur système. Je ne reviens pas sur les modalités en France qui sont connues. Dans un système de comptes notionnels à cotisations définies, la séparation entre le contributif et le non contributif est poussée à l'extrême. Ce système donne le sentiment d'une épargne individuelle obligatoire garantie par l'État. Ce qui peut accroître la confiance et la légitimité de cette composante contributive. Mais à l'inverse, cette séparation pourrait aboutir, à terme, à affaiblir le soutien, et donc l'acceptabilité, des prélèvements destinés à financer les composantes non contributives du système. Surtout si ces dernières sont ciblées sur une minorité de la population. En effet, la déconnexion entre « assurance » et « solidarité » ou « redistribution » présente un risque de délitement des droits non contributifs. Ces derniers, *a fortiori* s'ils sont ciblés sur les plus pauvres, risquent de perdre leur légitimité dans le temps. Il n'y a qu'à voir l'évolution du minimum vieillesse en France, qui depuis 25 ans a perdu plus de 20 % de sa valeur par rapport aux salaires et aux retraites.

Les retraites par répartition à prestations définies reproduisent logiquement les inégalités de carrière et de salaires mais en les atténuant un peu, elles ont des effets de réduction des inégalités de niveau de vie. Les analyses empiriques montrent que les réformes renforçant le caractère contributif vont conduire à ce que ces retraites atténuent un peu moins ces inégalités à l'avenir. Dit autrement, en comparaison de ce qu'il en aurait été sans les changements, les inégalités intra-générationnelles dans la distribution des retraites par répartition vont augmenter. Par exemple, des chercheurs finlandais ont simulé l'application du système suédois à la Finlande. Ils ont trouvé assez logiquement que, à côté de la baisse du taux de remplacement moyen en raison du gel du taux de cotisation, la baisse serait beaucoup plus forte pour les premiers déciles que pour les plus hauts déciles de la distribution.

Changement du mix répartition-capitalisation, augmentation des inégalités intra-générationnelles et prise en compte des « nouveaux » risques de carrières incomplètes ou à temps partiel.

Les inégalités intergénérationnelles des revenus des personnes âgées vont aussi être accentuées par la modification des parts respectives des composantes en répartition et en capitalisation. Les retraites par capitalisation, et plus généralement toutes les formes de revenus d'épargne, vont voir leur part augmenter dans les ressources des personnes âgées. Or, les études empiriques montrent qu'à l'inverse des retraites par répartition, les retraites par capitalisation accentuent fortement les inégalités de carrière et de salaire, même dans des pays comme les Pays-Bas, le Danemark ou la Suède où ces dispositifs couvrent presque tous les travailleurs.

Les dispositifs capitalisés sont très impitoyables au regard de toute « faiblesse » pour les individus aux carrières accidentées et/ou à salaires modestes, parce qu'ils ne disposent pas en général - la Suède étant une exception - d'éléments redistributifs.

Comme par ailleurs, les systèmes par répartition vont devenir relativement moins généreux et, rendus plus contributifs, vont davantage pénaliser ces situations, au total les réformes s'orientent donc vers une pénalisation accrue de ces situations. Elles vont accroître les inégalités intra-générationnelles et les inégalités entre hommes et femmes (en comparaison de ce qu'il en aurait été sans les réformes).

Dans ce contexte, une question va se poser de manière accrue en France, en Suède et ailleurs; c'est celle de la prise en compte des carrières incomplètes ou caractérisées par des périodes de chômage, de temps partiel, etc.

Expliciter les objectifs d'un système de retraite

Je voudrais revenir sur d'autres questions liées à l'idée d'importer la technique suédoise à la France. Dans un système à prestations définies, la retraite est calculée en pourcentage du salaire. L'objectif est donc celui d'un maintien relatif du niveau de vie, qui je crois, correspond aux aspirations sociales. L'aspiration majoritaire des personnes est bien de maintenir un flux de revenu suffisant pour faire face au niveau de dépenses auquel on est habitué. La formule de calcul d'un système à prestation définie rend cet objectif très explicite. Doit-on abandonner cet objectif? Doit-on abandonner le caractère explicite de cet objectif?

Expliciter les objectifs d'un système de retraite est important. Et cette question renvoie à celle de la lisibilité du système.

Il convient selon moi de distinguer la lisibilité ou compréhension des droits, au niveau individuel, pour chaque salarié, de la lisibilité ou transparence des enjeux et des conséquences des réformes, même si ces deux aspects sont liés

Compréhension et lisibilité des droits de retraite pour chaque individu

Un système à prestation définie me semble, dans l'absolu, plus apte qu'un système à point à répondre à des objectifs de compréhension et de lisibilité du système pour le citoyen lambda, puisque la formule de calcul informe en principe directement sur le niveau relatif de la retraite. Mais les formules de calcul des retraites sont parfois compliquées, peu lisibles pour le non spécialiste.

Le système français offre d'ailleurs à la fois un bon exemple de lisibilité, avec la retraite de la fonction publique, dont la formule est assez compréhensible. Et un mauvais exemple avec les retraites par répartition des salariés du secteur privé, du fait notamment de la juxtaposition d'un régime de base en annuités et de retraite complémentaire en points, l'ensemble étant vraiment peu lisible pour les salariés. J'en témoigne à titre personnel, je ne sais pas si mes points acquis aux différentes caisses ARRCO, à ma caisse AGIRC me complèteront ma retraite de base à hauteur de 10, 20 ou bien 30 % de mon salaire.

Mais pour rendre le dispositif plus lisible dans le système français, la solution n'est pas forcément de créer un

nouveau système, mais de réformer l'existant pour en améliorer la compréhension.

J'en viens, pour terminer au problème de *la lisibilité ou de la transparence des enjeux et des conséquences des réformes, en particulier sur le niveau des retraites.*

Pour faire passer des réformes difficiles dans les pays d'Europe depuis le début des années 90, on les a présentées comme inévitables, et surtout, on en a rendu les effets sur les montants peu perceptibles au moment où les décisions ont été prises. Cette opacification des conséquences sociales des réformes est caractéristique de la réforme du régime général de 1993, en France. Il en va de même des changements très restrictifs des régimes complémentaires entre 1996 et aujourd'hui qui ont été décidés sans avoir fait l'objet d'une large publicité. Quels sont les salariés qui savent, même aujourd'hui, que ces changements vont conduire à terme à une baisse de 30 % du rendement des retraites complémentaires, de 30 % des droits ?

A contrario, les travaux du COR ont permis de rendre plus transparentes les conséquences des réformes passées et des options ouvertes pour l'avenir. Les systèmes à cotisations définies présentent l'inconvénient d'opacifier les conséquences des changements sur le niveau des retraites. Car dans de tels systèmes, la formule de calcul ne se présente plus sous la forme d'un taux de remplacement, ce qui permet de reporter la discussion sur d'autres critères, et fait disparaître plus facilement le débat de la question du montant des futures prestations. De ce point de vue-là, la réforme italienne est pour nous une bonne illustration.

Les jeunes et la retraite

Par M. Alain Morin

rédacteur de la Revue Economie Politique

L'entrée massive des jeunes dans le mouvement contre la réforme Sarkozy sur les retraites et pour des alternatives de progrès est décisive pour viser une issue victorieuse à la bataille des retraites. Leur première angoisse est celle du chômage, de la précarité et du déclassement. 23 % des jeunes actifs sont au chômage et le nombre de ceux qui cherchent un emploi depuis plus d'un an a progressé de 72 % en quelques mois, l'exigence de l'heure est donc celle de l'emploi et du recul de la précarité. Ils veulent être sécurisés à la fois sur leur emploi mais aussi sur la garantie de pouvoir prendre réellement leur retraite.

– le recul de l'âge de la retraite à 62 ans va empêcher de libérer un million d'emplois pour les jeunes générations

Or le remplacement des salariés âgés est un objectif moderne et efficace qui contribue à un autre type de progression de la productivité du travail. Cela serait facilité par l'organisation de la transmission du savoir-faire des seniors aux nouveaux embauchés dans les entreprises, avec des formules de tutorat, un essor massif de la formation. Nous proposons, avec les syndicats, associations et organisations politiques de gauche de la jeunesse: la création d'une allocation autonomie formation pour les jeunes permettant le versement de cotisations, l'intégration dans la durée de cotisation de leurs années d'études, de leurs stages et des périodes d'inactivité forcées, des périodes de formation continue.

– la retraite par répartition, c'est l'emploi

Il est tout à fait possible et indispensable de consolider et de garantir le financement du système de retraite par répartition. Élargir sa base emploi-salaire est impératif. Cela permet de prélever plus de cotisations pour prendre en charge plus de retraités avec des pensions revalorisées.

Deux mesures essentielles de la proposition de loi sur le financement des retraites des députés communistes et du Parti de gauche visent cet objectif de création d'emplois et d'augmentation des salaires.

a) Accroître et réformer les cotisations patronales

Ainsi les entreprises qui suppriment l'emploi, freinent la progression des salaires et préfèrent les placements financiers aux projets créateurs d'emplois verraient leur taux de cotisation patronale augmenter. Cela viserait à imposer un nouveau type de gestion, tandis que celles qui développent l'emploi et les salaires, donc leur masse salariale, verraient leurs taux maintenus, mais l'accroissement de la masse salariale et des emplois ferait rentrer des recettes accrues pour la sécu et sa branche retraite.

b) Rendre plus efficaces les fonds publics gâchés dans les exonérations de cotisations patronales

Les exonérations de cotisations patronales qui coûtent aujourd'hui 30 milliards à l'État sont inefficaces. Leur suppression libérerait les ressources financières nécessaires pour mettre en place un Fonds national et des Fonds régionaux pour l'emploi et la formation avec un nouveau crédit et de nouveaux critères d'affectation des crédits et des fonds des entreprises, une responsabilisation des banques et des entreprises, un pôle public du crédit impliquant des nationalisations des banques.

Une réforme de progrès social de la retraite, articulée à d'autres mesures visant à utiliser l'argent autrement, pour promouvoir les capacités humaines et non pour la rentabilité financière des capitaux des grands groupes, contribuerait à l'essor de l'emploi et au recul du chômage et de la précarité. VIVRE PLUS LONGTEMPS POUR SOI ET PAS POUR SON PATRON! Les jeunes refusent majoritairement d'être condamnés aux emplois précaires et au chômage à un bout, au report de l'âge de la retraite et aux basses retraites à l'autre bout. En effet, en même temps qu'ils aspirent à s'insérer dans l'emploi convenablement rémunéré, avec la reconnaissance de leur qualification et la prise en compte de leurs années d'études et de formation, les jeunes entendent aussi développer les activités hors travail notamment en refusant que l'allongement de la vie soit récupéré par les patrons pour travailler plus.

La prise en compte des travaux pénibles, insalubres, dangereux ou astreignants, est au cœur de la mobilisation de certaines branches professionnelles

Par Eric Corbeaux

Infirmier, Conseiller régional du Nord Pas de Calais

Il s'agit d'un point très sensible comme le montre l'engagement de certaines professions sur la reconnaissance du travail de nuit, par exemple. C'est un point important car il touche une des inégalités majeures du texte gouvernemental, celle des écarts d'espérance de vie entre les salariés selon leurs catégories (ouvriers), de leurs conditions de travail (cancer de l'amiante) ou du refus de départ anticipé pour les métiers pénibles. L'argumentation du pouvoir s'appuie sur l'augmentation de l'espérance de vie (plus de 80 ans depuis les années 2000) pour justifier le report de l'âge de départ à la retraite au-delà de 60 ans. Mais, c'est une moyenne! La différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier était de 6 ans. Plus préoccupant encore, si l'on compare l'espérance de vie en bonne santé, les hommes de 50 ans cadres peuvent espérer vivre en bonne santé 23 ans contre 14 ans pour les ouvriers: 9 années de moins! Et les inégalités se maintiennent, voire se développent après le départ à la retraite: tous les retraités ne peuvent continuer à jouer au tennis à la retraite par exemple.

Ce lien fort entre profession et état de santé a structuré tous les combats pour la reconnaissance et les moyens de la Médecine du Travail, la prévention ainsi que les acquis spécifiques pour des départs anticipés pour cer-

taines professions. Il est d'ailleurs important de souligner qu'une des premières attaques du gouvernement a été de supprimer le régime spécifique des infirmières hospitalières, en 2009. L'actualité, avec les suicides à France-Télécom, rappelle avec gravité qu'en 2010 les conditions d'exploitation sont toujours aussi destructrices même si elles prennent de nouvelles formes: par exemple le stress, les pressions psychologiques, les répercussions de la précarité et du chômage. Dans la théâtralisation du débat au Sénat, la majorité tentait d'accréditer l'idée qu'elle a bougée sur cette question! Faux! Le projet avant son passage à l'Assemblée nationale était inacceptable en particulier parce qu'à la fois il ne prenait pas en compte la pénibilité du travail dans l'âge de départ à la retraite mais pire il l'assimilait à l'incapacité de travail!

Quel que soit le niveau (10 % ou 20 %), c'est extrêmement grave sur le plan de la santé des travailleurs pour laquelle il ne s'agit plus de prévenir mais de réparer de façon individualisée et restrictive. Plus grave, par un amendement en fin de débat à l'Assemblée nationale, les députés UMP ont voté le vœu du MEDEF: la disparition de la Médecine du Travail avec sa perte d'indépendance vis-à-vis des employeurs.

Psychiatrie : face au projet sécuritaire de Sarkozy une proposition alternative pour une psychiatrie au service des patients

Eléments d'un projet de loi cadre sanitaire pour la psychiatrie

Par M. Serge Klopp

Serge Klopp est cadre de santé, membre du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire et de la Commission santé du PCF (chargé de la psychiatrie).

Le 2 décembre 2008, le Président de la République a commis à l'hôpital psychiatrique d'Anthony un discours assassin pour la psychiatrie. Il visait à faire passer la psychiatrie d'une logique sanitaire de soins aux personnes en souffrance psychique à une logique sécuritaire de contrôle social. Pour cela il n'a pas hésité à s'appuyer sur une campagne médiatique qui montait en épingle un fait divers dramatique, mais exceptionnel pour accrédi-ter l'amalgame « schizophrène égal dangereux criminel ».

Suite à ce discours de nombreuses voix se sont élevées pour rappeler que la psychiatrie française s'est battue depuis 50 ans pour qu'elle ne soit plus considérée comme un lieu de rélegation sociale mais comme un dispositif de soins au service des patients. Aujourd'hui 90 % des patients sont suivis en ambulatoire et l'immense majorité d'entre eux ne nécessitera jamais d'hospitalisation.

En riposte, deux appels se sont constitués dans les jours qui ont suivi. L'appel des « 39 contre la nuit sécuritaire » qui regroupe essentiellement des professionnels et qui vise à défendre une certaine conception éthique de la clinique du sujet. L'appel « Contre la politique de la peur⁽³⁴⁾ » qui regroupe des individus mais également des organisations de la psychiatrie mais également de la magistrature, de l'éducation (LDH, partis, syndicats, associations,...) cet appel visant à combattre les projets présidentiels sur le terrain du droit et des libertés fondamentales. D'emblée les 2 appels ont été soutenus par le PCF, puisque j'ai été parmi les initiateurs de ces deux appels et le PCF a décidé que j'y représenterai le parti.

Mais le Président de la République ne s'est pas contenté d'un discours, depuis, il a débloqué des crédits importants pour augmenter le nombre de chambres d'isolement dans les services d'hospitalisation et créer de nouvelles Unités pour Malades Difficiles (UMD). Là encore il s'appuie sur la montée des phénomènes de violence dans les services. Alors qu'en fait ce dont manque la psychiatrie, ce ne sont pas de moyens

de contention physique, mais de personnels permettant de désamorcer les crises d'angoisse des patients qui les amènent parfois à des débordements violents.

Son projet vise également à réformer la loi sur les internements en banalisant le recours aux soins sous contrainte et en introduisant le principe de l'obligation de soins en ambulatoire. Ce projet de loi qui devrait être soumis au Parlement au printemps 2011 s'intitule « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

Dans l'exposé des motifs de ce projet il est affirmé que l'un des 4 objectifs de la loi était d'améliorer la qualité et la continuité des soins. Or pas un seul article de ce texte n'évoque ces questions en dehors des soins sous contrainte !

A l'annonce de ce projet le milieu de la psychiatrie était partagé. Ce n'est qu'après un large débat dans le milieu professionnel, sous l'impulsion notamment des 2 appels précités, qu'une majorité d'organisations syndicales et professionnelles s'opposent actuellement à ce projet. De même aujourd'hui l'ensemble des partis de gauche est contre ce texte. L'un des temps forts de ce débat ayant été le colloque organisé au Sénat le 5 mai par le Groupe Communiste Républicain et Citoyen. Ce colloque fut d'autant plus important qu'il marquait une première. C'est en effet la première fois que les parlementaires débattaient d'un sujet avec les acteurs, alors qu'il n'y avait pas encore d'annonce officielle de ce projet de loi.

Mais il ne suffira pas d'empêcher ce projet de loi, la psychiatrie, les patients, notre société ont besoin d'une autre conception de la psychiatrie. Aujourd'hui, nous souhaitons aller plus loin. Pour poursuivre notre engagement, il nous paraît nécessaire de prendre l'offensive au travers de l'élaboration d'une loi sanitaire. Le texte ci-dessous a pour fonction de poser les bases de l'élaboration de cette loi.

³⁴ Cet appel a donné lieu au lancement en juillet 2010 à l'appel « Mais c'est un homme... ».

Préambule

La psychiatrie a un domaine propre: la souffrance psychique. De ce fait elle se trouve également et sans cesse confrontée aux phénomènes d'ordre politique, économique ou social qui interfèrent dans la vie psychique. Si la psychiatrie peut en porter témoignage, il n'est pas dans sa vocation de résoudre ces ordres de fait, mais elle intervient ainsi par des pratiques d'une grande diversité, dans un champ qui n'appartient pas à ses seuls acteurs, dans un travail nécessairement partagé⁽³⁵⁾.

L'objet de la psychiatrie est fondamentalement de soigner des sujets souffrant psychiquement et non de traiter des maladies ou des troubles. Il ne se limite pas à l'éradication de symptômes, à la normalisation de conduites, ni au contrôle social.

Son action va au-delà du dépistage des maladies et à la mise en place d'une prescription, ou encore du seul traitement de la crise dans le but de passer la main au médecin généraliste⁽³⁶⁾. Son action est fondée sur la relation thérapeutique ce qui nécessite la recherche en permanence d'une relation de confiance entre le patient et le soignant.

Le secteur, dans ses missions de prévention, de soins et de postcure, redevient⁽³⁷⁾ le centre du dispositif public de la psychiatrie en France. Il est essentiel pour assurer à chaque patient la nécessaire continuité des soins que ces missions puissent être assurées par la même équipe pluridisciplinaire. Le principe de la sectorisation entraîne une obligation de soins pour l'équipe de secteur de tous les patients résidant dans sa zone géo-démographique. Ce qui ne remet pas en cause le principe du libre choix de son praticien par le patient. Celui-ci peut de ce fait se faire soigner dans un autre secteur que celui de son lieu de résidence.

Il est tenu compte de la difficulté que représente dans notre société le fait de faire la démarche d'aller consulter en psychiatrie. Pour y remédier il est prévu d'une part, d'animer une action au long cours visant à changer les mentalités à l'égard du fait psychiatrique. Par ailleurs le principe de la totale gratuité des consultations et des

soins ambulatoires, sans obligation de couverture sociale est maintenu.

Projet de Soins individualisés

Tenant compte que l'histoire propre à chaque patient influe directement sur l'expression de la maladie, sa symptomatologie et le sens de celle-ci, il est impératif de mettre en œuvre pour chaque patient singulier un projet de soins individualisés, tenant compte de celle-ci.

Cela souligne l'importance de la continuité des soins qui permet aux équipes de mieux connaître cette dimension et de l'intégrer dans leur projet de soins. La qualité de travail de l'équipe de secteur réside particulièrement dans son caractère pluridisciplinaire et sa capacité à mettre ces divers professionnels en position de coopération et de collaboration collective.

Ainsi, les protocoles de soins ne sauraient être considérés comme le soin optimum, mais uniquement comme une aide aux soignants qui n'auraient encore pas acquis les compétences suffisantes pour resituer chaque situation de soin dans sa singularité et y apporter la réponse thérapeutique singulière que celle-ci nécessite. Les protocoles ne doivent plus être considérés comme opposables.

Continuité des soins

En raison du fait qu'un nombre important de maladies mentales est chronique, la psychiatrie doit garantir aux patients une continuité des soins de qualité ainsi qu'un soutien et un accompagnement auprès des familles et des proches.

Les associations d'usagers rappellent régulièrement les difficultés que rencontrent les patients pour pouvoir être correctement suivi par le secteur de référence. Cela se pose pour obtenir un premier rendez-vous comme pour pouvoir avoir des rendez-vous suffisamment rapprochés avec le thérapeute pour que ceux-ci soient effectivement thérapeutiques. Ce qui a pour effet de décourager certains patients qui de ce fait arrêtent tout suivi, alors que l'on sait que cela risque de les conduire vers une rechute qui sera plus difficile à prendre en charge et nécessitera plus de moyens.

Tenant compte du risque de rupture des soins par le patient du fait de sa pathologie, les équipes de psychiatrie de secteur ont pour obligation de tout mettre en œuvre pour établir, maintenir ou rétablir un lien thérapeutique positif avec chaque patient. Ce lien étant la base indispensable de la continuité des soins seule garante d'un soin de qualité.

³⁵ Préambule du rapport Demay, juillet 2002

³⁶ Référence à la circulaire mettant en place le SROS 3 en psychiatrie qui stipulait que la mission de la psychiatrie était de dépister les troubles et mettre en place un traitement ou traiter la crise, puis de passer la main au généraliste et éventuellement au social ou au médico-social

³⁷ Ce n'est plus le cas depuis le vote d'une loi de simplification administrative repris par la circulaire du SROS 3

Ce qui implique que chaque CMP (Centre Médico Social) dispose des moyens humains (en nombre et en qualification) nécessaires pour assurer cette continuité, que ce soit au travers de consultations que par l'organisation de visite à domicile dès que nécessaire. Ces visites à domicile ont pour fonction essentielle de maintenir un lien thérapeutique et non de contrôler le patient.

Continuité des soins et articulation sociale médico-social

Certaines pathologies psychiatriques sont particulièrement invalidantes et nécessitent qu'en parallèle du suivi sanitaire par le secteur soit mis en place un suivi social ou médico-social.

Ces prises en charge du social ou du médico-social, ne sauraient se substituer à la nécessaire continuité des soins par le secteur.⁽³⁸⁾ Elles nécessitent par contre une étroite coopération entre ces différentes équipes tout en respectant le libre arbitre du patient. Cette coopération ne devant pas se transformer en dispositif de contrôle qui ne saurait être que préjudiciable à la relation de confiance garante de la qualité de la prise en charge.

Hospitalisation

Dans la psychiatrie moderne, seule une minorité de patients nécessite une hospitalisation.

En amont de l'hospitalisation chaque secteur doit pouvoir disposer d'un Centre d'Accueil et de Crise (éventuellement intersectoriel), permettant de désamorcer 24 h/24 h certaines situations de crise qui risqueraient de nécessiter une hospitalisation.

Mais actuellement, certaines hospitalisations sont trop brèves par manque de lit. Dans de trop nombreux services les mises en chambre d'isolement se multiplient pour pallier au manque de personnel.

Chaque secteur doit disposer d'un nombre de lits suffisant lui permettant d'hospitaliser les patients le temps qu'impose la clinique et d'un nombre de soignants qualifiés et correctement formés leur permettant de remplacer la contention physique par un travail de contenance psychique. Le recours à la chambre d'isolement devant être exceptionnel.

Durant l'hospitalisation la qualité des soins relationnels est fondamentale, de ce fait il est important que

l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire y intervienne, particulièrement les psychologues. En aval de l'hospitalisation, chaque secteur doit pouvoir disposer de structures intermédiaires (éventuellement intersectorielles) permettant de proposer à certains patients un retour progressif vers la cité.

Recherche⁽³⁹⁾

La psychiatrie intègre l'apport théorique de différents domaines scientifiques (médical, biologique, psychologique, ...) indispensable pour appréhender la complexité de la pathologie mentale. Pour autant, il n'y a de clinique que du sujet. Les apports de la psychanalyse demeurent essentiels. Le DSM⁽⁴⁰⁾ n'a pas vocation à théoriser la clinique psychiatrique. Dans ce cadre la recherche clinique ne saurait se limiter à la recherche dans le domaine cognitivo comportemental ou des neurosciences. Elle doit actualiser la nosographie française. Elle doit être favorisée et développée également dans le cadre du secteur.

Qualité des soins et évaluation

La « démarche qualité » actuellement en œuvre vise essentiellement à évaluer l'instauration et le respect de procédures devant répondre à des situations de soins généralisées, modélisées. Ce qui est évalué c'est la forme et non la réelle qualité des soins qui sont dispensés. En psychiatrie, la qualité des soins ne pouvant se réduire à la mise en œuvre de protocoles, ceux-ci pouvant même se trouver antinomiques avec une qualité des soins optimaux, l'évaluation de la qualité des soins ne peut se faire sur le modèle du référentiel de l'HAS (Haute Autorité de Santé). De ce fait les services de psychiatrie ne peuvent être ni évalués ni certifiés sur la base du référentiel de l'HAS.

L'HAS en lien avec les secteurs, les professionnels et les associations d'usagers, est chargée de définir des modalités d'évaluation visant la réelle qualité des soins et non leur caractère formel.

En attendant la mise en place de ce nouvel outil, les services de psychiatrie ne seront pas soumis à la certification lors de la visite des experts visiteurs.

Par ailleurs, chaque secteur le souhaitant peut disposer d'une enveloppe spécifique pour assurer un travail de soutien et de supervision de ses équipes.

³⁸ Référence au SROS 3

³⁹ Les chapitres recherche et formation font référence aux motions votées par les Etats généraux de la Psychiatrie de Montpellier en 2003

⁴⁰ Manuel de diagnostic médical

Formations

Tous les professionnels exerçant en psychiatrie doivent bénéficier d'une formation spécifique à la psychopathologie, aux sciences humaines et à la psychanalyse leur permettant de faire face au fait psychopathologique dans la psycho-dynamique propre à chaque patient.

La clinique psychiatrique (quel que soit le métier) est une praxis nécessitant un continuel aller retour entre pratique et théorie.

Tous les professionnels ayant acquis les compétences nécessaires (sous forme d'expérience professionnelle, de formations, recherches personnelles, participation à des séminaires,...) pourront, au sein de leur institution de soin, se voir reconnu une fonction de psychothérapeute. Celle-ci doit être dissociée du statut.

Internat

Il est mis fin au numerus clausus des internes en psychiatrie.

Tous les services de psychiatrie de secteur redeviennent « terrain de stage qualifiant ».

La formation des internes est fondée sur une approche psycho-dynamique de la maladie mentale leur permettant d'appréhender la réalité psychopathologique des patients et de leur garantir une continuité des soins de qualité, notamment pour les patients souffrant de psychose.

Ils auront au cours de leur formation la possibilité de se familiariser avec la théorie psychanalytique mais également avec les autres approches notamment cognitivo-comportementales.

Infirmiers

Depuis la mise en place du D. E. I. (Diplôme d'État Infirmier) en 1992, les pouvoirs publics n'ont cessé de faire état du déficit de formation initiale pour les infirmiers choisissant d'exercer en psychiatrie. Les professionnels font état du même déficit pour les I. D. E. arrivant en service de somatiques. Ce qui a conduit à mettre en place en psychiatrie un tutorat et un certain nombre de formations complémentaires obligatoires par le biais de la formation continue pour tous les infirmiers primo-arrivants en psychiatrie. Ce dispositif s'avérant onéreux et inefficace, il est décidé d'instaurer un Diplôme d'État

Infirmier en « chandelier »⁽⁴¹⁾. Chaque branche du chandelier correspondant à un champ spécifique d'exercice infirmier. Dans un premier temps, il est instauré trois branches : psychiatrie, médecine générale, santé publique. D'autres branches pouvant être instaurées en fonction des besoins.

La formation infirmière serait constituée d'un tronc commun. Tous les modules seraient étudiés par les étudiants en soins infirmiers, mais les modules concernant l'option choisie seraient approfondis. Ce qui permettrait la mise en place d'une formation spécifique dans le cadre du D. E. I. Les infirmiers souhaitant changer de champ d'exercice devront bénéficier d'une formation complémentaire afin d'acquérir les bases des compétences nécessaires à l'exercice dans ce champs.

Concernant la psychiatrie la formation initiale doit permettre aux étudiants de s'inscrire dans une démarche soignante ouvrant sur une praxis.

Tous les soignants exerçant en psychiatrie doivent pouvoir bénéficier de formations continues de qualité, leur permettant d'élargir leur champ de compétence, particulièrement dans le soin relationnel. Ce qui devrait permettre à un nombre important d'infirmiers confirmés de réaliser les « soins à visée psychothérapeutiques ».

Pour pallier à la pénurie d'infirmiers et aux difficultés de recrutement, les études d'infirmier feront l'objet d'un salaire. Par ailleurs il sera procédé à l'ouverture ou la réouverture d'un certain nombre d'IFSI (institut de Formation en Soins Infirmiers) particulièrement dans les régions en grande pénurie.

MIGAC

Pour assurer une bonne accessibilité et continuité des soins chaque secteur a pour mission d'établir un travail de réseau avec le tissu associatif, les soignants libéraux (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, infirmières,...) et les élus de son territoire.

Il pourra le cas échéant organiser des actions de formation ou d'information auprès de ces professionnels ou de la population au travers notamment des Conseils Locaux de Santé Mentale.

Chaque secteur disposera des moyens nécessaires pour assurer ces missions d'intérêt général et d'action dans la communauté (MIGAC)

⁴¹ Proposition élaborée après les Etats Généraux de la Psy par les syndicats CGT, SUD et FO et les associations SerPsy et CEMEA.

Gouvernance et financement

Tenant compte des spécificités de la psychiatrie et de ses modalités particulières de travail, le territoire géo-démographique (70 000 habitants) du secteur reste le plus valide. Ce qui implique que chaque secteur soit un pôle.

Le financement de la psychiatrie ne peut relever de la T2A (Tarification à l'activité), ni de la VAP (Valorisation de l'activité en psychiatrie). Son financement nécessite le maintien d'un financement global, prenant en compte l'ensemble des activités du secteur notamment en ce qui concerne les MIGAC. Sur le plan national la psychiatrie fait l'objet d'un budget spécifique, permettant de mesurer son évolution réelle⁽⁴²⁾.

Internement⁽⁴³⁾

Le recours à la privation de sa liberté d'une personne en raison de ses troubles psychiques qui peuvent présenter un danger pour elle-même ou pour autrui ou provoquer de graves troubles à l'ordre public est une mesure d'exception. La psychiatrie n'étant pas une science prédictive, elle ne peut définir qui est potentiellement dangereux et

qui ne l'est pas. Il ne peut être motivé que par l'état de la personne au moment des faits dûment constatés par un certificat médical. Le juge des libertés est immédiatement informé de chaque mesure d'internement. Il est impératif de revenir dans le droit commun sitôt que l'état de la personne le permet (même si celle-ci nécessiterait encore des soins et les refuse). Cet état étant constaté par certificat médical par le médecin traitant qui en informe immédiatement l'autorité administrative et le juge des libertés. La personne peut également présenter une amélioration de son état, sans qu'il n'ait suffisamment évolué pour permettre une levée de la mesure, dans ce cas un certificat médical permet à la personne de bénéficier de sorties d'essai. L'avis médical prime sur l'avis de l'autorité administrative qui peut si elle conteste cet avis, demander une expertise. En l'absence de certificat médical certifiant que l'état de la personne ne relève plus du droit d'exception, la personne ou toute personne contestant cette mesure peut saisir directement le juge des libertés qui fera procéder dans les plus brefs délais à une expertise. Le juge des libertés peut également s'autosaisir. Toute personne ayant interné abusivement ou prolongé abusivement l'internement d'une personne - la privant de ce fait de ses droits fondamentaux - est passible de poursuites.

⁴² Revendication des Etats généraux de la Psy. Le plan psychiatrie santé mentale de Douste Blazy en a montré l'importance, puisque ce plan annonçait plusieurs milliards supplémentaires alors que l'essentiel était dévolu au médico social et que pour une part importante, il s'agissait de sommes déjà prévues

⁴³ Cette partie est celle qui fait le plus polémique parmi les démocrates. Certains (tels que le CEDEP dont Claude Louzoun, le GIA, le juge Franco...) considèrent que la judiciarisation est la seule bonne solution pour remplacer l'arbitraire de la Loi de 1990, d'autres (Ferreri, Chaumont, Chemla, Bokobza le juge Portelli) considèrent que ce n'est pas forcément une bonne solution et que le risque serait la légalisation de ce droit d'exception comme ce fut le cas en union Soviétique où il était légal qu'un juge procède à l'internement psychiatrique d'un opposant pour atteinte à la constitution soviétique ce qui est très proche de notre trouble à l'ordre public! Je pense que dans le contexte on peut difficilement esquiver le sujet. J'ai donc proposé une version qui introduit le juge des libertés mais qui n'est pas la judiciarisation, ça vaut ce que ça vaut.

Quid du CARE?

Par M. Francis Parny

M. Francis Parny est Vice-Président du Conseil régional d'Ile de France.

Le « Care » a connu des heures de gloire. Notamment quand cette terminologie a été reprise par Martine Aubry, Première secrétaire du Parti socialiste. Et puis, plus rien, communication arrêtée.

Les critiques sur cette philosophie du Care se sont développées rapidement. Souvent de façon très régressive, sans écoute véritable sur ce à quoi correspondaient ces pratiques. Et cela sans sous-estimer la réflexion nécessaire à leur accomplissement éventuel car le risque existe bien qu'ils se substituent à la satisfaction des besoins par le service public.

Mais cette notion du care était discréditée sur la base de mauvaises querelles. Le terme était présenté comme appartenant à la sphère du privé, ou à la sphère « féminine » et dans ces conditions, jugé peu à même d'être opérationnel dans un débat public marqué par une tradition de justice sociale assurée par la collectivité publique.

La présence de nombreuses femmes dans la pratique du soin partagé a même servi une critique du care qui curieusement s'est retournée contre les femmes en jugeant l'éthique du care comme contre productive du point de vue féministe. Sandra Laugier dans la revue « Multitudes » a répondu avec fermeté à toutes ces critiques déplacées.

Alors « Quid du Care » aujourd'hui?

Il est probable que cette notion va revenir dans le débat public à l'occasion par exemple des lois sur la dépendance qui vont être débattues au parlement et aussi sans aucun doute, dans l'optique de 2012 où les questions de solidarités vont constituer un des thèmes importants de la campagne présidentielle.

C'est sans doute ce qui a conduit la fondation Terra Nova à relancer cette question dans un atelier de réflexion permettant de faire le point.

Cet article reprend pour l'essentiel une intervention que j'ai faite dans le cadre de cet atelier.

Le Care du point de vue des politiques de santé vise à valoriser les qualités et à faire reconnaître socialement les pratiques d'attention à autrui et de « souci des autres », appliquées aux soins mais aussi aux services domestiques quotidiens. Il veut faire prendre en compte celles et ceux

qui s'occupent des besoins d'autrui officiellement dépendants ou non et qui sont déjà très nombreux : assistantes maternelles, auxiliaires de vie, femmes de ménage, aidants familiaux...

Mais la pratique du soin mutuel se pose aussi dans la problématique plus générale du rapport entre l'intervention publique et l'intervention privée dans le domaine de la santé.

Ce terme questionne enfin les rapports entre la personne individuelle et l'État, réflexion importante en termes de projet de société qui pose la question de la place éventuelle du care dans les programmes présidentiels à venir.

Convenons tout d'abord que le concept même du soin mutuel est une réflexion tout à fait positive du point de vue du soin lui-même, du point de vue médical en quelque sorte. C'est une relation dite chaude comparée à une relation froide dont le seul but est curatif. Sans doute, cette question est importante, elle insiste sur l'interactivité de l'acte de soin. L'accompagnement des personnes porteuses du VIH par exemple, légitime l'efficacité d'une telle interactivité puisque le soin ne peut guérir ces personnes; le traitement de la dépendance non plus.

L'intervention du milieu familial permet aussi d'accompagner celles et ceux qui ont besoin d'une aide dans leur proximité et dans ce domaine, la volonté de permettre une plus grande mixité dans l'intervention des entrainants est sans doute nécessaire.

Mais d'emblée, je souhaite faire une première remarque. Il me semble nécessaire de dire que cette relation de soins ne peut être évoquée d'une façon indépendante par rapport à l'ensemble des problématiques de santé. Il me semble notamment nécessaire de souligner la constante dégradation du rapport aux soins de notre population.

Une étude indique aujourd'hui que 23 % des personnes renoncent à se soigner, contre 11 % il y a tout juste un peu plus d'un an. Ce constat touche bien sûr les familles les plus en difficultés du point de vue du pouvoir d'achat. Mais s'agissant justement de catégories sociales défavorisées, ce sont les mêmes souvent, qui sont le plus victimes de l'organisation du travail dans notre pays, de

sa pénibilité, de la maltraitance que nous y constatons et des conséquences de tous ces considérants sur l'état de santé de ces personnes.

Certes, le Care traite de quatre types de populations bien ciblées: la petite enfance, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, et les personnes handicapées, mais la dégradation constante de l'accès aux soins de notre population, génère bien sûr, une aggravation du nombre de personnes qui à un certain âge se retrouvent dans cette situation.

La deuxième remarque générale que je veux faire, c'est que toutes ces politiques publiques qui entraînent une dégradation de l'accès aux soins, fonctionnent de la même façon, très libérale, voire ultralibérale: il s'agit de peser sur la demande pour la diminuer, notamment en augmentant le coût du soin afin de mieux diminuer l'offre en toute réalité. La politique menée sur l'hôpital public est la démonstration éclatante de cet axe libéral.

La troisième remarque c'est que ce secteur n'échappe pas aux logiques de marchandisation et de financiarisation; l'état joue un rôle important pour identifier les risques, les segmenter et permettre ainsi que l'intervention privée prenne en charge les risques les plus « rentabilisables », en laissant à l'intervention publique la charge des risques les plus lourds.

Sans aucun doute nous allons retrouver ce clivage sur la question de la dépendance. Dans sa récente intervention, Nicolas Sarkozy a déjà manié l'ambiguïté, parlant tantôt de la 5^e branche de la protection sociale, tantôt du 5^e risque. Cette notion permettant de justifier sans doute le recours aux assurances pour couvrir ce risque.

Quant à la financiarisation des questions de santé, elle est évidente et va même jusqu'au cynisme puisque la dette sociale elle-même est financiarisée dès lors que les fonds du CADES sont aujourd'hui placés sur le marché.

Ainsi, il semble difficile de dissocier la forme de soin que nous pratiquons et les questions de solidarité, de la question du financement public de l'accès aux soins.

On peut prendre l'exemple de la petite enfance. Tout le monde souligne que l'accompagnement des parents dans l'acte éducatif à l'égard de leur petit enfant, nécessite d'avoir une véritable politique de développement des crèches.

Mais comment financer ce développement dans le même moment où la CAF, faute de moyens, se désengage de la gestion de ses crèches?

J'appartiens à un courant d'opinion qui a réfléchi à cette question et qui propose d'aller vers la création d'un **service public de la petite enfance** par la scolarisation en maternelle de tous les enfants de trois ans, et par la réalisation au travers d'un plan national de crèches, du nombre de lits correspondant aux besoins pour les enfants d'un an et de deux ans.

Nous avons chiffré cette proposition, elle nécessite la mobilisation de 5 milliards d'euros de crédits. Je dirai plus loin comment nous pensons possible de financer un tel plan.

Dans les propositions de Terra Nova, le financement des diverses mesures serait notamment assuré par des fonds attribués aux départements pour gérer ce soin mutuel. Mais sur cette question, il faut d'abord bien voir que nous sommes dans une situation où les collectivités territoriales, et spécialement les départements, se trouvent dans une impasse financière forte. Sans réforme fiscale concernant ces collectivités, elles ne peuvent absorber aujourd'hui le financement de besoins nouveaux. Et par ailleurs, lorsque l'on propose comme critère d'attribution des fonds le nombre de personnes âgées dépassant 70 ans par département, on sait par expérience que ce critère n'est pas pertinent. La population riveraine par exemple, d'un hôpital comme l'hôpital Rothschild à Paris, ou riveraine de l'hôpital Avicène à Bobigny, ne se trouve pas dans le même état de santé et la pratique par exemple de l'ablation de l'appendice ne se déroule pas dans la durée de la même façon dans un hôpital et dans l'autre.

Il faut donc bien poser cette question de comment financer une telle politique de la santé.

Nous sommes en Europe, porteurs de trois modèles bien différents, un modèle Bismarckien, un modèle lié à Beveridge et ce que l'on appelle le modèle Semashko. Certes, ces trois modèles tendent à converger dans la mutualisation entre un système de cotisations sociales et de fiscalisation.

Mais nous sommes en France dans la tradition bismarckienne d'un système principalement fondé sur la cotisation sociale. Dès lors se pose la question de savoir comment prendre en compte aujourd'hui, l'évolution du capitalisme et les conséquences que cette évolution produit à propos de la contribution de l'entreprise à l'intérêt général. Nous sommes dans un capitalisme financier où la part des salaires dans la valeur ajoutée a diminué de huit points en vingt ans en passant de 72 % à 64 % de cette valeur ajoutée et dans le même temps, la place des revenus financiers ne cesse de croître pour passer entre 1998 et 2008, de 24 % à 40 % des profits réalisés. Si l'on prend

comme base financière l'ensemble des revenus financiers cumulés dans notre pays, à savoir environ 305 milliards d'euros – ces chiffres peuvent sans doute être contestés, mais à la marge – l'application simple des taux actuels de cotisations patronales permettrait de dégager 39,9 milliards pour la Caisse Maladie, 24,3 milliards pour celle des retraites, et 16,4 milliards pour celle de la famille⁽⁴⁴⁾.

De telles sommes permettraient dans l'immédiat de compenser le déficit global de la protection sociale et de mener une politique sociale active, comme par exemple la mise en place d'un service public de la petite enfance que j'évoquais tout à l'heure.

Mon positionnement général est donc de dire que c'est **une protection sociale publique** financée et assurée qui seule peut permettre une véritable solidarité; le soin mutuel ou le care trouvant son efficacité dans ce cadre-là.

Sinon nous risquons d'accompagner une évolution qui affaiblit sans arrêt la protection sociale publique au bénéfice d'un mode associatif régulé par l'état et sans moyens véritables, générateurs d'emplois le plus souvent précaires et d'une baisse de la qualité du soin apporté.

Il est vrai que la réflexion de Terra Nova ouvre tout une série de pistes sur **la reconnaissance de l'entraïdant, et sur la nécessité de leur formation.**

Concernant les professionnels, je note toutefois que seule la première année de formation est compensée intégralement en termes de revenus. Quant aux bénévoles, si on leur conseille d'avoir recours au DIF (Droits Individualisés à la Formation) rien n'est imaginé pour la rémunération de telles formations les concernant.

La « reconnaissance » des entraïdants, conduit Terra Nova à traiter de la question du **congé parental** pour la petite enfance. A juste titre on peut penser que l'indemnisation « fixe » ne favorise pas la prise de congé parental, mais ce n'est pas en proposant une rémunération autour de 80 % du salaire qu'on résoudra les inégalités dans l'accès à la prise véritable d'un congé parental. On peut penser que les populations payées au SMIC par exemple, auront plus de mal à avoir recours à ce congé que d'autres. Il faudrait plutôt jouer sur le plancher de cette indemnisation en fixant un plancher au niveau du SMIC, voire supérieur. Le document transmis avant l'atelier fait par contre des propositions intéressantes d'évolution du congé formation permettant de faire en sorte que plus

d'hommes y aient recours et que ce congé soit mutualisé entre les hommes et les femmes.

On reste sceptique sur la proposition qui dit que la personne qui a besoin d'aide choisisse son aidant au travers de ce mécanisme de rémunération. Il est peu probable que des personnes qui ne trouveraient pas d'aidant dans leur entourage familial, puissent bénéficier d'une aide provenant de catégories sociales ayant des revenus importants.

Au bout du compte, nous risquons une fois de plus, de nous retrouver dans des dispositifs qui aboutissent à la mise en place d'emplois précaires contribuant à la dévalorisation professionnelle et salariale des emplois liés aux soins.

Une réflexion sur la nécessité de réévaluer la reconnaissance des soignants et d'augmenter leur formation, devrait conduire en premier lieu à des plans de promotion et de qualification des ASH dans les hôpitaux, de déblocage des numéros clausus pour les médecins, les infirmières, et d'une augmentation des rémunérations de ces dernières.

Bien sûr, mon insistance sur la nécessité d'un effort public comme base aux soins mutuels, ne me conduit nullement à être un adepte forcené du modèle Semashko.

Il y a besoin, sans aucun doute d'une réforme de l'hôpital, besoin d'un contrôle strict de la dépense publique de santé et cela passe à l'évidence aujourd'hui par un renforcement des investissements nécessaires aux économies de demain.

Mais en ce qui concerne les formes de gestion, loin de toute conception étatique ou bureaucratique du service public, nous sommes partisans d'appropriation sociale nouvelle.

Ce terme d'appropriation sociale est d'ailleurs l'image collective qui correspond le mieux à la relation existant entre l'aidant et l'aidé dans le soin mutuel. Il va donc de soi que toutes les questions de santé devraient être gérées avec la participation de celles et ceux qui sont le plus concernés: les usagers à commencer par un retour à la gestion paritaire de la sécurité sociale. Ce n'est pas seulement dans le soin que l'interactivité doit trouver une application mais dans la définition même et la gestion des politiques de santé.

Je m'inscris dans la démarche qui était celle par exemple de l'université d'été d'Attac, dont l'intitulé d'un des séminaires était: « Biens communs, nouveau paradigme politique de la transformation sociale ». Dans le

⁴⁴ Données citées dans « La protection sociale en danger » de Catherine Mills et Michel Limousin.

domaine de la santé, nous sommes bien dans le cas de figure d'un bien commun à partager, ce qui suppose encore une fois un investissement public, une gestion paritaire et une pratique de la solidarité garantie par l'investissement public qui permette de démultiplier toute pratique de soins mutuels interactive entre les aidés et les aidants.

Je souhaite terminer ce propos par une réflexion plus générale sur ce qui se profile en filigrane derrière le care : le rapport entre l'individu et l'état dans le projet de société que nous souhaitons développer.

Le débat sur le care dépasse en effet la question du soin partagé. Formulé comme la prise en compte dans la société du « souci des autres » il frappe à la porte du projet de société. Comment peut-il y entrer? Certains n'hésitent pas à en faire un élément décisif de la démocratie. Ainsi Christian Paul, député, indique : « Sans en faire pour la gauche une formule magique, nous pensons que cette pensée créatrice contribue, avec d'autres propositions, à endiguer le mouvement de fond du libéralisme ».

Bigre! Ainsi définie, une nouvelle arme révolutionnaire est née! Il me semble pourtant qu'il peut aussi servir – j'espère en avoir donné quelques exemples - de justificatif à l'accélération de la casse du service public en servant de substrat. Autour de cette philosophie du care on retrouve toute une série de notions qui sous prétexte d'action concrète en faveur de celles et ceux qui sont les plus vulnérables dans notre société, justifient des glissements notionnels pervers comme celui de service universel par exemple en remplacement du service public. Il n'est pas inutile de rappeler que le courant du care a été porté dans les années 80 dans l'Amérique de Reagan.

Il n'est pas contestable pourtant, que la relation aux autres est une question cardinale de tout projet de société et que la place de la personne, dans une alternative politique doit être fortement réévaluée.

Les « politiques » ont trop souvent eu tendance à oublier que les utopies qu'ils portent – qu'ils devraient porter - doivent servir avant tout l'émancipation humaine. Encore faut-il préciser de quelle émancipation nous parlons. Dans mon esprit il ne s'agit pas d'émancipation collective, mais d'émancipation de chacune et de chacun dans notre société à partir des potentiels qu'il ou elle porte. Dès lors, de ce point de vue, l'action publique doit permettre à chacune et à chacun d'exercer des droits définis comme accessibles à tous, quel que soit son milieu social de naissance.

Je me situe bien sûr, non pas dans un modèle où les individus sont isolés l'un par rapport aux autres, où

ils s'opposent dans un jeu de concurrence et où l'état n'aurait qu'à assurer ses missions régaliennes permettant de traiter les conflits, par la justice ou par la police et de maintenir la sécurité des biens et des personnes. Les autres rapports entre personnes seraient réglés par le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché.

Je pense au contraire, que la personne se constitue dans le cadre des rapports sociaux qui existent dans notre société et des conditions d'appropriation données à toutes et tous de leur histoire individuelle et de leur histoire commune.

Je pense évidemment qu'une intervention publique peut faire évoluer des rapports sociaux pour conduire à plus de justice, de solidarité et d'égalité.

Cela ne me fait pas du tout – puisque le terme a été évoqué par Marc Olivier Padis⁽⁴⁵⁾ dans son introduction – tomber dans une admiration béate de « l'état providence ». Encore que sa critique a priori est quelque part infamante puisqu'elle tend à considérer que tout individu se tourne vers l'état pour résoudre ses problèmes et demande uniquement de l'assistance.

L'état est en fait, l'ensemble constitué des citoyennes et des citoyens. Ce sont elles et eux qui créent les richesses que nous avons à répartir. L'action politique, en tant que « gestion de la cité » est une action qui au travers de la répartition des richesses qu'elle propose conduit les questions de solidarité d'une façon ou d'une autre. La gestion collective de ces richesses est aujourd'hui indispensable si l'on veut notamment préserver les biens communs des lois concurrentielles du marché.

Tony Judt, historien anglais, disait que le contraire de l'état providence c'était l'état concierge en soulignant que ce dernier contrôle les entrées et les sorties de l'immeuble⁽⁴⁶⁾.

Ma conception c'est que l'état ne doit pas simplement contrôler les entrées et les sorties dans notre société mais agir pour que les individus, les personnes puissent bénéficier des mêmes droits, des moyens pour faire en sorte que ces droits deviennent effectifs et de la possibilité de gérer collectivement l'ensemble des solidarités nécessaires à notre société.

⁴⁵ Marc Olivier Padis est rédacteur en chef de la revue « Esprit », il animait l'atelier de Terra Nova

⁴⁶ In « Après guerre, une histoire de l'Europe depuis 1945 » page 90.

LE « CARE » : TERRA NOVA A L'INITIATIVE

Dans l'atelier qu'ils ont organisé récemment, Terra Nova a fait le choix terminologique de parler d'une politique publique du « soin mutuel » et non pas du Care, tout en rappelant qu'il s'agit du soin comme souci permanent de l'autre et que justement cela se nomme « Care » en anglais en le différenciant de « cure » qui dans la langue anglaise renvoie à la pratique médicale.

Le document préparatoire à cet atelier affichait clairement la volonté de mettre en débat la nature d'une politique publique permettant de répondre aux besoins individuels et collectifs par le développement de la solidarité.

Quatre objectifs sont visés : la justice, la lutte contre les inégalités, la recherche du bien être et l'exercice de la solidarité.

Concernant la justice, l'atelier a insisté sur la reconnaissance dans la relation d'entraide concernant le soin de celles et ceux qui sont aidant ou entraînant et la nécessité de revaloriser socialement cette action.

Concernant les inégalités, il s'agit à la fois de parler de celui ou de celle qui a besoin du soin et de l'entraînant peu reconnu et mal rémunéré.

Concernant la recherche du bien être, il s'agit de souligner que celui-ci ne peut exister par le seul soin médical, et que la relation d'entraide est un élément constitutif du bien être.

Enfin, concernant la solidarité, la pratique du Care est posée comme une attention à l'autre comme fondement de la solidarité entre les citoyens dans la vie de la cité. Les solidarités qui se déploient dans la sphère privée et dans la sphère publique ne s'opposent pas entre elles, mais se complètent.

L'organisation de l'atelier a visé également divers considérants pratiques : tout d'abord, définir le champ et les publics concernés, ensuite décrire les dispositifs actuels de soins mutuels et surtout, envisager les principaux enjeux assortis de propositions concrètes pouvant être déclinées dans un programme.

Quelques propositions évoquées :

- « au-delà des allocations », promouvoir une meilleure articulation et complémentarité entre la solidarité publique et la solidarité privée, entre aide familiale et travail de soin professionnalisé.

- mieux articuler les deux formes de solidarité sans remplacer les politiques sociales pour être en complément et en support.

- pour les professionnels : renforcer les droits individuels à la formation (DIF) ; instaurer un diplôme obligatoire pour tous les métiers (avec droit à la formation en alternance et rémunérée lors de la première année), organiser une politique volontariste d'accès aux métiers du soin mutuel aux hommes.

- concernant les assistantes maternelles : développer des relais d'assistantes maternelles pour les inciter fortement à en intégrer un.

- pour les bénévoles associatifs : permettre des droits au DIF, inscrire l'engagement dans la valorisation des acquis de l'expérience (VAE)

- pour les proches et la famille, notamment dans le cadre d'un congé parental ou d'un congé d'entraide : permettre des droits au DIF, inscrire l'engagement dans la VAE.

- réformer le congé parental d'éducation et le congé de paternité, le rémunérer par un pourcentage du dernier salaire, attacher ce droit à la personne qui a besoin d'être aidée et non pas à l'entraînant notamment pour prendre en compte les personnes isolées.

- aménager des aides directes aux aidants : congé d'entraide, structures de répit, information des proches et offrir un dispositif concerté et efficace sur l'ensemble du territoire.

- soutenir les associations : créer un agrément d'État « association de soin mutuel » ou « association d'entraide », créer une cellule d'aide aux associations de soin mutuel ou d'entraide dans chaque ARS avec des antennes départementales, soutenir l'engagement associatif par une extension du congé de représentation.

La question du handicap et de la dépendance

Par le D^r Michel Limousin

Il y a débat aujourd'hui sur cette question qui est mal prise en charge et qui va devenir un problème tragique si elle n'est pas réglée au moment où la population âgée, tout particulièrement celle du 4^e âge va augmenter de façon importante. Comment faire? Faut-il parler d'un 5^e risque? Deux conceptions s'affrontent. A l'heure où le gouvernement s'appête à modifier la législation, le risque est certain de voir là aussi les institutions financières mettre la main sur ce secteur et profiter de la situation pour développer leur marché.

La notion de dépendance est floue car elle n'atteint pas que les personnes âgées. « *Les situations de dépendance ou d'indépendance n'existent pas dans la vie sociale; il n'existe que des relations d'interdépendance* ». Il faudrait, par nécessités démographique, économique et politique, resituer la population vieillissante dans un processus social dynamique, et se débarrasser de cette vision d'enfermement à travers la seule variable de l'âge. Pour permettre de vivre dans une société qui accepte l'individu comme se faisant dans un collectif et non comme figé individuellement. Pour Bernard Ennuyer⁽⁴⁷⁾: « *La dépendance « incapacitaire » renvoie à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique. La « dépendance - lien social » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, dans une forme d'organisation sociale déterminée. Suivant la vision que la société a de la vieillesse, les réponses apportées par les politiques sociales vont être totalement différentes. Réponse plus curative, plus médicale, plus individuelle dans le premier cas, réponse plus préventive, plus collective, plus correctrice des inégalités dues aux parcours sociaux, dans le second cas.* »

La prise en charge de la « dépendance », a été déclarée « cinquième risque de protection sociale » par Nicolas Sarkozy. Pour le Président les quatre premiers « risques » de la Sécurité sociale (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse) n'ont pas été conçus pour apporter une réponse adaptée à ce défi. Entre les prestations liées à l'état de santé et celles liées à une perte de revenu, il manquerait un maillon dans notre système de protection sociale pour compenser les restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie sociale. Mais appeler cela un 5^e risque n'est

pas anodin! Actuellement le risque dépendance est pris en charge par l'Assurance-maladie.

Il faut admettre qu'on ne disposera pas facilement d'un instrument de mesure capable de déterminer un niveau de dépendance objectif, à partir duquel on pourrait, toujours objectivement, déterminer précisément un niveau d'aide nécessaire, ou de prestation à attribuer. Il découle de cette imprécision de la notion de dépendance, des chiffrages du nombre de « personnes âgées dépendantes » qui varient de 300 000 personnes à 1 500 000, suivant la cause que l'on veut servir; ces évaluations sont relatives à qui évalue, à l'instrument d'évaluation, et aux objectifs recherchés.

Aujourd'hui, la perte d'autonomie touche plus d'un million de personnes en situation de dépendance. D'ici à 2015, la France comptera deux millions de personnes de plus de 85 ans contre 1,3 million aujourd'hui. L'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées à l'horizon 2040 est de l'ordre de 1 à 1,5 % par an. Cette évolution a des conséquences sur la protection sociale, tant en termes financier que sociétal.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie est un établissement public administratif national sous la tutelle des ministères en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du budget. Ses 15 milliards d'euros de ressources proviennent des crédits de l'Assurance-maladie, de la solidarité nationale - 100 % de la Contribution de Solidarité pour l'Autonomie (Journée nationale de solidarité mise en place par le gouvernement Raffarin à la suite de la catastrophe sanitaire de la canicule de l'été 2003) et 0,1 % de la Contribution sociale généralisée (CSG) - et des contributions des caisses d'assurance vieillesse.

La branche maladie de la Sécurité sociale est divisée en quatre secteurs: les soins de ville, les soins hospitaliers, les addictions et les soins médico-sociaux. La CNSA gère ces derniers. Les 12,6 milliards de crédits de l'assurance-maladie gérés par la CNSA servent ainsi à financer le fonctionnement des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. Les ressources propres de la CNSA (CSA, CSG et contributions des caisses d'assurance vieillesse), quant à elles, contribuent au financement:

- des aides individuelles à la personne: allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes

⁴⁷ Bernard Ennuyer est sociologue et directeur de l'association « Les amis du service à domicile »; Livre « Quand nos parents vieillissent » collection Mutation Autrement, dirigée par Pascal Dreyer et Bernard Ennuyer.

âgées (APA), prestation de compensation pour les personnes handicapées (PCH); l'APA, la PCH et la participation au financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont versées aux conseils généraux qui attribuent ces aides individuelles aux personnes elles-mêmes ou aux établissements qui les accueillent.

- du fonctionnement des MDPH;
- d'aides à la modernisation des services à la personne;
- d'actions, d'études et de recherche dans le domaine de la perte d'autonomie;
- du fonctionnement de la CNSA (0,1 % du budget global).

Fin 2008, 1 115 000 personnes percevaient cette **Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**, soit 3,4 % de plus qu'en 2007. 62 % des bénéficiaires vivaient à domicile et 38 % en établissements pour personnes âgées. La proportion de personnes âgées percevant l'APA et placées en GIR⁽⁴⁸⁾ 4 (modérément dépendantes) a légèrement progressé (45 %). Celles-ci représentent 58 % des personnes âgées vivant à domicile. Logiquement, 16 % des personnes vivant en établissement relèvent du GIR 1, le groupe le plus dépendant. Pour les personnes âgées vivant à domicile, le montant du plan d'aide est en moyenne de 494 euros. Pour les personnes vivant en établissement, il est de 460 euros. L'APA permet en moyenne d'acquitter 68 % du tarif des établissements d'accueil.

Pour ce qui est de la **Prestation de compensation du handicap (PCH)**, elle a été perçue par 58 200 personnes, effectif doublé par rapport à la fin 2007. Cette forte hausse est due à « *une montée en charge très rapide du dispositif* » et à l'entrée en vigueur en avril 2008 de la PCH enfants. Créée par la loi « handicap » de février 2005, cette prestation, attribuée quelle que soit la nature du handicap, l'âge ou le mode de vie du bénéficiaire, permet de répondre aux besoins d'insertion professionnelle, aménagement du domicile, aide de toute nature. 88 % des allocataires de la PCH ont perçu un versement au titre d'une aide humaine, 8 % pour aménager leur logement ou un véhicule, 3 % pour une aide technique. Selon le ministère 43 % sont âgés de 45 à 59 ans et 14 % ont 60 ans ou plus. L'aide humaine a permis de financer les aidants familiaux (27 %), des emplois directs (21 %), des services prestataires (17 %) ou des services mandataires (5 %). La moyenne mensuelle des versements a été d'un peu plus de 1 000 euros.

La CNSA est donc une caisse spécifique. La centralisation de l'ensemble des crédits est destinée à compenser la perte d'autonomie due à l'âge ou au handicap au sein d'une seule et même caisse, la CNSA. Elle est censée garantir que les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées leur soient réservées même si elles n'ont pas été consommées dans l'année de leur inscription au budget. La CNSA devrait permettre, d'assurer la traçabilité et le suivi de ces crédits; elle devait améliorer la lisibilité de l'effort financier de la collectivité nationale en faveur des personnes privées d'autonomie; elle doit assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

L'originalité de cette prise en charge globale de la perte d'autonomie réside dans son mode de gestion décentralisé fondé sur la proximité et l'aide personnalisée. La CNSA attribue aux préfets de département les dotations destinées aux établissements et services médico-sociaux à partir de leurs priorités exprimées dans un document de programmation régional (le PRIAC) et au regard des priorités nationales.

Le financement des aides individuelles fait l'objet d'un versement par la CNSA de dotations mensuelles aux conseils généraux en fonction de critères définis par décret. Les concours financiers en faveur des personnes handicapées sont gérés par les maisons départementales des personnes handicapées; ceux pour les personnes âgées par les services sociaux des conseils généraux. La CNSA n'est pas seulement un organisme collecteur et répartiteur de crédits mais également une agence d'élaboration, d'évaluation et de diffusion des bonnes pratiques, un espace public de propositions sur l'évolution, la modernisation et l'organisation des politiques publiques conduites dans le champ de la gérontologie et du handicap.

Parmi les frais supportés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, on distingue :

- les soins médicaux remboursés par l'Assurance-maladie et les mutuelles;
- les charges liées à la perte d'autonomie (services à domicile, aménagement appartement, véhicule...) prises en charge en partie par la CNSA via l'APA ou la PCH;
- les frais d'hébergement et de restauration payés par les personnes elles-mêmes et leur famille. Les personnes âgées dépendantes qui n'ont pas de ressources suffisantes peuvent bénéficier de l'aide sociale pour payer leurs frais de subsistance. Les personnes handicapées perçoivent l'allocation adulte handicapée (AAH) calculée en fonction du revenu du foyer et plafonnée à 599,49 euros par mois. Celles qui ne peuvent pas travailler peuvent percevoir un com-

⁴⁸ GIR : groupe iso-ressources classé de 1 à 6 prévus par la grille AGGIR allant du plus grave au moins grave.

plément de ressources (179,31 euros) sous certaines conditions.

L'AAH, créée en 1975 bénéficiait à 786 200 personnes fin 2004 (soit + 2,6 % par rapport à 2003), soit presque ¼ des allocataires de minima sociaux. Evolution : depuis 1995 et jusqu'en 2003, le nombre d'accords prononcés par les Cotorep pour un taux d'incapacité d'au moins 80 % est resté relativement stable. Il oscille légèrement au-dessus de 120 000 par an. En revanche le nombre d'accords au titre d'une incapacité comprise entre 50 % et 79 % et de reconnaissance de l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de son handicap est en progression régulière. Il est passé de 58 000 en 1995 à 88 000 en 2003, soit une augmentation de 5,4 % par an en moyenne. Pour bénéficier de l'AAH, il faut justifier de la nationalité française ou d'une nationalité étrangère à condition de fournir la preuve de la régularité du séjour en France, du lieu de résidence établi en France, d'une incapacité permanente reconnue d'au moins 80 %, ou d'une incapacité permanente comprise entre 50 % et 80 % à condition d'être reconnu par la CDAPH⁽⁴⁹⁾ dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de son handicap et de n'avoir pas occupé un emploi depuis au moins un an. L'AAH est versée à toute personne remplissant ces conditions et âgée de plus de 20 ans ou de 16 ans si elle n'est plus considérée comme « à charge » au sens des prestations familiales. L'allocation n'est pas soumise à l'imposition sur les revenus. Pour en bénéficier, il ne faut pas dépasser un plafond de ressources annuel (ressources 2004) de : 7 193,88 euros pour une personne seule ou 14 387,76 euros pour un ménage (mariés, pacsés ou concubins). Ce plafond est majoré de 3 596,94 euros par enfant à charge. Un complément de ressources de 166 euros par mois peut s'ajouter à l'AAH depuis le 1er juillet 2005, à condition de justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 80 %, de disposer d'une capacité de travail inférieure à 5 %, de n'avoir reçu aucun revenu d'activité à caractère professionnel depuis un an, de disposer d'un logement indépendant, de percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail. L'AAH peut être majorée de 100 euros par mois à condition de justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 80 %, disposer d'un logement indépendant pour lequel l'handicapé perçoit une aide personnelle au logement, percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, ne pas percevoir personnellement de revenu d'activité à caractère professionnel. L'allocation aux adultes handicapés comme le complément de ressources sont

versés mensuellement et peuvent être perçus jusqu'à l'âge de 60 ans. Après 60 ans, l'AAH est remplacée par une pension ou un avantage vieillesse. L'AAH est accordée pour une durée allant de 1 an à 5 ans, voire de 10 ans maximum pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %. L'AAH donne également droit à l'exonération de la taxe d'habitation et de la redevance audiovisuelle.

Concernant la création d'un 5^e risque, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) exprime un positionnement différent du nôtre mais défend le principe de solidarité nationale.

Pour l'UNCCAS, dont la majorité des plus de 3 400 CCAS-CIAS adhérents gère des équipements et des services publics de proximité pour personnes âgées ou handicapées dans une logique de prévention et de coordination avec leurs partenaires, la réflexion autour des besoins à couvrir doit précéder celle des moyens à mettre en œuvre. Le droit universel à compensation, c'est plus qu'un principe, c'est une nécessité. La volonté de créer une nouvelle prestation de compensation pour toute personne en situation de perte d'autonomie, quels que soient son âge et la cause de sa dépendance (handicap de naissance, d'accident; maladies d'Alzheimer; grand âge, etc.) n'est pas inscrite dans la seule loi du 11 février 2005. La recherche de convergence entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées fait l'objet, depuis plusieurs années, d'un réel dialogue et de très nombreux échanges entre les acteurs. Cette dynamique ne saurait être négligée. Dans un souci de cohérence du dispositif, d'articulation des financements et d'égalité de traitement des usagers, l'UNCCAS est favorable au pilotage national de la nouvelle prestation de compensation d'autonomie par la CNSA. La mise en œuvre opérationnelle de la prestation confiée aux départements devrait permettre, selon elle, l'évaluation appropriée des besoins et la définition de plans personnalisés de compensation. La coordination avec les acteurs locaux que sont les CCAS-CIAS compléterait le dispositif.

Faire l'économie de la prévention coûterait plus cher au final. La création d'un risque spécifique pour les personnes en situation de perte d'autonomie ne doit pas se faire aux dépens des publics plus autonomes, estime l'UNCCAS. Les actions de prévention de la dépendance doivent être développées en amont, notamment grâce à l'indispensable maintien des financements des CRAM en faveur de l'accompagnement des personnes âgées autonomes (GIR 5 et 6).

Pour l'UNCCAS, la création d'un nouveau risque de protection sociale doit s'accompagner de la création

⁴⁹ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

d'une nouvelle branche de Sécurité sociale, sous diverses conditions :

- * Ce 5^e risque ne doit en aucun cas aggraver le déficit de la Sécurité sociale en venant peser sur les dépenses des autres branches.
- * Privilégier un mode de financement par la solidarité nationale: Considérant que chacun de nos concitoyens est concerné par ce risque dépendance et qu'il convient de répartir ce coût sur l'ensemble de la société, l'UNCCAS est favorable à un financement de cette 5^e branche par le biais de la CSG.
- * L'UNCCAS est opposée au principe d'une couverture assurantielle⁽⁵⁰⁾ pour financer cette 5^e branche. Elle voit dans cette solution une forme d'hypocrisie puisque les personnes qui n'auront pas les moyens de contracter une assurance privée se tourneront naturellement vers les collectivités locales déjà sollicitées aujourd'hui.

L'UNCCAS est également contre la prise en compte des ressources et du patrimoine des personnes dans la mesure où une intervention du dispositif modulée en fonction des revenus remettrait en cause le principe d'universalité. Enfin, l'UNCCAS s'oppose à ce que soient mis en œuvre l'obligation alimentaire et les recours en récupération sur succession, l'expérience de la PSD ayant montré le risque de voir des personnes renoncer à cette prestation nécessaire plutôt que de déshériter leurs descendants.

L'UNCCAS fédère plus de 3 400 centres communaux et intercommunaux d'action sociale soient 5 000 communes, représentant 40 millions de Français. Dans le cadre de leur mission d'information, d'accompagnement et de prévention de la dépendance, les CCAS-CIAS peuvent gérer des structures d'hébergement, des services d'aide et de maintien à domicile. Ils agissent contre l'isolement des personnes âgées/handicapées et mènent des actions d'animation et de prévention de la perte d'autonomie. Ils ont un rôle de coordination locale.

En août 2009, la ministre Nora Berra annonçait un débat public pour un 5^e risque de "protection sociale" mais le ministre Xavier Darcos ne semblait pas sur la même longueur d'onde et réfutait le terme de « protection sociale » : le 5^e risque reste un dossier prioritaire mais il ne sera pas de « protection sociale ». Nora Berra

⁵⁰ Les principales compagnies d'assurances, mutualistes, caisses de retraite et établissements bancaires qui proposent des contrats d'assurances dépendance sont : AGF : solutions Dépendance AGF, AG2R : contrat Safir Plus, Predica auprès des agences du Crédit Agricole, Groupama, FNMF Prévoyance : Fédération nationale de la Mutualité Française, Pro BTP, Saprem du Groupe Malakoff, Maaf Assurance et son offre AVISEA, AXA, Formule Autonomie, Crédit Lyonnais.

annonce une Conférence Nationale personnes âgées au cours du 1^{er} trimestre 2010. L'objectif du ministère est de gagner du temps, le dossier 5^e risque n'étant pas prêt. Le gouvernement utilise la crise pour temporiser. Par ailleurs, la convergence Personnes Agées/Personnes Handicapées ne semble plus à l'ordre du jour alors qu'elle est déjà inscrite dans la loi. Les Fédérations concernées⁽⁵¹⁾ feront une annonce collective positive pour porter haut et fort une demande de vote de la loi mais en restant sur les pré-requis posés par la CNSA, avec un échéancier à 5 ans ; l'objectif est de poser sur le principe d'une loi cadre de solvabilisation des personnes âgées et des familles.

Des propositions pour la dépendance

Première idée : une grande politique de la dépendance doit être mise en œuvre dans ce pays. Elle doit se faire dans la concertation, l'écoute, l'évaluation des besoins et avec des propositions financières solidaires à la hauteur des besoins.

Deuxième idée : L'intervention des banques, assurances, caisses de rente et de prévoyance dans la gouvernance et le financement modifient le principe de solidarité et de gestion de la Sécurité sociale. Nous sommes absolument contre l'entrée de ces organismes qui font déjà des profits faramineux dans ce secteur alors que l'argent manque. Les compagnies d'assurances commerciales ont encaissé 7,6 milliards en cotisations incapacité – invalidité en 2008 et ont versé environ 3,4 milliards de prestations incapacité – invalidité...

L'idée d'une cinquième branche, à côté des caisses famille, retraite, maladie et accident de travail, avait été avancée par les candidats du PS à l'investiture présidentielle. Souvenons-nous qu'en 1967, l'éclatement de la Sécurité avait provoqué la création de plusieurs branches. Le patronat avait obtenu là sa plus grande victoire pour sa stratégie de division des travailleurs depuis 1945. Rappelons la sortie des allocations familiales du réseau des caisses de Sécurité sociale, la création des retraites complémentaires et de l'UNEDIC en gestion paritaire au lieu de les intégrer dans la Sécurité... Aujourd'hui nous sommes devant une nouvelle étape. En passant de la branche associée à une caisse, au risque pouvant être géré également par les institutions financières et les assurances, un nouveau coup est porté à la Sécurité sociale. Une telle partition de l'assurance-maladie serait inacceptable car elle constituerait une rupture avec les principes fondateurs de la Sécurité sociale, auxquels sont profon-

⁵¹ FHF, URIOPSS, AD PA (Association des directeurs au service des personnes âgées), FNMF, CNEHPAD, FNAQPA, UNCASS, FNADEPA, SYNERPA.

dément attachés nos concitoyens : la solidarité et l'universalité. La compensation du handicap et de la perte d'autonomie doit être gérée et intégrée dans le cadre de la Sécurité sociale.

Enfin nous considérons que toutes les options qui ont jusqu'à maintenant poussé vers la fiscalisation ont été des échecs : les financements collectés par l'État (journée

de travail supplémentaire dédiée, taxe) ne sont pas sûrs. L'État s'appuie sur le principe organique de l'unité du budget de l'État et de la non affectation des ressources pour tergiverser, retarder et bien souvent ne pas verser ces sommes. Nous avons donné plus haut les chiffres des dettes de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale. Des cotisations sociales prélevées sur la création de richesses par les entreprises sont sans ambiguïté.

La réforme de la dépendance selon l'UMP : Chacun pour soi et Marché pour tous !

Par Frédéric Rauch

Economiste de formation, titulaire d'un DEA d'économie du travail et des politiques sociales, après quelques années d'enseignement, Frédéric RAUCH a été responsable du secteur économique du Comité d'entreprise de la CPAM de Paris, puis attaché parlementaire des groupes communiste et républicain du Sénat et de l'Assemblée nationale rattaché aux dossiers des commissions des affaires sociales des deux chambres parlementaires, en particulier aux dossiers santé et protection sociale. Il est aujourd'hui collaborateur du groupe communiste du conseil général du Gers et responsable du secteur santé de la fédération du PCF gersois.

En 2007, le candidat Sarkozy avait fait de la réforme de la dépendance un engagement civilisationnel. Inscrite en bonne place dans son programme présidentiel, elle portait en germe la création d'un 5^e risque, ajouté à la protection sociale.

En juin 2010, l'UMP vient de donner plus précisément corps à cet engagement présidentiel au travers du rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale. Et le voile est tombé.

Si comme à l'habitude les engagements et promesses du candidat à la présidentielle ont fait long feu, pour la première fois, de manière nette et précise, la prise en charge solidaire, intergénérationnelle et collective des personnes en situation de dépendance est abandonnée au profit d'une prise en charge strictement individualisée, privatisée, marchande et assurantielle.

Piloté par la députée UMP de Meurthe-et-Moselle, Valérie Rosso-Debord, le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale pour une réforme de la prise en charge de la dépendance n'est pas un coup de tonnerre dans un ciel serein. Il poursuit le mouvement de réforme de la dépendance engagé depuis 2004 avec la création de la Caisse nationale pour la solidarité pour l'autonomie (CNSA) et s'inscrit dans le cadre des réformes en cours visant la réforme de notre système de sécurité sociale (réforme des retraites et réforme de l'offre de soins (loi Bachelot)), celle de l'État, ainsi que la réduction de la dépense publique.

Quant à ses 17 propositions, elles agrègent et synthétisent clairement les pistes dégagées par les rapports Gisserot de 2007 (rapport de la Cour des comptes) et Vasselle de 2008 (rapport du Sénat), dans lesquels on

trouvait déjà la volonté, en filigrane ou parfois déclarée, de faire financer la dépendance par l'ensemble de ses bénéficiaires potentiels et d'instituer une assurance obligatoire⁵².

Pour autant, ce rapport n'est pas qu'un rapport de plus. Socle de la future réforme de la dépendance annoncée par le Président pour octobre prochain, juste après la

⁵² Les orientations inscrites dans les conclusions du rapport Gisserot sont sans équivoques : Afin de répondre à l'évolution des besoins de financement liés à la dépendance, quel que soit le scénario retenu de cette évolution « il pourrait ainsi être procédé à l'harmonisation progressive des taux de GSG applicables aux revenus de remplacement actuellement assujettis sur ceux applicables aux revenus d'activité et à l'extension de la CSA aux revenus des non salariés, ce qui serait conforme à la logique de suppression d'un jour férié; la charge sur les finances publiques pourrait en outre être allégée si ce choix s'accompagnait, ce qui n'est pas incompatible, d'un développement de l'assurance privée sous les formes les plus diversifiées possibles : contrats individuels, contrats collectifs, aménagement des contrats d'épargne retraite... La Fédération française des sociétés d'assurance est prête à engager ses adhérents dans cette voie. Il convient de l'y encourager en sensibilisant les futurs retraités sur le niveau de prise en charge de leur dépendance auquel ils pourront prétendre en fonction de leurs ressources. Le bénéfice d'une aide fiscale n'est pas non plus à exclure mais à condition de résulter de la réaffectation d'aides existantes, dont l'utilité ne serait plus justifiée, et non de la création d'une niche fiscale supplémentaire. Il convient en effet de souligner que, s'agissant d'un risque long, l'assurance offre l'avantage de permettre la constitution des provisions nécessaires. Le développement privé devra être pensé en liaison avec l'évolution progressive du barème de l'APA en fonction des revenus. » Quant au rapport Vasselle, le 3^e volet des principales orientations ne permet pas plus le doute : « Une articulation à définir entre le socle solidaire et l'étage de financement assurantielle : Instituer un processus conjoint administrations publiques/assureurs pour le déclenchement des prestations en cas de dépendance ; - Garantir la « portabilité » des contrats pour les souscripteurs qui souhaiteraient changer d'assureurs ; - Permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne (PERP) ; - Ouvrir la possibilité de convertir des contrats d'assurance vie en contrats dépendance, sans que cette transformation ne soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ou pénalité pour l'assuré ; - Réfléchir au développement de mécanismes facilitant pour les personnes à bas ou moyens revenus la souscription, sur une base volontaire, d'un contrat de prévoyance ».

réforme des retraites⁽⁵³⁾, il avance d'un pas supplémentaire dans le programme de réforme du gouvernement Sarkozy visant à remettre en cause au nom de la compétitivité des entreprises et des équilibres comptables de l'État, l'ensemble des acquis du Conseil national de la Résistance et du gouvernement provisoire de 1945.

En matière de réforme de l'organisation du secteur médico-social et de la prise en charge de la dépendance, le rapport milite pour l'inscription ferme des établissements d'hébergement des personnes âgées dans le cadre des Agences régionales de l'Hospitalisation (ARS), et pour le transfert total à la CNSA du pilotage national de la dépendance et des politiques médico-sociales (propositions 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 et 17 du rapport).

Cette volonté de rationalisation apparente du secteur médico-social consiste concrètement à renforcer l'encadrement des dépenses de ces établissements par l'institutionnalisation d'audits de bonnes pratiques gérés par les ARS et la CNSA, et à réduire la contribution publique à ces établissements. Elle porte à la fois sur la gestion des établissements et sur les protocoles médicalisés et sanitaires de prise en charge des personnes dépendantes.

Ni plus ni moins, le rapport propose au gouvernement d'achever la transposition des dispositions de la loi Bachelot au secteur médico-social en général, et en particulier de la dépendance.

Dans la même veine de recherche d'économie budgétaire sur le dos des usagers, la proposition de suppression du bénéfice de l'APA pour les personnes reconnues GIR 4 (proposition 15) au motif qu'il faudrait concentrer le bénéfice de l'allocation sur les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 à 3) aboutira à la perte de l'allocation pour près de 600 000 bénéficiaires actuels, soit près de la moitié des bénéficiaires de l'APA. Si elle devait être transposée dans la loi, cette mesure aurait des conséquences redoutables dans le quotidien de ces personnes âgées.

Mais le diable étant dans le détail, c'est le transfert à la CNSA du pilotage de la dépendance qui indique clairement l'esprit du rapport. Conçue comme un outil de réduction de la dépense publique, notamment en matière sociale dans la mesure où la sécurité sociale est actuelle-

ment le financeur principal (85 % des financements) de la prise en charge de la dépendance, le glissement de la gouvernance de la politique nationale de la dépendance vers la CNSA ouvre la voie à l'adoption d'un nouveau dispositif de financement de la perte d'autonomie. D'un financement public et solidaire, la prise en charge de la dépendance laisserait une large place aux financements privés et au marché de l'assurance prévoyance.

Il s'agit d'ailleurs de l'axe principal du rapport dont les propositions phares consistent à :

- instaurer une assurance privée obligatoire dès 50 ans contre la perte d'autonomie (proposition 12 du rapport),
- instituer pour les bénéficiaires de l'APA possédant un patrimoine de 100 000 euros au moins, un droit d'option entre une APA réduite de moitié n'ouvrant pas sur un recours sur succession et une allocation à taux plein autorisant un recours sur succession plafonné à 20 000 euros (propositions 10 et 11),
- augmenter à 7,5 % le taux de CSG applicable aux retraités (proposition 13).

Ces trois propositions précises du rapport sont en effet symptomatiques des ambitions du rapport. Elles entérinent l'abandon de la création d'une 5^e branche de la sécurité sociale visant à faire face aux aléas de la perte d'autonomie, et redéfinissent surtout très clairement un nouveau cadre très libéral de la prise en charge de la dépendance.

Elles opèrent le glissement d'une prise en charge de la perte d'autonomie organisée et assurée par la puissance publique, sous la forme d'un droit, dans le cadre d'un financement socialisé et solidaire, où chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins, vers un niveau de la prise en charge proportionné à la capacité de cotisation (ou de prévoyance) de chacun, défini par contrat sur la base d'une classification des risques devant la dépendance distinguant « petits risques » et « gros risques ».

C'est évident en ce qui concerne le principe d'une assurance prévoyance privée obligatoire, dans la mesure où chacun sait que les assurances privées ou les mutuelles, même labellisées par la CNSA, n'offriront de niveau de couverture dépendance que proportionnée à la cotisation de leurs clients.

Et cela l'est aussi pour ce qui concerne le recours sur succession. Le montant moyen annuel de l'APA à domicile étant de 4 908 euros et la durée de versement moyenne étant de 4 ans. La fixation du plafond à 20 000 euros dans le rapport montre bien que l'intention est de faire en

⁵³ Il n'est pas inutile de rappeler que Valérie Rosso-Debord a été le rapporteur principal de l'UMP pour le débat sur la réforme des retraites. Ce qui n'est pas anodin à la mesure de l'ouverture aux fonds de pensions et aux opérateurs financiers de l'assurance du marché de la prévoyance proposé dans ce rapport. La réforme de la dépendance pourrait en effet devenir le cheval de Troie des marchés financiers pour le financement des retraites, en ouvrant aux investisseurs financiers les premiers éléments concrets et solides sur lesquels ils pourraient s'appuyer pour inciter à la financiarisation des pensions.

sorte que les bénéficiaires de l'APA se paient eux-mêmes leur allocation dépendance, en excluant toute participation financière publique.

Et le relèvement de la CSG des retraités reste dans le même esprit : les individus ayant un risque le plus élevé de dépendance se financeraient ainsi eux-mêmes, et plus que les autres, le risque. Ce rapport est sur le fond une tentative de remise en cause complète de l'universalité de la prise en charge du risque dépendance et de l'égalité devant ce risque. Un pur produit de l'idéologie libérale.

Enfin, il ne doit pas être négligé non plus que les propositions de ce rapport constituent aussi un outil formidable de consolidation du marché assurantiel de la prévoyance assurant une très forte rentabilité des investissements financiers du secteur⁽⁵⁴⁾. Avec une rente évalué à près de 11 milliards d'euros selon les termes du rapport,

il ne faudrait pas moins que la création d'une assurance prévoyance obligatoire pour les plus de 50 ans, tout en sachant que seule 1 personne sur 5 est susceptible en moyenne de subir le risque dépendance, et l'assurance d'un coût réduit à sa plus simple expression par un niveau réduit de la prise en charge du risque, pour redonner un coup de fouet à un secteur de l'assurance qui peine à s'imposer en France.

Reste que le rapport Rosso-Debord n'est encore qu'un rapport. Le projet de loi du gouvernement visant la réforme de la prise en charge de la dépendance n'est pas encore paru. Annoncé initialement pour octobre 2010, il ne sera rendu public qu'à l'été 2011 selon les dernières déclarations de politique générale du gouvernement.

La grande bataille de la dépendance ne fait donc que s'engager.

⁵⁴ Peut-être faudrait-il sur cette question rapprocher ce rapport et le travail de lobbying de la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) piloté par Guillaume Sarkozy membre actif de la FFSA et haut responsable du Medef section assurance aux côtés de Denis Kessler haut responsable d'AXA, n° 2 du Medef et grand pourfendeur des acquis de 1945.

L'interview de dernière minute !

Interview de M. Jean Luc Gibelin

Jean-Luc Gibelin est infirmier de secteur psychiatrique; il a passé les concours de cadre de santé, cadre supérieur et directeur d'hôpital. En poste de directeur adjoint dans un établissement hospitalier universitaire de l'Ile de France. Responsable d'une organisation syndicale de cadre de direction et animateur de la commission santé et protection sociale du Pcf.

La rédaction: *Jean Luc Gibelin, vous êtes responsable des questions de santé et de protection sociale au sein du Pcf. Nous venons d'assister à un mouvement d'ampleur exceptionnelle pour les retraites; quelle lecture faites-vous de cet événement?*

LJG: J'y vois tout d'abord un attachement fort aux principes de la retraite par répartition, à ces principes de solidarité issus du programme du Conseil National de la Résistance. C'est d'autant plus significatif que c'est bien à cela que le pouvoir veut s'attaquer comme l'avait si clairement avoué Denis Kessler.

Je vois aussi un refus des affirmations gouvernementales et patronales de l'impossibilité d'assurer l'avenir des régimes de retraites en dehors de cette réforme. Pour notre part, nous avons beaucoup agi en terme d'information, de diffusion de propositions réellement alternatives notamment en terme de financement pour aider à construire ce refus. Oui une réforme juste, équitable, pérenne garantissant la retraite par répartition avec un départ en retraite à 60 ans à taux plein c'est-à-dire avec 75 % du salaire des 6 derniers mois dans le public ou des dix meilleures années dans le privé est possible.

Je trouve que le mouvement a aussi démontré une grande détermination des salariés, des jeunes, des retraités pour s'engager dans les mobilisations. J'ai noté une entrée significative des salariés du secteur privé avec des formes de luttes comme les blocages des raffineries qui campent bien la volonté d'en découdre. J'ai aussi vu une grande imagination populaire pour adapter les conditions de participation pour que le mouvement perdure.

Au total, je pense que ce conflit a confirmé la volonté du peuple de ne pas s'en laisser compter dès lors que des alternatives lui paraissent crédibles. Je considère que sur cette phase de l'affrontement de classe, nous avons marqué des points précieux au plan idéologique, il ne faut pas relâcher, au contraire!

La rédaction: *Quelle est votre approche de la question de la pénibilité? Comment doit-elle être prise en compte pour les retraites?*

LJG: Tout d'abord, il faut revenir sur les statistiques, notamment celles de l'espérance de vie en bonne santé qui est de 62 et 63 ans environ pour les hommes et les femmes. Cela montre combien la réforme promulguée en catimini par le président de la République est injuste et risque de purement et simplement priver de retraite une partie importante de la population.

La pénibilité doit faire l'objet d'une vraie négociation avec les organisations syndicales représentatives des salariés. Il faut avancer sur des critères de définition de la pénibilité contrairement au refus permanent du patronat en particulier du Medef. Cette définition établie et validée par les organisations syndicales, il faudra engager un processus de négociation pour compenser cette pénibilité dès le lieu de travail. Je pense aux organisations de travail, aux conditions matérielles du travail, au temps de travail en activité et aussi au départ anticipé à mettre en œuvre pour ces professions identifiées. C'est évidemment à l'antipode des décisions gouvernementales qui ont par exemple retiré la reconnaissance de la pénibilité à la profession infirmière en reculant l'âge de départ en retraite de cinq ans en janvier 2010 c'est-à-dire juste avant la réforme du 9 novembre 2010. Honte à ce gouvernement et aux parlementaires qui ont pu voter cela!

Pour nous, il faut bien envisager des procédures de départs anticipés pour certaines professions tout en précisant que la pénibilité doit être compensée dès le travail pour ne pas arriver « cassé » à la retraite même en départ anticipé.

La rédaction: *Quelles seraient vos priorités si vous étiez au pouvoir en matière de réforme des hôpitaux?*

LJG: Tout d'abord, un formidable bol d'air de démocratie tant en interne qu'en externe. L'hôpital comme la santé en général dans cette société manque cruellement de démocratie. Il faut au contraire mettre la démocratie comme motrice du système, comme dynamique de fonctionnement, comme élément objectif de contrôle. C'est donc vrai dans les instances internes de fonctionnement qui doivent être radicalement modernisées et démocratisées.

tisées, tant dans leur mode de constitution que dans les attributions réelles qui doivent leur être confiées.

C'est vrai aussi de l'externe. Il faut un système réellement démocratique de recensement des besoins de santé, de détermination des réponses à y apporter, de contrôle des réponses apportées. Il faut que cela soit au plus près des populations, notre proposition d'Assises régionales santé va dans ce sens, nous y reviendrons, j'espère.

Il faut ensuite, engager un vrai plan de formation significatif en termes de dimensionnement et sur le long terme pour les professions du secteur sanitaire et social. C'est vrai pour l'ensemble des métiers du sanitaire et du social. Cela est impératif car le déficit en professionnels qualifiés est réel et ne peut perdurer. Il faut pour cela engager des procédures volontaristes pour augmenter les promotions habituelles, une négociation avec les organisations syndicales devra en fixer les conditions.

Ce plan de formation sur le long terme au moins cinq ans, doit s'accompagner de la création de poste de manière significative. Ces postes qualifiés pourront aussi être pourvus par un nouvel élan de validation des acquis professionnels car de nombreux postes sont aujourd'hui occupés par des faisant fonction dans le sanitaire et le social.

Il faut aussi modifier les aspects de financement de l'hôpital. Les investissements relèvent de la compétence pleine et entière de l'État. La santé doit plus que jamais être réaffirmée comme une responsabilité de l'État, il doit en assurer le financement de l'investissement. Le fonctionnement est lui assuré par l'assurance-maladie.

Puisque nous évoquons la question du financement, je veux dire notre opposition ferme à la T2A et au principe des enveloppes fermées. Il faut en finir au plus vite avec ce mode de financement très pervers ainsi qu'avec le carcan des enveloppes fermées. Toujours sur le financement, la structure comptable de « l'état prévisionnel des recettes et des dépenses » (EPRD) ne doit pas perdurer non plus. C'est un mode d'organisation de type « société privée » alors que l'hôpital doit retrouver le principe des budgets avec une demande de recette et non une attribution par le pouvoir comme actuellement. Il faut aussi mettre fin à la taxe sur les salaires et à la TVA payées par les hôpitaux qui sont un véritable détournement injuste de l'argent de la protection sociale vers les caisses de l'État.

Plus globalement, notre opposition à la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » implique sa suppression immédiate. Au-delà de la suppression qui est indispen-

sable, il faut aussi un plan de réouverture de structure de proximité.

Enfin, je considère qu'il faut engager une politique très volontariste en termes de financement de la protection sociale. En effet, c'est sur cet aspect que la différence se fait avec le pouvoir actuel mais aussi avec les gouvernements précédents qui ne se sont pas affrontés aux questions du financement.

La rédaction: *Que pensez-vous de cette idée de cinquième risque pour traiter du problème de la dépendance?*

LJG: C'est une proposition très dangereuse. Elle est d'autant plus qu'elle apparaît être motivée par le bon sens. Elle sous entend qu'identifier un nouveau risque règle la question du financement de cette prise en charge. Ce sont évidemment des questions séparées.

Mais, insistons un peu sur cette identification d'un nouveau risque, d'une nouvelle branche pour la dépendance. Le premier danger, que j'y vois, est la possibilité grandement facilitée de modifier le financement voire de le confier au monde financier. Je note d'ailleurs que les entreprises financières sont toutes disposées à venir faire de juteux profits sur ce segment économique. Je dois aussi dénoncer le conflit d'intérêt, une nouvelle fois, qui existe avec le président d'un des principaux groupes (Médéric/Malakoff) qui se positionne sur ce marché potentiellement assurantiel qui n'est autre que le frère du président de la république. Cette séparation potentielle, contenue dans l'identification d'un nouveau risque, n'est donc pas acceptable et doit être combattue.

Au-delà, la perte d'autonomie est un processus qui caractérise l'état de santé de la personne qu'elle soit âgée ou non. Ce n'est donc pas à dissocier de l'assurance-maladie, c'est un des aspects de l'assurance-maladie, à mon sens. Il est important que l'assurance-maladie couvre bien toutes les phases de la vie d'avant la naissance jusqu'à la mort. Il serait grave de commencer à sortir une des phases au risque de totalement dépecer l'assurance-maladie, comme le revendique le patronat depuis tant d'année et en particulier celui des assurances qui lorgne sur les masses de profits qu'il pourrait faire sur la protection sociale.

La question d'un nouveau risque ou d'une nouvelle branche est donc pour moi une fausse bonne idée, recelant de graves dangers pour l'ensemble de la protection sociale.

Par contre, la question du financement de la protection sociale pour couvrir les besoins liés à la perte d'autonomie est bien réelle et doit être traitée. Elle est

sérieuse et mérite des réponses nouvelles, ambitieuses et progressistes pour assurer la pérennité des réponses de la protection sociales attendues légitimement par les assurés sociaux.

La rédaction : *Quelles mesures financières prônez-vous pour sortir la Sécu de la crise ?*

LJG : Il faut totalement rénover le financement de la protection sociale avec une réorientation de l'argent, une intervention dans les modes de gestion des entreprises, une réaffirmation de la place du travail dans ce financement. Il faut en renforcer le caractère solidaire et contraindre les revenus financiers comme financements complémentaires.

A ce titre, les revenus financiers des entreprises financières et non financières s'élèvent à 305 milliards en 2009, ils ont d'ailleurs progressé durant la crise financière. En les soumettant aux taux actuels de la cotisation patronale cela dégagerait : 39,9 milliards pour la maladie (13,1 %) ; 25,3 milliards pour la retraite (8,3 %) ; 16,4 milliards pour la famille (5,4 %). Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat le déficit de la protection sociale globale et de mener une politique sociale active. Cela contribuerait dans le même temps à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles non spéculatives.

Au-delà, il faut mener une réforme de l'assiette des cotisations patronales pour sortir de l'effet pervers par rapport à l'emploi et à la promotion des salariés contenu dans le mode actuel de calcul. Il faut mettre en place un système qui pénalise les entreprises qui s'engagent dans la recherche de profits financiers au détriment de l'emploi, des salaires et de la qualification. Cela passe aussi par l'engagement d'un contrôle de la gestion par les représentants des salariés.

Il faut aussi mettre un terme à la fuite en avant des exonérations de cotisation patronales qui ne créent pas d'emploi mais tirent les salaires vers le bas. Il faut aussi réorienter le crédit vers les investissements productifs, vers le développement des emplois, des salaires et de la formation.

La rédaction : *Vous avez lancé l'idée d'Assises régionales de la santé ? Quelle est cette idée nouvelle ?*

LJG : Avec la mise en place de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire », nous assistons à une phase d'aggravation et d'accélération de la « déstructuration/restructuration » du service public de santé, et au-delà de tout le système de santé national.

Il est important de prendre toute sa place sur le terrain de l'organisation de la résistance et de la riposte politique face à ces urgences imposées par la mise en œuvre de la loi (réformes des territoires de santé, de l'organisation de la permanence des soins hospitaliers, liquidations des acquis sociaux à l'hôpital public...). Il est impératif d'engager cela sans attendre une quelconque échéance électorale. Les mauvais coups tombent maintenant, les réactions doivent être immédiates ! La réaction doit être à la hauteur des attaques subies.

Des propositions politiques alternatives doivent ouvrir des perspectives au mouvement social, qui durant les formidables mois de mobilisation et d'action pour la défense du système des retraites a gagné en lucidité et permanence d'action. La période est propice et le mouvement social paraît disponible pour cette réaction.

La colonne vertébrale de la campagne nationale « pour la défense et la promotion d'une politique de santé publique » que le Parti communiste a engagé depuis septembre est la tenue d'« Assises Régionales de la santé », sous l'autorité et le contrôle des populations concernées.

Face aux Agences régionales de la Santé, véritable « bras armé » de la loi « HPST », et dont les directeurs, nommés au plus haut niveau de l'État, se manifestent comme de parfaits commis zélés du pouvoir, il faut construire un véritable contre-pouvoir politique, basé sur le rassemblement le plus large, pour une construction durable. C'est constitutif des mouvements et mobilisations indispensables.

La région est un niveau pertinent pour approcher d'une part, la globalité des besoins la mise en cohérence des réponses, l'impact des interventions, et d'autre part, l'état des lieux de la casse hospitalière et plus globalement de la santé, la désertification des territoires, les capacités de résistance...

C'est l'engagement pris, lors des élections régionales de faire du niveau régional un lieu de contre-pouvoir, de résistance et d'initiatives politiques face à la politique de la droite au pouvoir.

Réussir partout des Assises régionales de la Santé, c'est répondre à trois questions :

C'est quoi ?

- Ce n'est pas une entreprise de communication passagère et/ou opportuniste de quelque force politique en mal de reconnaissance sur les questions de santé

- Ce n'est pas une entreprise de flatterie des professionnels de santé, eux-mêmes en mal de reconnaissance
- Ce n'est pas un colloque, avec force experts, aussi compétents soient-ils, pour régler, en deux ou trois jours l'état sanitaire d'une région
- Ce n'est pas servir de force d'appoint aux Agences régionales gouvernementales qui ont comme mission de « produire », d'ici l'automne 2011 des projets régionaux de santé, ni demander une nouvelle compétence pour les conseils régionaux...

Au contraire

- C'est une démarche ancrée dans la proximité, dans les cantons, les villes et villages, les départements,
- C'est construire dans la durée une structure pérenne inédite qui donne sens à des propositions alternatives et à la pratique politique de proximité: lieu de recensement des besoins sanitaires et sociaux, lieu de détermination des réponses à apporter, lieu de contrôle de la mise en œuvre de ces réponses...
- C'est une mise en commun, pour une élaboration de propositions alternatives, sur la base des attentes, connaissances et compétences de toutes celles et ceux qui ont intérêt à ce que cela change réellement, vite et durablement.
- C'est donner une base et une pérennité aux mobilisations indispensables dans la période pour dénoncer et s'opposer aux différents aspects de la casse orchestrée par la loi HPST.

Qui?

Une telle démarche s'inscrit dans une volonté partagée de concrétiser la démocratie sanitaire participative de proximité.

S'engager dans la tenue des Assises, c'est s'engager dans la construction de lieu (x) de l'intervention citoyenne, pour et avec:

- Les professionnels de la santé/syndicats
- Les usagers/patients/associations/comités locaux de défense

- Les élus de gauche (locaux, départements, régions)
- Les organisations politiques engagées dans les Assises

Comment?

Selon la réalité sanitaire et sociale des régions, le rapport de force politique au niveau des Conseils régionaux, la mise en mouvement au plan local et départemental, la mise en œuvre de l'initiative sera différente. En tout état de cause, c'est bien d'une initiative politique qu'il s'agit et nous voulons la populariser comme telle.

Il ne s'agit pas de tout faire partout, ou de mener une simple bataille d'idées.

La bataille d'idées est première et est bien un enjeu essentiel pour informer, engager le dialogue, cibler les enjeux spécifiques de telle ou telle région, de telle ou telle localité.

Là, l'ancrage peut se faire autour d'une structure hospitalière menacée ou un centre de santé, avec le ou les comités de soutien mobilisés; ailleurs un ou des syndicats peuvent faire l'entrée en matière... Le « tiercé gagnant »: besoins/propositions (dont le financement)/ actions devrait être toujours présent. Nous l'avons dit, il ne s'agit pas de faire des colloques mais bien de nourrir et de renforcer l'action et la mobilisation.

La démarche démocratique participative de proximité doit rester visible, les propositions portées à la connaissance de la population pour son soutien actif, dans un mouvement à double sens villes, canton, départements, région.

Les différences de mise en œuvre ne doivent pas faire perdre de vue, la finalité de la démarche engagée: poser des actes politiques forts pour une construction d'une politique de la Santé publique luttant contre les inégalités d'accès aux soins et répondant aux attentes et besoins de la population et des professionnels.

Les brèves des Cahiers

Pour commencer : Une percée scientifique qui va bouleverser beaucoup de choses :

C'est bizarre mais la presse française cet été n'en a pas parlé. Il aura fallu que La Recherche et Le Journal du CNRS s'en préoccupassent en septembre pour que peut-être les médias s'y intéressent enfin... De quoi s'agit-il ? «... de la première espèce capable de se reproduire sur la planète qui a pour parent un ordinateur ! » nous dit le biologiste américain John Craig Venter. En effet, l'article paru en mai dans le magazine *Science*, signé de Daniel G. Gibson et de ses collègues travaillant dans les Instituts John Craig Venter de Rockville et de San Diego indique que leur équipe est parvenue à reconstituer les 1,1 million de paires de bases qui forment les séquences de l'ADN des bactéries *Mycoplasma mycoides*, puis à transplanter ce génome artificiel dans des bactéries *Mycoplasma capricolum*. « *En construisant le génome d'une bactérie grâce à des méthodes chimiques pointues et en transférant cette molécule comprenant un millier de gènes dans des cellules d'une autre espèce bactérienne, certes très proche sur le plan génétique, l'équipe de Venter a réussi un véritable tour de force expérimental* » commente dans le journal du CNRS, Jean Weissenbach⁽⁵⁵⁾, directeur du Genoscope-Centre national de séquençage.

Craig Venter parle d'une « *importante avancée philosophique dans l'histoire de nos espèces* ». Cette manipulation annonce-t-elle l'émergence d'organismes vivants fabriqués de A à Z par l'homme ? « *Rien n'empêche d'imaginer un tel scénario*, répond Jean Weissenbach. *Mais inventer une nouvelle espèce ex nihilo prendra énormément de temps* » « *Le travail de l'équipe de Craig Venter est cependant un exploit technique remarquable qui ouvre la voie à la synthèse de génomes entièrement conçus par l'expérimentateur. Il devient donc envisageable de tester des combinaisons sophistiquées de gènes et de les substituer à celles qui sont issues de la sélection naturelle, en s'entourant, bien sûr, des précautions expérimentales nécessaires.* »

L'important à retenir est que même si ces travaux restent à être vérifiés, c'est la première fois que l'homme abandonne la méthode traditionnelle des manipulations génétiques qui consiste à prélever des gènes pour les greffer par une sorte de copier-coller pour repartir de molécules simples et de les arranger selon un modèle prédéfini

⁵⁵ Jean Weissenbach qui fait partie de l'unité Génomique métabolique (CNRS/Université d'Évry/CEA), la structure de recherche fondamentale du Genoscope. Cet expert mondial du génome est lauréat du Grand Prix de la Fondation pour la recherche médicale (2007) et de la médaille d'or du CNRS (2008).

par l'expérimentateur. Cela ouvre la porte à un champ immense de découvertes biologiques (la biologie synthétique) mais aussi à des problèmes éthiques tout à fait nouveaux.

8 millions de personnes sous le seuil de pauvreté en France en 2008 :

Ce chiffre toujours aussi alarmant est publié dans une étude de l'Insee. Près d'un ménage sur huit, dont près d'un tiers des familles monoparentales. Soit 7,836 millions de Français qui vivent avec moins de 950 euros par mois !

Les études de l'Insee, qui communique ici les chiffres de 2008, continuent d'être très inquiétantes, même si l'institut note que le taux de pauvreté, qui correspond à la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, est passé de 14,5 % à environ 13 % entre 1996 et le milieu des années 2000. Le niveau de vie médian, qui partage la population en deux de telle façon que la moitié des personnes disposent d'un niveau de vie inférieur et l'autre d'un niveau de vie supérieur, s'élève à 19 000 euros par an, soit 1 580 euros par mois. Une hausse de 1,7 % par rapport à 2007. Les 10 % de personnes les plus modestes ont un niveau de vie annuel inférieur à 10 520 euros et les 10 % les plus aisées un niveau de vie d'au moins 35 550 euros, soit 3,4 fois plus.

La pauvreté touche 30 % des familles monoparentales, soit plus de 1,6 million personnes. Le plus souvent constitués d'une mère et de ses enfants, ces foyers ont le niveau de vie médian le plus faible. La moitié des personnes pauvres vivant au sein d'une famille monoparentale ont un niveau de vie inférieur à 760 euros par mois

La présence d'IRM est un indicateur sanitaire intéressant :

Selon le journal *Décision Santé* de septembre 2010, la France est 2 fois moins équipée en IRM que le reste de l'Europe. C'est un facteur de surcoût hospitalier puisqu'une IRM prescrite le jour de l'admission raccourci de 4 jours la durée du séjour hospitalier. Il y avait 543 IRM en 2010 dont 48 installés en 2009. La durée moyenne est de 34,6 jours pour un RV mais 63 % des Français attendent seulement 30 jours. Les 6 régions qui ont la plus forte mortalité par cancer ont un délai d'attente de 44,7 jours. Cette insuffisance est donc aussi un facteur d'inégalité géographique de santé. Une politique d'investissement dans ce domaine s'avère indispensable.

Cancer du sein : la mortalité ne recule pas assez en France :

Selon l'Annuaire Sécu (lettre 145) la France est à la peine pour réduire la mortalité du cancer du sein. Les femmes européennes sont loin d'être égales devant le risque de décès par cancers du sein, selon une étude rétrospective du Centre international de recherche sur le cancer de Lyon (OMS), publiée sur le site Internet du British Medical Journal.

Ces vingt dernières années, la mortalité due à ces tumeurs a diminué dans la majorité des trente pays d'Europe, mais il existe de grandes disparités. « La baisse de la mortalité par cancer du sein en France est assez modeste alors que le pays enregistre le nombre le plus élevé de mammographies par million de femmes, qu'il consent les dépenses les plus importantes en traitements anticancéreux par personne en Europe, qu'il est en tête pour l'utilisation des traitements innovants et coûteux et qu'il a consacré beaucoup d'efforts pour améliorer le suivi des référentiels », constatent les auteurs de l'étude.

Il faut beaucoup de temps avant que les campagnes de dépistage d'un cancer aient un impact sur la mortalité pour ce cancer. Ne paie-t-on pas aujourd'hui le retard pris dans les années 90 pour le lancement tardif de ces campagnes? Les pouvoirs publics ont trop fait la sourde oreille et ont lancé bien tardivement les mesures de dépistage indispensables. N'en paie-t-on pas le prix maintenant?

L'Ordre des médecins critique la réforme de la médecine du travail

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis le jeudi 16 sept de « vives protestations » face à la réforme de la médecine du travail introduite par le projet de loi sur les retraites, estimant qu'elle ne garantissait pas l'indépendance des médecins. Ce texte « ne répond pas aux attentes des salariés, qui doivent bénéficier d'une prise en charge globale de leur santé », ni « aux nécessités de l'exercice des médecins du travail dans le respect de leur indépendance technique ». Le Conseil national s'étonne également « de l'absence de toute concertation ». L'ordre a été suivi par le Conseil constitutionnel...

La sanction du conseil constitutionnel touche le texte relatif à la médecine du travail au fond

Analyse du Groupement national Sauvons la Médecine du Travail.

Le texte voté par les deux assemblées pour réformer le système des retraites porte les marques du forcing politique mené par un gouvernement qui voulait imposer, à tout prix, le passage à 62 et 67 ans de l'ouverture des droits à retraite et retraite sans décote. Si ce changement relevait d'un souci réel de sauvegarder le système des retraites par répartition, il aurait été accompagné de mesures réelles visant à améliorer les conditions de travail, notamment pour les salariés vieillissants. Il aurait prévu une protection pour ceux qui subissent déjà les conséquences d'expositions passées à des contraintes qui diminuent leur espérance de vie sans incapacité. Non seulement rien de cela n'est envisagé, mais à l'inverse, le texte caricature la notion de pénibilité, se moque de l'évaluation des risques, et en outre, le texte voté par les deux assemblées introduisait au passage, en catimini, 13 autres articles, dictés par le Medef, qui détruisaient la médecine du travail.

Ce sont ces 13 articles que le Conseil Constitutionnel a sanctionnés.

Ainsi amputé, le texte signé nuitamment par Nicolas Sarkozy contient encore des dispositions discriminatoires. Le nouvel article L. 351-1-4 introduit des différences entre les salariés, victimes de Maladies Professionnelles et d'Accidents du Travail, ces derniers devant présenter « *des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle* ». Il crée, en outre, des différences de traitement pour les victimes de maladies professionnelles (MP) reconnues et indemnisées, entre celles dues « *à l'exposition à des facteurs de risques professionnels* », listées par décret, et les autres; entre celles dont la reconnaissance en MP sera validée par « *une commission pluridisciplinaire* » et les autres; entre celles reconnues au titre d'un tableau de MP, compatibles avec l'exigence « *que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels* » et les autres. Le nouvel article L. 4121-3-1 introduit une différence entre les salariés en possession de la « *fiche* » rédigée par le seul employeur et où figurent « *les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé [et] la période au cours de laquelle cette exposition est survenue* » et les autres, ceux que l'arbitraire patronal aura privés de cet Ausweis permettant d'obtenir de la « *commission pluridisciplinaire* » d'humiliation le « bon pour l'abaisse-

ment des conditions d'âge ». Le nouvel article L. 4624-2 prévoit que le « dossier médical en santé au travail » soit transmis « en cas de risque pour la santé publique [...] au médecin inspecteur du travail ». C'est contraire à la déontologie médicale. Les informations médicales sont secrètes, protégées par le médecin qui en est le dépositaire et le garant. Leur transmission, sauf cas légalement prévus (maladies à déclaration obligatoire), ne peut se faire que par la personne elle-même. Cette disposition illégale introduit donc une discrimination entre les salariés dont le statut permettrait cette exception à la protection du secret médical et les autres citoyens. La notion de risque pour la santé publique est une notion variable, fonction des objectifs décidés par le pouvoir du moment. Son utilisation, dans le domaine des pathologies professionnelles, pourrait permettre le transfert des responsabilités des employeurs aux pouvoirs publics et organismes de Sécurité Sociale, et ainsi d'exonérer les employeurs, responsables des conditions de travail, de leurs responsabilités financières et pénales. Rappelons que les maladies professionnelles ou présentant un caractère professionnel sont à déclaration obligatoire (Article L 461-6 CSS). Les élus de la majorité et Monsieur Woerth l'auraient-ils oublié? En conséquence, les textes actuels, en application depuis 1946, prévoient déjà que toute pathologie liée au travail, qu'elle ait ou non une incidence de santé publique, est obligatoirement déclarée et donc portée à la connaissance des CPAM et médecins inspecteurs du travail, « en vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle. ». Quel est donc l'objectif réel de cet article L. 4624-2? S'agit-il de porter à la connaissance des autorités publiques des pathologies non professionnelles dont aurait connaissance le médecin du travail?

Si le conseil constitutionnel n'a pas relevé ces anomalies du texte de loi, il a par contre sanctionné les articles 63 à 75 du projet de loi, qui sont donc absents du texte promulgué. Cette sanction n'est pas, comme le prétend E Woerth, motivée par des raisons de procédure purement formelle. Elle veille à éviter le coup de force législatif qui consiste à « introduire, en cours de discussion, des dispositions sans rapport, direct ou indirect, avec l'objet du texte ». Non, Monsieur le ministre du travail, une telle sanction n'est pas formelle, car si vous avez eu recours à la technique du « cavalier », pourtant sanctionnée à maintes reprises (Ex. articles 53, 82, 98 et 110 de la loi de finances rectificative pour 2009), c'est parce que vous vouliez imposer sans débat spécifique les modifications de la loi sur la médecine du travail que le Medef n'avait réussi à faire accepter par aucun syndicat.

Les argumentations fallacieuses n'ont pas manqué, jusqu'à celles de Gérard Longuet qui, lors des discussions

au Sénat, tentait de justifier ce « cavalier législatif » par le fait que les « médecins du travail définissent l'IP permettant l'abaissement des mesures d'âge pour le départ en retraite ». Que cet élu puisse ignorer que ce rôle revient aux médecins conseils de sécurité sociale est étonnant. Si toutefois c'est bien le cas, la nécessité d'un débat spécifique à la réforme de la médecine du travail s'en trouve particulièrement justifié. La loi qui a créé la médecine du travail date de 1946. Depuis, les modifications apportées au fonctionnement de cette institution ont été faites par décrets. Que sous la pression du Medef, et profitant d'un rapport de forces favorable, certains élus de la République souhaitent modifier de façon majeure cette législation, peut se concevoir, de leur point de vue. Mais qu'ils tentent de le faire en catimini, sans débat spécifique, à la faveur de la pression politique liée à la question des retraites, ne peut être ressenti que comme une marque du mépris du sujet, des salariés pour lesquels la prévention médicale des risques professionnels a été instituée, et des professionnels de la santé au travail.

Non, Monsieur Woerth, l'avenir de la médecine du travail et de la prévention des risques professionnels n'est pas une question de détail ou de forme qu'il serait possible de régler en resservant sur une autre assiette le plat renvoyé en cuisine. Ce serait une faute. Les dispositions législatives prises apparaîtraient clairement comme résultant de basses manœuvres téléguidées par le MEDEF et les plus rétrogrades des élus.

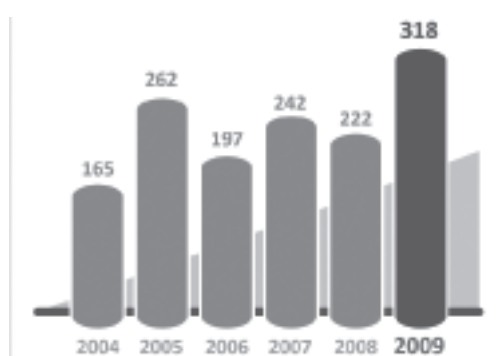
La législation qui préside à l'organisation de la prévention des risques professionnels que subissent 20 millions de salariés tous les jours pendant 40 années de leur carrière mérite bien, une fois tous les soixante ans, que les élus de la République y consacrent un temps de réflexion et de discussion. La médecine du travail vaut bien au moins cela!!

2009 : l'année Sarkozy des enfants en prison

Le rapport annuel de la Cimade, association d'aide aux étrangers, alerte sur l'enfermement des mineurs sous prétexte qu'ils « accompagnent » leurs parents. Un bébé de sept mois placé en rétention avec ses parents sans-papiers. Le juge des libertés et de la détention a exigé la remise en liberté de la famille, invoquant un « traitement inhumain et dégradant » pour l'enfant, contraire à la Convention européenne des droits de l'homme. Cette situation est de plus en plus fréquente. En 2009, 318 enfants ont été enfermés dans un centre de rétention administrative sous prétexte qu'ils « accompagnaient » l'un de

leur parent en situation irrégulière. C'est deux fois plus qu'en 2004. « C'est à la suite de la première loi Sarkozy de 2003 qui a instauré une politique du chiffre avec des quotas d'expulsion fixés par chaque préfet. Dès lors, la pression sur les familles et l'enfermement des enfants ne fera que s'amplifier », dénonce la Cimade. « Il y a un flou juridique ». Rappelons d'abord que les mineurs ne sont pas tenus de posséder un titre de séjour. Le droit français protège les enfants contre toute mesure d'éloignement et donc, en principe, de tout placement en rétention administrative. Sauf qu'en pratique, au prétexte non écrit « qu'on ne sépare pas les enfants de leurs parents », certains centres de rétention acceptent depuis longtemps la présence d'enfants aux côtés de leurs parents. En 2005, un décret instaure des normes matérielles pour les centres « accueillant » des familles. Le nombre d'enfants enfermés commence alors à augmenter. Un arrêté du 21 mai 2010 répertorie douze centres de rétention dans lesquels on peut enfermer des enfants. Au problème de l'enfermement s'ajoute celui de la durée de la rétention. Selon le rapport, en 2009, les familles sans-papiers placées en rétention restent enfermées cinq jours en moyenne. 24 % y passent entre 3 et 17 jours, 6 % entre 18 et 32 jours. « Il existe pourtant des alternatives au placement en rétention, l'assignation à domicile par exemple. » dit la CIMADE. Le commissaire européen des droits de l'Homme Thomas Hammarberg, a demandé au ministre de l'Immigration Eric Besson que soient trouvées des alternatives à la rétention, rappelant que « la place d'un enfant n'est pas en rétention ». Besson lui a adressé une fin de non-recevoir.

Ce schéma se passe de tout commentaire :



Le nombre d'enfants enfermés dans des centres de rétention administrative a doublé en 5 ans. En 2009, 318 enfants auront été privés de leur liberté, parfois jusqu'à 32 jours (le maximum légal).

Source : rapport annuel de la Cimade, 2010

Niches sociales : la Cour des comptes propose

Présentant le rapport annuel sur la Sécurité sociale de la Cour des Comptes, son Président Didier Migaud a prôné 15 milliards d'euros d'économies sur les exonérations et abattements.

En avançant des estimations revues à la hausse du coût des 178 niches identifiées par la Cour : elles représentaient 66,7 milliards d'euros en 2009 (contre 42 milliards évoqués par Bercy) au lieu de 57,6 milliards en 2005. En outre, les mesures nouvelles (exonération des heures supplémentaires) ont représenté une dépense plus élevée que les économies réalisées par ailleurs entre 2007 et 2010 : doublement du forfait social (à 4 %) sur l'intéressement et la participation, contributions sur les stock-options et les indemnités de mise en retraite, etc. Certes, ces niches sociales sont nettement moins nombreuses que leurs sœurs fiscales - près de 500 pour un coût de 75 milliards d'euros -, mais elles pèsent presque aussi lourd.

La Cour prône un alignement du taux de CSG pour les retraités imposables (6,6 %) sur celui des actifs (7,5 %) représentant 1,1 milliard d'euros. Autre préconisation : faire passer à 19 % le forfait social sur l'intéressement et la participation avec un gain à la clef de 4 milliards. L'extension du champ du forfait aux titres restaurants et Chèques-Vacances apporterait un autre milliard. Concernant les allègements généraux de charges sur les bas salaires, la baisse du seuil de sortie de 1,6 à 1,4 SMIC est recommandée (5 milliards). Enfin, la Cour suggère un abaissement du seuil d'exonération des indemnités de rupture (licenciement, retraite) au niveau des indemnités légales (3 milliards), ainsi qu'une nouvelle taxation de 9 % des retraites chapeau.

Le nettoyage suggéré par la Cour des comptes est sévère : il promet de faire rentrer dans les caisses 15 milliards d'euros.

Don de sperme : l'Académie de médecine opposée à la levée de l'anonymat

L'Académie de médecine s'oppose à la mesure phare du projet de loi de bioéthique, la levée de l'anonymat des donneurs de sperme. C'est une première atteinte au dogme français de l'anonymat dont les conséquences pratiques n'ont pas été évaluées.

« Nous mettons le doigt dans l'engrenage de « qui est de qui », a souligné Georges David, fondateur des CECOS (Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme) en 1973.

« Je suis un fervent défenseur de l'accès aux origines, la difficulté est de savoir de quelles origines on parle », a pour sa part affirmé Pierre Jouannet. Pour ce biologiste de la reproduction, les origines d'un enfant issu d'un don de gamètes (sperme ou ovocyte), c'est avant tout l'histoire d'un couple confronté à des difficultés de procréation. Pour le Pr Jouannet, « il n'est pas clair que la levée de l'anonymat puisse résoudre le mal-être de quelques dizaines d'enfants sur les 50 000 nés d'un don de sperme ».

Le projet de loi présenté le 20 octobre en Conseil des ministres prévoit pour les quelque 1 300 enfants qui naissent chaque année d'un don de gamète, la possibilité, à leur majorité, d'avoir accès à l'identité du donneur, à condition que celui-ci y consente expressément. Le président de l'Académie de médecine Roger Henrion y a vu « une première entaille » à l'anonymat « qui était un véritable dogme en France », tandis que le Pr Jouannet déplorait l'absence d'étude « sur les conséquences pratiques ».

En Suède, la demande de levée de l'anonymat est possible depuis 1985 lorsque l'enfant a 16 ans. En visite dans ce pays l'année dernière, le Pr Jouannet a constaté que « pas un seul enfant n'avait souhaité rencontrer les donneurs ». De fait, a-t-il expliqué, « une grande majorité » de parents n'informent pas l'enfant des modalités de sa conception. « Au lieu de favoriser l'accès de l'enfant à ses origines, à son histoire, on a renforcé le secret », a-t-il dit. De plus, le recours aux dons « a chuté », les couples demandeurs préférant se rendre dans des pays où l'anonymat est préservé.

Par ailleurs, a souligné le Pr Jouannet, l'accès à l'identité ne se borne pas à connaître un nom. C'est aussi potentiellement avoir accès à l'identité des autres enfants conçus par le donneur. Plus prosaïquement, le Pr David a posé la question de la véritable paternité. « L'axiome de base selon lequel le donneur est le géniteur n'est pas toujours vrai », a-t-il relevé. En cas d'insémination avec don de sperme, l'enfant peut quand même « avoir été conçu dans d'autres circonstances »...

La position de l'Académie de médecine rejoint celles de la Fédération des CECOS et du Groupe d'études pour le don d'ovocytes (GEDO). La mission parlementaire sur la révision des lois de bioéthique, dont Jean Leonetti était le rapporteur, s'était également prononcée pour le maintien de l'anonymat du don de gamètes. Le Conseil d'État avait en revanche souhaité qu'il puisse être levé. Dans ces

conditions nous ne pouvons qu'appeler à la prudence et à la réflexion. L'éthique se marie mal avec le populisme.

Les chiffres des inégalités face à la retraite :

1. Inégalités hommes-femmes :

Les retraites au titre des droits directs :
Pour les femmes : 825 € Pour les hommes : 1 426 €.

Avec les pensions de réversion :
Pour les femmes : 1 020 € Pour les hommes : 1 636 €

Age de départ en retraite :
Pour les femmes à 61,4 ans
Pour les hommes à 59,5 ans

Une carrière complète :
Pour les femmes : 41 % Pour les hommes : 86 %

Les femmes valident 20 trimestres de moins que les hommes :
Pour les femmes : 137 Pour les hommes : 157

Deux raisons :
a) Des carrières plus courtes
Pour les femmes : 29,75 ans de cotisation
Pour les hommes : 42,25 ans

Pour pouvoir obtenir une pension plus importante, les femmes liquident leur retraite plus tard 61,3 ans contre 59,2 ans pour les hommes ! À ne pas confondre avec l'âge de cessation d'activité. Environ 2/3 des salariés ne sont plus en activité à 60 ans. Mais 32 % des hommes passent par une situation de préretraite contre 21 % des femmes. Par contre 18 % de ces dernières sont au chômage contre 13 % des hommes.

b) Salaires plus faibles et basses retraites.
Un cumul des inégalités :
A. Salaires à temps complet inférieurs de 20 %
B. Temps partiel souvent imposé : 30 % pour les femmes contre 5 % pour les hommes.

Résultat : pour une carrière complète
Pour les femmes : 1 027 € de pension
Pour les hommes : 1 603 €.

Les mesures Balladur-Fillon ont particulièrement pénalisé la retraite des femmes qui a déjà perdu 20 % avec, particulièrement, le système de décote (5 % de pénalisation par année manquante). Les réformes programmées vont pénaliser encore davantage les femmes, 40 % d'entre elles connaissent les basses retraites.

2. Inégalités d'espérance de vie en bonne santé entre ouvriers et cadres supérieurs

Espérance de vie à 35 ans

Cadres 47 ans dont 34 sans incapacité,

Ouvriers 41 ans dont 24 sans incapacité.

L'écart d'espérance de vie est de 6 ans, l'écart pour l'espérance de vie sans incapacité est de 10 ans entre ouvriers et cadres supérieurs.

Causes : Pénibilité du travail.

Cet écart justifie pleinement la prise en compte de la pénibilité pour le départ anticipé. Le Medef doit être responsabilisé pour son financement.

Violence faites aux femmes :

Cent quarante femmes sont mortes sous les coups de leur conjoint en 2009, a annoncé le secrétariat d'État à la Famille et à la Solidarité qui a également présenté une nouvelle campagne contre les violences conjugales. Après 156 femmes en 2008, l'Observatoire national de la délinquance (OND) en a recensé 140 qui ont succombé aux coups de leur compagnon. Par ailleurs, 25 hommes avaient perdu la vie sous les coups de leur conjointe. Le site www.stop-violences-femmes.gouv.fr a été rénové et une nouvelle affiche sera placardée dans les centres et visible sur internet. 60 % des enfants témoins de violences conjugales souffrent de stress post-traumatique.

Les Cahiers reviendront sur ce sujet dans le prochain numéro.

Les cliniques pas assez rentables ?

Il se passe quelque chose de bizarre, disons d'imprévu dans le monde des cliniques privées. Une étude⁽⁵⁶⁾ de la DREES conforte les conclusions du rapport d'activités 2009 de la Fédération Hospitalière Privée. Le chiffre d'affaires des cliniques ne progresse que de 3,5 % en 2008 et ainsi leur rentabilité baisse de 0,7 % pour s'établir à 2,1 % du CA. De plus leur part du marché en MCO baisse de 0,9 %. Les cliniques déficitaires représentent 26 % de l'effectif. Les cliniques de petite taille s'en tirent le mieux avec une rentabilité autour de 4,3 %.

Ceci bouleverse quelques idées : le secteur hospitalier privé n'est pas si rentable que cela et les fonds des investisseurs risquent d'aller s'investir sous d'autres horizons après avoir réalisé quelques opérations spéculatives. Cela n'assurera pas l'avenir des établissements. Ils ne seront peut-être pas l'avenir de la santé durable. Et les établissements publics n'ont pas à rougir de leurs résultats si les donneurs de leçons ne font pas mieux. Enfin, l'avenir est-il toujours aux concentrations si les petits sont plus efficaces mieux que les gros ? La proximité aurait-elle un avenir en matière d'hospitalisation ?

A noter que les établissements privés non lucratifs ont un surplus de charges sociales et fiscales de +6,18 % par rapport aux établissements à but lucratifs. C'est injuste mais on comprend mieux que la droite parlementaire ait refusé lors de la discussion du PLFSS 2011, de réduire cette discrimination indispensable aux bénéficiaires !

⁵⁶ La rentabilité des cliniques à but lucratif diminue en 2008. N° 740, septembre 2010, DREES.

Les notes de lecture :

Note du Dr Paul Cesbron (2/11/2010):

La santé au travail en France : un immense gâchis humain

(Collectif des médecins du travail de Bourg en Bresse)⁽⁵⁷⁾.

Ainsi concluent les huit médecins du travail, constitués en collectif à Bourg en Bresse, après seize ans d'activité médicale au cœur de l'appareil de production des « richesses » d'une société, la nôtre, dont le but principal est *l'accroissement des profits* du capital. Ce procès politique, est sans appel, mais le traitement proposé reste cependant d'ordre médical.

En effet l'objectif de ces praticiens est à la fois simple, et comme c'est alors le plus souvent le cas, fort ambitieux.

Leur assise, éthique, comme nous disons aujourd'hui, malheureusement à tout et surtout hors de propos, ce qui n'est pas le cas pour les auteurs de cet essai, est connue de tous: « Soulager ceux qui souffrent » et pour cela les soulager de la cause même de leur souffrance. Plus précisément, pour reprendre les termes précis de la loi du 11 octobre 1946, à laquelle ils se réfèrent sans cesse: « *Eviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Ainsi ce que l'on nomme la déontologie médicale: le devoir de secourir, peut s'élever jusqu'au devoir de justice fixé par une nation dont le peuple, à l'époque, venait de sortir vainqueur d'une des pages les plus tragiques de son histoire.

Voici donc huit médecins conscients, et fiers sans doute, d'une fonction professionnelle, la leur, qui s'inscrit délibérément du côté du mieux être et du respect dû à ceux qui par leur travail, tentent de participer au bien-être de tous.

Mais que leur ont donné à découvrir les dizaines d'années d'exercice de la médecine du travail? Beaucoup plus qu'ils n'en attendaient sur les dures réalités et conséquences sur la santé des travailleurs, de leur exploitation. Si ce terme n'avait plus cours jusqu'à la crise économique que nous connaissons et dont les mécanismes et la nature sont aujourd'hui nommés, ils en disent avec force les méfaits, somatiques bien sûr mais peut-être plus graves encore psychiques ou mentaux. Et comme ils ont appris par la longue et essentielle *expérience clinique* de « *l'entretien* » régulier (annuel), dont ils revendiquent le maintien, que psyché et soma sont un, la « *souffrance au travail* » peut désormais désigner les formes nouvelles de

la pathologie de l'exploitation du travail des humains. Car il en est du capitalisme comme de la vie, ses capacités d'adaptation sont fortes, au point d'avoir donné le sentiment à de très nombreux de ses anciens détracteurs, qu'il était la forme, certes tragique à bien des égards, mais indépassable, de l'économie. Il a donc produit ce qui l'a rendu cette fois, insupportable à beaucoup, le « néo-libéralisme ». Nos auteurs (six femmes et deux hommes) en savent la nocivité et l'auscultent chaque jour avec précision, n'hésitant pas à en rappeler quelques grandes dates et les conséquences funestes dans l'organisation du travail. De la mondialisation à la guerre économique, de *la nouvelle gouvernance* au « *management* » des humains, dit « *Ressources humaines* », on en arrive aux mystifications idéologiques, « *hypocrites* », « *mensongères* » « *manipulatrices* » désignées avec gourmandise par les petits et grands soldats du capital, par les appellations flatteuses de « *démarche qualité* » et même « *qualité totale* » (il existe d'ailleurs des « *qualiticiens* » illusionnistes des « *temps modernes* »). Tout cela permettant des « *certifications* » qui ne sont en fait que des normes imposées. Ce fatras moderniste tente de dissimuler les nouvelles et impitoyables conséquences du travail. Comme la fuite en avant l'y autorise, la dernière grosse ficelle sémantique est une injonction aux « *démarches de progrès* » vendues par le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME, association qui fédère 300 services et couvre 14 millions de salariés), officine quasi académique d'un patronat éclairé. Que cache ce vocabulaire nouveau, plus que jamais radoté: tout simplement son contraire, c'est-à-dire l'aggravation des conditions de travail « *catastrophe qui fait éclater la vérité sur la nocivité, la démence et l'échec d'un système en fin de course* ». Et puisqu'il est souvent mieux d'appeler un chat par son nom, il est aussi plus clair d'être précis avec les mesures patronales qui n'ont d'autres buts que l'accroissement, pour eux vital, des profits. Pour les travailleurs cela veut dire: *augmentation sans fin de la productivité, cadences toujours plus élevées* (infernales disait-on en 1968), *flexibilité, polyvalence, mise en concurrence des individus, « personnalisation des responsabilités* » (la responsabilisation et le culte de l'individu sont de vieux thèmes culpabilisateurs du patronat, l'exploité doit être personnellement responsable de son exploitation) Comme le dit poliment Philippe Askenazi, auteur des « *Désordres du travail* » (Le Seuil 2004): « les entrepreneurs français n'ont pas assez conscience, pour leurs salariés et pour la productivité, des risques liés aux nouvelles façons de travailler ». A cela ajoute Marie Pezé, psychanalyste, spécialiste de la souffrance au travail et auteure de « *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés* » (Flammarion 2010): « les salariés qui se suicident ne sont pas les plus fragiles comme l'affirment les directions, mais les plus engagés dans l'exécution de leur travail ». Et, précise Fabien Gâche, délégué central CGT

⁵⁷ L'Harmattan, 2010, Mireille Sellier, Odile Chapuis, Jacqueline Chauvin, Elisabeth Delpuech, Karyne Devantay, Yusuf Ghanty, Chantal Lafarge, Jean Michel Lauze.

Renault-Billancourt: « le management organise la fin de la reconnaissance professionnelle et l'isolement des salariés »

Mais, faut-il croire ces huit médecins?

Après tout, n'ont-ils pas un peu présumé de leurs forces, ou plus grave, n'auraient-ils pas perdu le sens des réalités en se laissant entraîner, à leur insu, dans la spirale infernale de « la lutte des classes »? En tout cas s'ils se disent eux-mêmes minoritaires dans leur profession, du fait, affirment-ils, du lent et efficace travail de sape du patronat, ils ne sont pas seuls, et loin s'en faut. Les projets gouvernementaux mis en place par Xavier Darcos lors de son bref mais redoutable passage au ministère du travail, ont entraîné une forte et large hostilité qui doit renforcer leur détermination. Gérard Lucas, membre du bureau du syndicat national des professionnels de santé du travail (SNPST), nous le rappelle: « la pénibilité n'est absolument pas reconnue dans le projet sur les retraites, on en profite pour mettre en pièces l'indépendance des professionnels de santé au travail ». Et son syndicat n'y va pas par quatre chemins qualifiant ces mesures de: « Hold-up sur la santé au travail ».

Oui, les travaux exemplaires des « huit de Bourg en Bresse » portent aujourd'hui leurs fruits. Leur spécialité souvent méprisée par de nombreux médecins, « *asservie* » par les employeurs, et dont les effectifs ont été fortement réduits en raison d'exigences nouvelles de la formation (très faible quota au niveau de l'internat qualifiant), n'est pas morte. Mieux même son sort est devenu emblématique de celui fait aux travailleurs dans l'économie capitaliste.

Alors que nous disent ces courageux porte-parole de ceux qui souffrent non pas « au travail », mais « de leur travail ».

Pour eux l'exercice de leur profession passe par trois exigences qui relèvent, et ils y tiennent, de la déontologie médicale.

D'une part, il faut retirer aux employeurs, c'est impératif, la direction des services de santé au travail (SST) et des services interentreprises de santé au travail (SIST) regroupés dans le CISME (conf. plus haut). Les entrepreneurs, responsables de la pathogénie du travail, ne sont pas les mieux placés pour s'y opposer. C'est évidemment l'affaire des victimes et de leurs défenseurs: les médecins du travail. D'ailleurs nous disent-ils et sans s'appesantir sur un scandale qui n'a pas fini d'être dénoncé, mis calomnieusement sur leur compte, s'il était encore nécessaire d'étayer cette exigence, le désastreux Comité Permanent Amiante (CPA) serait là pour l'illustrer.

Même le vieux Conseil de l'Ordre, pas toujours bon gardien de la déontologie médicale, ne s'y est pas trompé en émettant de fortes réserves sur les projets gouvernementaux: « L'indépendance des médecins du travail ne doit pas être altérée par de nouvelles règles de gouvernance des services de santé au travail ». Et pour ne pas laisser place à des compromis sans principe, les employeurs doivent être minoritaires dans ces organismes. Le paritarisme n'est pas suffisant pour assurer cette indépendance.

Deuxième condition: il faut maintenir « l'entretien clinique annuel ». Seule l'écoute des travailleurs permet au médecin d'accéder à la compréhension des causes de la pathologie du travail. Cette conception est opposée à celle des patrons qui font de « l'entretien » un moyen de sélection répondant à leurs besoins propres par l'obtention du « certificat d'aptitude ». Les visites du lieu de travail sont le deuxième instrument diagnostic.

Indispensable, il n'est efficient que si le premier a bien été utilisé.

Et enfin pour permettre au médecin du travail de prévenir (« éviter ») toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et non « exercer une médecine sous l'autorité de l'employeur chargé d'optimiser le travail par la sélection (certificats d'aptitude) » comme le dit Bernard Salengro secrétaire national de la Confédération Française de l'Encadrement-Confédération générale des Cadres (CFE-CGC), les médecins du travail doivent briser leur isolement et organiser à cet effet une réflexion collégiale sur leurs activités comme le fait depuis seize ans le collectif de Bourg en Bresse et travailler en pluridisciplinarité avec les inspecteurs du travail et le service de prévention des Caisses Régionales d'Assurances Maladies.

Tout cela n'est possible que si le recrutement et la formation de ces spécialistes sont réellement favorisés par des mesures concrètes et que le soutien à l'Institut de recherches sur la pathologie du travail (I.N.R.S.) est conforté par un financement et des conditions de fonctionnement exclusivement publiques.

On ne peut qu'applaudir à tant de pugnacité. Ces huit très honorables médecins, dignes porte-parole d'une profession menacée par ceux qui veulent les contraindre au silence, à l'inaction et pire à la collaboration, doivent être entendus.

S'ils ont bien conscience d'être un peu redondants, on peut également regretter qu'ils ne soient pas plus précis sur l'organisation de leur profession et qu'ils surestiment peut-être les pouvoirs « *régaliens* » de l'État. Celui-ci, dans nos démocraties représentatives, ayant lui aussi des « *rappports incestueux* » avec les responsables de la patholo-

gie du travail. Des faits récents ont jeté une lumière crue sur la nature de cet Etat.

Mais l'essentiel est dit et bien dit. Il nous faut tout faire pour faire connaître cette courageuse plaidoirie aux victimes du travail exploité et à leurs syndicats ainsi qu'à tous ceux dont le métier est de prévenir autant qu'ils le peuvent la souffrance et de toujours la soulager, mais aussi à tous ceux qui de près ou de loin, veulent rendre nos sociétés plus justes.

Note du Dr Limousin :

Identité sexuelle et risque de suicide : la démonstration est faite

Né de la collaboration de statisticiens, d'épidémiologistes et de sociologues, l'ouvrage *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire* dresse le bilan de plus de dix ans de recherches. Depuis les années 1990, d'abord aux États-Unis, puis dans d'autres pays, des enquêtes ont en effet mis en évidence un risque suicidaire plus élevé parmi les jeunes des minorités sexuelles (gays, lesbiennes, bisexuels (les), transgenres) ou qui s'interrogent sur leur identité sexuelle ou de genre. Les premiers résultats disponibles en France – enquêtes ENVEFF 2000 et Baromètre santé 2005 – ont confirmé ces conclusions.

Les facteurs de risque :

Histoire familiale, événements traumatiques durant l'enfance, situation de stress économique, consommation de produits psycho-actifs... les causes du suicide sont multiples et complexes, indépendamment des orientations sexuelles et du mode de vie des personnes concernées. Et si l'homosexualité en soi ne semble pas favoriser une conduite suicidaire, comme l'indiquent les derniers travaux nord-américains, des études récentes portant sur des populations différentes démontrent que l'homophobie est le facteur de risque le plus évident pour comprendre cette sursuicidalité. Exclusion, mépris et stigmatisation peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, de confiance dans l'avenir et dans les autres. L'ouvrage publié par l'Inpes évoque ainsi le poids de la stigmatisation qui pèse sur les minorités sexuelles et les formes spécifiques de discrimination subies.

L'impact psychologique et physique :

Quelle que soit la stratégie déployée par les jeunes gays, bisexuels ou transsexuels (LGTB) pour l'éviter ou lui résister, la discrimination a un impact physique et psychologique lourd, même à long terme. Plusieurs raisons sont évoquées : le manque de soutien de la famille et la

faible intervention des adultes (par crainte de « contagion » du stigmaté), ainsi que la précocité des préjudices. Ce constat conforte l'initiative du ministère de la Santé et des Sports qui, avec le concours de l'Inpes, développe une stratégie adaptée auprès des jeunes. Ses objectifs : favoriser le dialogue autour de la découverte de la sexualité, lever les tabous et renforcer la tolérance vis-à-vis de toutes les orientations et identités sexuelles.

Les pistes de prévention :

Dans cet esprit, l'ouvrage publié par l'Institut, évoque des pistes de travail et de réflexion : extension d'actions locales probantes, sensibilisation des professionnels en contact avec les jeunes, prise en compte des particularités de chaque discrimination en amont des enquêtes, afin d'optimiser la prévention.

Note de Jacques Bénézit :

Un projet de vie

Alberto Sava milite pour la fermeture des asiles en Argentine. Son projet de sortir les patients de l'hôpital psychiatrique repose sur la pratique d'activités culturelles. Mais les obstacles idéologiques et économiques demeurent puissants.

« Venez à Borda, vous qui savez mettre le théâtre dans la rue. Nous allons mettre les fous dans la rue ». L'appel lancé par José Grandinetti, psychanalyste à l'hôpital Borda de Buenos Aires, s'adresse à Alberto Sava, artiste et psychologue social. Un défi qui pourrait nous paraître bien étrange tant les campagnes médiatiques dans notre pays et les discours des plus hauts personnages de l'État n'ont cessé d'assimiler maladie psychiatrique et danger pour la société. Mais cela se passe en Argentine...

Cette expérience, commencée il y a un peu plus de vingt ans, conduit naturellement à nous interroger : Comment l'art peut-il être associé aux processus de fermeture des asiles et quels sont les effets observés jusqu'à présent sur les patients, les établissements et la société ?

« J'ai fait une recherche de terrain et me suis aperçu qu'un grand nombre de personnes internées à l'hôpital possédaient beaucoup de capacités, beaucoup d'aptitudes dans le domaine de l'art. J'ai proposé de monter un groupe d'artistes » confie Alberto Sava dans une interview publiée par la revue en ligne Dial⁽⁵⁸⁾. Il s'agit d'utiliser l'art comme une discipline à part entière et en faire

⁵⁸ Diffusion d'information sur l'Amérique latine (DIAL) <http://enligne.dial-infos.org> juillet et septembre 2010 (D 3113 et D 3118).

une activité à laquelle n'importe quel groupe extérieur pourrait participer mais tout en gardant à l'esprit l'objectif premier : la désinstitutionnalisation. Comment intégrer une telle expérience dans une institution, qualifiée de totalitaire par l'artiste et qu'il caractérise par sa structure très verticale, où l'on trouve un directeur, des directeurs adjoints, des chefs de département, des chefs de service, des professionnels, des techniciens, des employés de bureau et, enfin, les patients qui n'interviennent pas dans cette structure.

La première démarche fut de trouver un nom à ce groupe.

Plusieurs propositions sont formulées : les « dingues de l'art », les « artistes les plus fous du monde », le « Front des artistes ». L'idée du « Front » est retenue parce le sentiment d'affronter la réalité pour la changer, pour la transformer est forte. Le « Front des artistes » fait l'unanimité de l'ensemble des participants cofondateurs du groupe. Pourtant la volonté d'associer ce nom à celui de « Borda » se pose. Certains soulignent les inconvénients « le jour où nous passerons à la télévision ou à la radio, on nous prendra tous pour des fous » pour d'autres « c'est justement pour ça que nous devons démythifier le nom de Borda, pour montrer avec l'art que nous sommes capables de penser et d'être des personnes ». Le *Front des artistes du Borda* a finalement été retenu. Un intitulé lancé au « monde extérieur » comme un premier signe, un cri de liberté, de résistance.

« Ensuite, nous nous sommes dit que pour bâtir un projet il fallait se réunir régulièrement et nous avons mis en place une assemblée hebdomadaire. Et c'est dans cet espace commun, au sein de ce collectif, que nous avons réfléchi, discuté, débattu, voté, tout ce qu'a fait le Front des artistes jusqu'à aujourd'hui » aime à souligner Alberto Sava. Onze ateliers, à caractère artistique (danse, mime, musique, théâtre), se sont constitués et leur travail est produit en dehors de l'hôpital. Quels sont les effets chez les patients ? « L'art permet de retrouver un désir, une passion, une attitude, il met au jour des aptitudes, il donne naissance à des groupes, la personne commence à penser, à ressentir des choses, à s'occuper d'elle, de son corps. Elle commence à faire des projets en voyant qu'elle peut chanter, peindre, agir, écrire. Ensuite vient le moment où il faut sortir des murs. D'une attitude patiente, passive, la personne passe à une attitude plus active » poursuit l'artiste. C'est une construction permanente de la pensée entre tous, où l'art est vu non seulement comme une forme de divertissement – ce qu'il peut être – mais aussi comme un objet de discussion, sur l'asile bien sûr, mais aussi sur des sujets sociaux et politiques. Cette initiative permet, selon les animateurs, de combattre l'isolement

et le repli sur soi des patients enfermés dans les asiles, au profit d'un projet de vie pour les participants. « C'est une des choses les plus importantes que l'on a constatées avec le Front des artistes, avec l'utilisation de l'art ».

Ainsi, les patients longtemps silencieux ont commencé à dénoncer, avec leur propre production artistique ou par le biais des médias tout ce qui se passait à l'hôpital, notamment les mauvaises pratiques médicales et humaines. Il s'en est suivi une grande confusion, mettant en lumière les contradictions de l'hôpital entre « les favorables au changement » et « les partisans du statu quo ». Cette démarche eut également des effets sociaux confie Alberto Sava « à mesure que le Front des artistes s'est fait connaître, les gens qui l'approchaient, qui avaient avec lui un lien direct, ou indirect à travers les médias, (s'est établi-NDLR) un contact avec des organisations de défense des droits humains, des partis du centre-gauche, des organisations sociales et de quartier. Nous avons toujours participé activement aux luttes : dès qu'une usine était occupée, nous étions là ; dès qu'il y avait une manifestation, nous étions là. Nous étions toujours associés à ceux qui s'inscrivaient dans la lutte et dans la résistance comme nous. Cela a fait beaucoup de bruit et de nombreux hôpitaux ont commencé à nous solliciter. Nous nous sommes déplacés et nous avons aidé à lancer dans chaque hôpital un nouveau mouvement – l'art à l'asile – et à développer ce concept de la désinstitutionnalisation, à faire mieux comprendre ce que sont les hôpitaux psychiatriques, à quoi ils servent et à qui, et en quoi consiste le nouveau dispositif, la nouvelle approche de la santé mentale ». En ce sens, le Front remplit pour chaque patient une fonction de réadaptation et de réintégration dans la société et il change peu à peu l'imaginaire collectif qui entoure la folie.

Ce que veut le Front des artistes de Borda c'est la fermeture des asiles. « Comment l'État peut-il garantir un dispositif qui ne fasse pas de distinction entre les gens, qui n'isole pas certains sujets et ne permette ces dérives contraires à la dignité humaine ? » s'interroge-t-il. Pour lui l'expérience de Trieste, en Italie, a valeur d'exemple. Là-bas, la fermeture de l'asile s'est faite progressivement, sur huit années, les gens ont été « délogés de l'hôpital » pour être installés dans des unités familiales, des coopératives de travail. On a ouvert les portes, créé des allées où circulent les taxis, les autobus, etc. Chaque partie de ces édifices a été entièrement repensée. L'État verse, à chaque famille qu'il aide ou soutient et à chaque patient, une somme de 800 euros par mois. Les terrains de l'hôpital accueillent aujourd'hui une université, une crèche, un musée, une station de radio, des ateliers d'art... Douze pavillons ont été recyclés et transformés en appartements pour trois ou quatre personnes, occupés par des per-

sonnes physiquement handicapées ou par des personnes âgées en perte d'autonomie. L'asile s'est transformé pour mieux s'intégrer au monde extérieur. Elle fait désormais partie de la communauté.

Mais l'hôpital neuropsychiatrique José Tiburcio Borda, à Buenos Aires n'en est pas là!

Alors pourquoi la désinstitutionalisation n'a-t-elle pu avoir lieu? « Pour des raisons idéologiques et économiques » clame Alberto Sava. Il est vrai qu'il n'est jamais facile de changer une structure plusieurs fois centenaire surtout quand la volonté politique est absente. Mais les

raisons économiques pèsent considérablement. Si l'artiste psychologue sociale parle volontiers des besoins plus importants en personnel médical pour soigner les patients à l'extérieur de l'hôpital (3 à 4 fois plus) il ne manque pas de souligner la forte pression des laboratoires qui considèrent qu'un patient consomme 60 à 70 % plus de médicament lorsqu'il est hospitalisé. Les entreprises privées qui contribuent au fonctionnement et à l'entretien de l'hôpital voient aussi d'un mauvais le projet de fermeture de l'asile...

Mais pour l'heure Alberto Sava n'a pas l'intention de baisser les bras.

Le courrier des lecteurs :

Don de sang, Médicaments Dérivés.

Marchandisation de l'humain et révision des lois de bioéthique.

Par Jean-Pierre Basset⁽⁵⁹⁾ (Valence)

Militant du don du sang, j'essaie d'être vigilant sur l'ensemble des questions éthiques liées à la santé et aux multiples tentatives visant à la commercialisation des produits d'origine humaine. Au cours des 6 dernières années, j'ai alerté, au travers de tribunes libres dans l'Humanité et la presse locale :

- sur les coups portés par l'actuelle majorité
- sur l'agressivité des multinationales des Médicaments Dérivés du Sang (MDS) qui interviennent désormais dans les appels d'offres des hôpitaux,
- sur l'activité des sociétés qui veulent implanter en France des banques privées de sang de cordon.

Les Médicaments Dérivés du Sang : l'histoire.

La situation d'aujourd'hui résulte d'un parcours digne d'une république bananière après que la France, dès 1952, ait par la loi, créé partout des établissements de transfusion et un système éthique (hors commerce). Mais les découvertes médicales ouvrent un champ immense, qui progresse chaque année, aux médicaments dérivés du sang (MDS) produits par l'établissement 100 % public L F B (Laboratoire du Fractionnement et des Biotechnologies).

Après l'irruption du SIDA, qui a mis à mal notre système transfusionnel, sont venues les manœuvres de la « commission de Bruxelles » favorable au commerce, à la concurrence partout. Lors de l'adoption de la loi de bioéthique en 93, « sous Kouchner » déjà, les donneurs de sang alors affaiblis sont peu intervenus dans le débat, alors que les dispositions adoptées préparaient la commercialisation des MDS et donnaient un statut provisoire au LFB. L'article 5121-11 du code de santé publique (CSP) reste le rempart.

Début 2002 (gouvernement Jospin) une nouvelle loi a fixé un statut définitif au LFB qui devenait un EPIC, forme juridique donnée à EDF à la libération. C'était une bonne loi qui a été promulguée par le président Chirac ; mais la droite reprenant le pouvoir quelques mois après, aucun texte d'application n'a été publié.

Et au bout de deux ans, noyé dans une loi de modernisation du droit, un article de deux lignes (alinéa 6 (je crois) de l'article 52 de cette loi, page 324 sur 350, est apparu prévoyant la modification par ordonnance du statut du LFB pour en faire une SA (société anonyme) à but commercial avoué. L'Assemblée Nationale a adopté.

J'ai appris cela début septembre 2004, j'ai alerté tous les militants possibles, beaucoup de parlementaires (tous ceux de Rhône-Alpes) ainsi que les instances des donneurs de sang qui n'ont pas, à ce moment-là, cru au danger. Mais vu le nombre de sénateurs sensibilisés, les prises de position, Douste-Blazy a eu du mal et il lui a fallu avoir recours à la procédure d'urgence à 3 heures du matin le 26/10/04 pour faire adopter l'amendement.

Ensuite il fallait rédiger l'ordonnance. Le doute s'insinuant petit à petit, la direction des donneurs de sang a rejeté le 1^{er} projet soumis. Un 2^e projet a ensuite été refusé. Chirac et le gouvernement ont alors décidé d'agir en catimini et ont adopté l'ordonnance en conseil des ministres le 27/07/2005, publié au JO du 29. A cette date (29 juillet) personne en France ne pouvait voir cette publication d'où **le mot éthique avait disparu**.

Heureusement, dans les plus hautes sphères de l'EFS (établissement français du sang) qui fournit le plasma au LFB, des professionnels ont l'esprit militant et accroché à l'éthique. L'un d'eux m'a prévenu le 16 août. Pendant les semaines qui ont suivi, j'ai informé et alerté tous ceux qui pouvaient l'être. Un tract a été distribué pour expliquer cela à la manif nationale des services publics en novembre 2005 à Paris.

Pendant un an et demi plus rien n'a bougé, jusqu'au 10 janvier 2007 où la députée suppléante de Borloo, M^{me} Gallez (UMP) a fait voter, à l'esbroufe, en fin de séance, un amendement modifiant les conditions d'importation de plasma sanguin (« y compris provenant de sang rémunéré »), revendication des multinationales portant sur ces propositions, à introduire ensuite dans le code de santé publique.

Pour passer au Sénat, la semaine suivante, l'amendement a été publié. J'ai été prévenu immédiatement par Guy Fischer. Malgré un délai très court, toutes les unions départementales des associations de don du sang ont été alertées, elles ont saisi un à un tous les sénateurs. Et Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, s'est trouvé devant un sénat quasi unanime pour rejeter l'amendement qu'il a alors retiré, faisant « confiance à la sagesse du Sénat ».

Les multinationales des produits sanguins (7 existent dans le monde, 3 agissent en France : Octapharma, suisse ;

⁵⁹ Jean-pierre.basset920@orange.fr

Baxter, USA; CSL Berhing, Australie) n'ont pas digéré ce revers et ont déposé une plainte contre la France auprès de la commission de Bruxelles.

La commission a naturellement pris le parti des multinationales, dénoncé le contenu de l'article 5121-11 du CSP et mis la France « en demeure de se conformer aux règles communautaires », c'est-à-dire à la concurrence libre et sans entraves bien connue.

Le gouvernement français a alors chargé un spécialiste du droit international, le P^r Rémy Pellet, de rédiger une réponse réfutant les arguments de la commission de Bruxelles. Dans sa conclusion, le P^r Pellet évoque la possibilité que la France soit condamnée par la cour de justice européenne. Pour conserver le caractère éthique du don de sang, il faudrait alors scinder en deux la collecte, « sang total » « plaquettes » « plasma thérapeutique » restant du domaine de l'EFS. La collecte de plasma destiné aux médicaments dérivés (870 000 litres en 2008) relèverait alors du LFB qui devrait mettre en place un système de collecte parallèle à l'EFS.

Cela mettrait les donneurs de sang dans une situation impossible, devant choisir entre deux organismes collecteurs.

Mais le P^r Pellet formule aussi deux propositions propres à contrer les ambitions des multinationales du commerce des produits sanguins :

- La création d'un pictogramme identifiant les médicaments dérivés éthiques
- L'obligation pour les médecins hospitaliers d'obtenir le « consentement éclairé du malade » avant l'administration d'un médicament dérivé, issu de prélèvements rémunérés importés ».

Car rien dans les textes européens ne semble en mesure de s'y opposer.

Je pense qu'à l'occasion du débat sur la révision des lois bioéthiques les parlementaires communistes devraient introduire un amendement portant sur ces deux propositions, à introduire ensuite dans le code de santé publique.

Une autre péripétie parlementaire est intervenue le 12 février 2009, qui montre la connivence d'une partie de la majorité actuelle avec les multinationales pour « tuer l'éthique » garantie par le caractère public du LFB : le rapporteur de la loi HPST (Bachelot) a subrepticement introduit un amendement, modifiant encore le statut du LFB en lui faisant perdre son caractère « 100 % contrôlé par l'état. Là encore la réaction – immédiate – des ins-

tances des donneurs de sang a été efficace. Quelques jours après, la ministre a présenté un amendement supprimant le précédent. On imagine la fureur des multinationales, le directeur de la société l'australienne CSL - Berhing déclarant au quotidien financier « la tribune » : « pour nous cet amendement est une gifle ».

Quelques semaines plus tard, 16 et 17 mars 2005, j'ai profité du congrès régional Rhône-Alpes des donneurs de sang (Autrans 38) pour faire adopter une nouvelle proposition qui couperait court à toute manœuvre des multinationales : l'interdiction d'appel d'offre par les hôpitaux et tout établissement de santé sur TOUS LES PRODUITS D'ORIGINE HUMAINE. Aujourd'hui ce sont les médicaments dérivés du sang, puis les anticorps monoclonaux, demain ce seront les lignées de cellules souches reproduites par génie génétique, ou modifiées génétiquement (médecine réparatrice) puis les cellules embryonnaires, ou le sang de cordon si les lois bioéthiques étaient révisées dans le sens des marchands.

Je pense qu'il faudrait donc, aussi, proposer un amendement interdisant les appels d'offres pour tous les produits d'origine humaine. C'est évoqué dans un questionnaire adressé début février 2010 aux 14 directeurs régionaux de l'EFS sous la formule suivante : « le caractère éthique du don doit-il être un élément d'appréciation lors de la passation de marchés publics par les établissements de santé ? » Ma proposition a donc été prise en compte par la direction de l'EFS.

Les MDS, enjeu mondial, bataille de requins :

Les multinationales et leurs lobbys ont le système français et le LFB pour cible car la France, avec la sécu et l'hospitalisation publique, est solvable. A l'échelle mondiale seule la population des pays très développés a accès aux MD. Mais la progression de leur utilisation est rapide avec l'arrivée de la Chine, de l'Inde... Une bataille de requins se déroule donc, à coup de fusions, d'acquisitions pour accaparer le « marché » existant (actuellement 15 milliards de dollars/an) et à venir. Dernier épisode en date (Juin 2010) l'acquisition de l'américain Télécis par l'espagnol Grifols qui devient 3e Mondial pour la modique somme de 3,3 milliards d'Euros alors que l'Espagne est dit-on en quasi faillite.

L'évolution de la pensée sous les coups de boutoirs des « libéraux » est inquiétante. Déjà, un « avis » du Comité National Consultatif d'Éthique du 22/06/2006 est ambigu concernant la « commercialisation des cellules souches humaines et autres lignées cellulaires ». Un précédent « avis » en 1991 se prononçait sans interprétation possible contre le commerce du sang et de ses dérivés.

SANG DE CORDON :

Identifiés au début des années 80, les « cellules souches hématopoïétiques du sang de cordon » (recueillies lors d'accouchements) sont « immatures ». Cela facilite la recherche de compatibilité avec les malades (leucémies, aplasies...) en attente de greffes. La 1^{re} greffe a eu lieu en France par la P^r Eliane GLUKSMAN en 1986, sur un enfant. Depuis, ce type de greffe a été validé et s'est étendu aux adultes en groupant 2 ou 3 « unités » compatibles. Mais pour des raisons inavouées (le coût de la santé, sans doute) notre pays a pris du retard et ne disposait en 2009 que de 7 500 unités de sang de cordon stockées congelées par l'EFS, banque publique, à Annemasse (01). Il en faudrait 50 000. La pénurie, par ailleurs coûteuse pour la Sécu, peut ouvrir un « marché » pour des entreprises sans scrupule. Ce « marché » existe dans une vingtaine de pays. La multinationale CRYO-SAVE a entrepris une campagne de lobbying, notamment auprès de Guy FISCHER, sénateur communiste du Rhône, pour créer une banque privée à Lyon. En échec auprès de notre camarade, CRYO-SAVE a trouvé des oreilles complaisantes à l'UMP. Damien MESLOT, député de Belfort, avec 58 de ses collègues, a déposé une proposition de loi (n° 2058 – 05/11/2009) visant à la création de banques privées de sang de cordon. **Lors du débat sur la révision, je pense qu'il faut donner un statut au sang de cordon interdisant toute forme de commercialisation ainsi que l'interdiction de la création de « banques privées ».**

Sur le statut du sang de cordon, je pense qu'il faut :

1. lui donner un statut, celui de « produit thérapeutique ».
2. rendre obligatoire l'information aux femmes dans le cadre du suivi de la grossesse afin de satisfaire les besoins thérapeutiques. Sachant que seulement une unité de sang de cordon sur 3 contient un nombre suffisant de cellules souches permettant la greffe.
3. Interdiction de toute création de banques privées. Les banques publiques sont le seul moyen d'assurer la solidarité nationale et internationale.

Pour mesurer le problème: actuellement, 2 400 malades sont en attente de greffe (moelle osseuse ou sang de cordon). En moyenne, 350 décèdent chaque année faute de greffons compatibles. Ce sont essentiellement des enfants et des adolescents.

L'enjeu des greffes de « sang de cordon » ira grandissant car à court terme, pensent les spécialistes, 80 à 85 maladies (génétiques, tumorales, héréditaires...) seront traitées par greffes de cellules souches. De plus des essais cliniques sont menés en médecine régénérative sur des

tissus endommagés, réparation d'os, de tissus cardiaque après infarctus, de la peau pour les grands brûlés...

LES GREFFES D'ORGANE :

Ce domaine est assez longuement développé dans le rapport n° 2235 de l'Assemblée Nationale sur la révision des lois bioéthiques.

Sur le consentement présumé :

La loi actuelle me paraît inefficace car seulement 74 698 personnes se sont inscrites sur « registre de refus » depuis 1976. Tous les autres citoyens sont réputés être favorables au don. Des milliers de femmes, d'hommes, porteurs de la carte de donneur, ignorent les véritables dispositions. Ils sont persuadés d'être prélevés en cas de mort encéphalique. Or, il n'en est rien. Dans plus de 30 % des cas, leur famille refusera. Pour moi, c'est inacceptable concernant les majeurs.

Le coût humain :

En 2008, 1 563 personnes en état de mort encéphalique ont été prélevées et 4 620 greffées, soit 2,96 greffes par donneur. Les familles ayant refusé le don d'organes 977 fois, c'est 2 891 malades qui n'ont pu être greffés. Et 218 d'entre eux sont décédés au 31/12/2008 faute de greffons disponibles. La dignité des malades est-elle respectée ?

Le coût financier des insuffisances rénales :

La greffe de rein est la plus pratiquée, 2 937 en 2008 soit 64 % du total. Selon les spécialistes, les insuffisances rénales vont continuer d'augmenter (multipliées par 1,5 à 2 d'ici 2025) consécutives à la progression de l'hypertension et du diabète type 2. Actuellement, on compte 37 000 malades dialysés et le chiffre augmente de 8 000 par an. La dialyse coûte à la Sécurité Sociale 70 000 euros/an par malade. Une greffe de rein coûte 46 000 euros, puis 7 600 euros/an ensuite (suivi, médicaments antirejet...). Au total en 2007, dernier chiffre publié, la Sécu a dépensé 4 milliards d'Euros pour l'insuffisance rénale, 82 % pour les dialyses, 18 % pour les greffes. De plus, la qualité de vie du greffé est bien supérieure, son espérance de vie doublée.

On peut comparer aussi avec le système transfusionnel dans son ensemble :

Le budget total de l'EFS est de 783,4 millions d'Euros pour 500 000 malades (moyenne), le budget du LFB s'élève 375,7 millions d'euros pour aussi 500 000 malades/an moyenne traités par MDS. Au total, le système transfusionnel coûte 1,159 milliard d'E pour un million de malades graves qu'il faut transfuser en moyenne plus de 5 fois, l'insuffisance rénale: 4 milliards pour 37 000

malades. Il y a donc intérêt public au développement du don d'organes et à la vulgarisation du besoin auprès du « grand public ».

Sur la dignité de la personne humaine :

Le rapport sur la révision des lois bioéthiques, comme les textes européens (parlement, conseil de l'Europe, convention d'Oviédo...) recensés par le rapport Pellet, donnent beaucoup de place à la dignité humaine. Elle a valeur constitutionnelle reconnue par le conseil constitutionnel en 1994. Mais elle est unilatérale. Tous les textes visent globalement à la protection du malade et du donneur. Mais que penser du citoyen qui a décidé d'être donneur volontaire, est porteur de la carte et dont la famille refuse le don ? Sa volonté n'est pas respectée. Sa dignité n'est pas respectée.

La révision des lois de bioéthique devrait être le moment de créer un document indiscutable, irréfutable. Chaque citoyen devrait recevoir un document imprimé l'informant des besoins médicaux, organes, moelle osseuse, sang, plasma, plaquettes avec une enveloppe T et un double bulletin retour, un pour l'Agence de Biomédecine pour la moelle osseuse, un destiné à la Sécu pour l'inscription du don d'organe sur la Carte Vitale. Cela permettrait la cohabitation du « consentement présumé » et du « Consentement explicite ». La loi devrait définir l'organisme chargé du registre des donneurs qui devrait être facilement joint en cas de rétractation. L'accord de la famille restant en vigueur pour les mineurs ?

Retraites, finance... et Bolivie

*Par M. Frédéric ANDRE
Le 8 juillet 2010*

A l'heure où chez nous, en France, le gouvernement s'apprête à repousser l'âge de départ à la retraite à plus de 60 ans et à augmenter le nombre d'annuités pour bénéficier d'une retraite à taux plein, et cela sans toucher sérieusement aux revenus du capital, en Bolivie, le gouvernement socialiste antilibéral de Evo Morales s'apprête à faire voter une nouvelle Loi sur les retraites, discutée avec la principale centrale ouvrière du pays (la COB), qui abaisse l'âge de départ à la retraite de 65 à 58 ans, avec les mêmes avantages. Cet âge sera même abaissé à 56 ans pour les ouvriers du secteur minier, avec possibilité de baisser encore cet âge selon certains travailleurs, dans ce cas un an travaillé à l'intérieur de la mine comptera pour deux années.

Tout cela s'inscrit dans le cadre de la reconstruction du système Bolivien de retraite par répartition mis à sac par des décennies de libéralisme économique...

Début février 2008, le président Morales avait déjà instauré une pension « dignité » destinée aux retraités vivants sous le seuil de pauvreté, dans un pays où deux habitants sur cinq vivent avec moins de 2 dollars par jour... Pour financer cette allocation, le gouvernement de Morales avait instauré une redistribution des richesses liée aux hydrocarbures (Gaz et pétrole), mettant ainsi à contribution les riches régions de l'est bolivien qui s'étaient arrangées jusque-là pour bénéficier de la quasi-totalité de ces revenus.

Refusant de partager le gâteau, l'oligarchie bolivienne avait, avec à la complicité de l'ambassade américaine, tenté de déclencher une guerre civile destinée à renverser le président Morales.

La France n'est évidemment pas la Bolivie, ses niveaux de revenus, de pensions de retraites et de vie sont très éloignés certes, mais n'y a-t-il pas là encore, matière à s'inspirer d'un gouvernement progressiste qui élabore et vote des lois qui ne séparent pas l'aspect humain de l'aspect économique.

N'y a-t-il pas intérêt à s'inspirer une fois de plus de ces gouvernements progressistes latino-américains qui ont choisi leur camp entre les requins de la finance, les affameurs du FMI et de la Banque Mondiale d'un côté, et le bien-être du peuple de l'autre.

La Bolivie, comme le Venezuela et l'Equateur, ainsi que les pays membres de l'ALBA (Alliance Bolivarienne pour les Amériques) ont décidé depuis quelques années déjà de renvoyer les technocrates du FMI dans leurs bureaux New-yorkais, et de gérer eux-mêmes leurs pays, leur économie, et leurs systèmes de retraites. Contrairement à nos gouvernements Européens, celui d'Evo Morales, estime que l'humain passe avant les considérations économiques, il estime aussi que ce sont ceux qui ont le plus et qui provoquent les crises financières qui doivent mettre la main à la poche.

Il estime que les ressources de son pays ne doivent plus servir à garnir les comptes des multinationales étrangères et des oligarques locaux, mais au contraire à développer économiquement et socialement une nation désormais libre du diktat des marchés financiers et de ses alliés. Une belle source d'inspiration que cette Amérique Latine rebelle et progressiste n'est-ce pas ? Ne devrait-on pas avoir les yeux rivés sur ces nations et ses peuples qui remettent en cause ce que l'on a commencé à nous faire subir ici : à savoir la dégradation de nos conditions de vies et la destruction de nos acquis sociaux, résultants d'années de luttes, tout cela au nom de la course au profit des plus riches et du libre-marché « sacré ».

Sarkozy n'est pas Morales, et nous le regrettons bien.

CMU le paradoxe!

*Par Michel Katchadourian
Le 17 novembre 2010*

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle comprend deux volets. La CMU de base constitue une généralisation de l'assurance-maladie obligatoire pour ceux qui n'y avaient pas accès par un autre biais, sur simple critère de résidence en France. A l'époque, lors du vote de la loi, on estimait que 150 000 personnes ne disposaient d'aucune couverture maladie. Le second volet, la CMU complémentaire (CMU-C), donne l'accès aux soins aux plus modestes grâce à une complémentaire santé qui n'est pas « gratuite » pour tous.

La CMU complémentaire est soumise à conditions de ressources (685 euros par mois pour une personne seule) et les barèmes dépendent de la composition du foyer. Actuellement, 1,7 million de personnes bénéficient de la CMU de base et 4,3 millions de la couverture maladie universelle complémentaire. Ce chiffre est en croissance lente et régulière, sous l'effet de la crise économique.

Le paradoxe: Le financement de la CMU complémentaire et de l'ACS est entièrement assuré par le Fonds CMU, dont les ressources proviennent à 100 % d'une contribution prélevée sur les revenus des complémentaires santé (mutuelles, assurances, instituts de prévoyance). Pour Jean-François Chadelat⁽⁶⁰⁾ directeur du Fonds CMU. « *Il faut absolument protéger ce dispositif, l'améliorer en luttant contre les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU et en augmentant le recours à l'aide à la complémentaire santé.* ». On le comprend, comme le financement est exclusivement assis sur le chiffre d'affaires des complémentaires, 5,9 % de leur CA, il faut donc développer celles-ci, élémentaire!

M. Chadelat s'inquiète, car le chiffre d'affaires des organismes complémentaires est en décélération. Selon les chiffres des bordereaux déclaratifs URSSAF pour 2010, la récession économique produit ses effets avec notamment la diminution des contrats groupe dans les entreprises, le développement des petites protections à minima, bas de gamme, moins coûteuses en terme de cotisation pour les gens, la sélection économique (l'exclusion des retraités, des plus âgés) et bien sûr la démutualisation due au transfert de charge de la sécurité sociale, de la solidarité nationale vers les ménages!

⁶⁰ Jean-François Chadelat est bien connu des acteurs de l'institution Sécurité Sociale. Il a déjà rédigé un rapport sur le financement social par la cotisation sur la valeur ajoutée sous le gouvernement de M. Juppé. Il a également été directeur du Fond Solidarité Vieillesse, et auparavant directeur de l'ACOSS (c'est alors Philippe Seguin qui était ministre des affaires sociales). Il est passé aussi par la case AXA, tout un programme!

Depuis le 1^{er} janvier 2009, explique Jean-François Chadelat, le fonds est exclusivement financé par la contribution des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Ocam), prélevée sur leur chiffre d'affaires santé hors taxe. D'un taux fixé à 5,9 %, la contribution a rapporté près de 1,8 milliard d'euros de ressources au fonds en 2009. « Avec une croissance réduite à + 3,4 % au premier semestre 2010, nous sommes manifestement en présence d'un cas de figure que nous n'avions jamais connu », expose le directeur du fonds CMU.

La plus faible progression semestrielle (+ 0,7 %), correspond aux institutions de prévoyance, les entreprises moyennes et grandes couvertes par des contrats collectifs ayant été plus durement touchées par les effets de la crise économique. Jean-François Chadelat est d'autant plus inquiet que l'annonce d'une prochaine taxe sur les conventions d'assurance (TCA), au taux de 3,5 % sur les contrats complémentaires santé, dans le cadre de la prochaine loi de Finances « n'est pas une bonne nouvelle pour le Fonds ». L'assiette étant le chiffre d'affaires hors taxe, « c'est une perte d'assiette de 1,1 milliard d'euros et donc une perte de ressources pour le Fonds de plus de 60 millions d'euros », fait-il valoir.

La solution n'est pas dans une fuite en avant vers le complémentaire, des mesures style CMU, mais bien de redonner à une sécurité sociale universelle, à l'État, aux services publics, les moyens de répondre aux besoins de santé, de prévention, de dépistages par une réforme du financement de notre protection sociale et le développement de l'emploi!

Médiateur & Afssaps :

*Par Michel Katchadourian
Le 22 novembre 2010*

En raison de l'avancée des sciences et des techniques, nous sommes passés en quelques années à une chirurgie moins invalidante, moins agressive et dont l'efficacité est identique voire supérieure aux anciennes pratiques; toutes les prothèses et appareillages ont aussi beaucoup évolué. La situation est semblable pour la plupart des nouveaux médicaments, ils sont aujourd'hui plus performants, ils limitent les effets secondaires, leur utilisation est plus simple pour les enfants, les personnes âgées, ils évitent la multiplication des prises. Mais l'industrie pharmaceutique capitaliste met aussi sur le marché des médicaments qui ne sont ni vraiment innovants, ni à des prix raisonnables pour l'hôpital public et la sécurité sociale, voire parfois dangereux pour la santé publique!

Le Mediator, un médicament pour diabétiques en surpoids produit par les laboratoires Servier et interdit depuis novembre 2009, aurait causé entre 500 et 1 000 morts, selon l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Cette agence a recommandé aux personnes ayant suivi un traitement à base de Mediator pendant plus de trois mois de consulter leur médecin. L'avocat de plusieurs victimes évoque un « scandale sanitaire », alors que des connaisseurs du dossier dénoncent une interdiction trop tardive du médicament et le rôle joué par l'Afssaps elle-même.

Qu'est-ce que le Mediator?

Le Mediator est un médicament réservé à l'origine aux diabétiques en surpoids. Son effet coupe-faim en a peu à peu fait l'un des médicaments les plus prescrits aux patients souhaitant maigrir. La molécule benfluorex, qui fait partie de la famille des fenfluramines et rentre dans la composition du Mediator, appartient à une famille cousine des amphétamines. Le médicament est commercialisé depuis 1976 par le groupe Servier — deuxième groupe pharmaceutique français après Sanofi-Aventis. Il a longtemps été l'un des produits phare du laboratoire: 88 % des ventes mondiales ont été réalisées en France (en 2007, il était le 44^e médicament le plus vendu dans l'Hexagone); deux millions de patients français en ont pris entre 1976 et 2009, selon les chiffres du député socialiste Gérard Bapt, qui a travaillé sur le sujet; 7 millions de boîtes étaient encore vendues en 2009 et remboursées par l'assurance-maladie à hauteur de 65 %. Ce médicament aura généré un chiffre d'affaires de 1 milliard d'euros pour le groupe Servier.

Une nouvelle affaire qui fait suite à l'affaire du Vioxx

Le 25 janvier 2005 déjà François AUTAIN, Guy FISCHER... le groupe communiste et républicain du sénat proposaient une résolution visant à la création d'une commission d'enquête. Après un travail remarquable à propos de la révélation d'accidents graves voire mortels, consécutifs à la prise de médicaments, ayant pourtant satisfait aux contrôles exigés par les autorités sanitaires, et présentés comme des nouveautés supérieures aux médicaments déjà existants dans la même classe thérapeutique.

Extraits de la résolution de l'époque: « L'autonomie de gestion dont bénéficient les agences depuis leur création à la fin des années 90 avait pour but d'assurer leur indépendance à l'égard des laboratoires et du pouvoir politique afin de leur permettre d'accomplir leur mission de service public en dehors de toute pression susceptible de les en écarter. » Mais la tendance qu'on observe actuellement à un financement industriel croissant et à une diminution concomitante du financement public est en train de ruiner cette ambition.

En 2003, les ressources de l'AFSSAPS provenaient pour 83 % de l'industrie pharmaceutique et pour seulement 6,4 % de l'État. Circonstance aggravante, l'agence européenne (EMEA) qui connaît la même dépendance financière est placée sous la Direction générale « entreprise » de la Commission européenne. Comment dans ces conditions ne pas redouter que les agences ne soient devenues au fil des années les instruments dociles de ceux qui fournissent la majorité de leurs subsides alors qu'elles n'ont pas pour seule vocation de rendre un service aux industriels? La création de la Haute Autorité de Santé n'y changera rien, ne serait-ce que parce que les modalités de financement restent les mêmes.

La situation est d'autant plus préoccupante que la mondialisation a considérablement modifié la donne. Confrontés à la financiarisation de l'économie et à un essoufflement de la recherche, les groupes pharmaceutiques de plus en plus concentrés doivent se livrer à une concurrence acharnée pour préserver des marges bénéficiaires extrêmement élevées. Cette logique industrielle impitoyable accule les laboratoires au mensonge et au bluff sur le coût de la recherche, le degré de nouveauté et le prix de revient des médicaments pour accélérer les procédures de mise sur le marché afin de réduire les délais de retour sur investissement.

Pour contrecarrer cette stratégie industrielle agressive, les agences disposent de moyens dérisoires, sans commune mesure avec ceux des laboratoires: en 2003, le budget de l'AFSSAPS s'élevait à 91,97 millions d'euros soit 0,3 % seulement des 30 milliards qu'a représenté en France pendant la même période le produit de la vente des médicaments que cette agence a pour mission de contrôler.

N'étant plus soutenue financièrement par l'État (4,9 millions d'euros de subvention en 2003), l'AFSSAPS n'ose plus prendre de décisions contrariant un tant soit peu les intérêts immédiats des firmes. Des médicaments considérés à tort comme majeurs sont mis ou maintenus sur le marché sans avoir fait la preuve de leur efficacité ou de leur innocuité: en 2002, sur 185 avis rendus par la commission d'AMM, 112 soit 71 % du total concernaient des médicaments considérés comme importants alors qu'il s'agissait en fait de simples copies de produits innovants, déjà sur le marché. La préservation de la santé de l'industrie pharmaceutique semble ainsi passer avant celle des patients, comme si l'on ne savait plus très bien faire la distinction entre un plan industriel de santé et un plan de santé publique.

Certes les soignants, les patients et les journalistes peuvent agir efficacement en agissant comme contre pouvoir et en intervenant publiquement, mais nous avons besoin d'inverser politiquement les logiques économiques qui sont la cause de tous ces effets pervers!

A quoi sert l'AFSSAPS ?

Tout comme l'AFSSA, l'AFSSAPS un organisme public et indépendant, créé en mars 1998 et qui est sous le contrôle du Ministère de la Santé. L'AFSSAPS participe à l'élaboration et à l'application des lois et des règlements relatifs à tous les produits à finalité sanitaire: médicaments, matériaux et matériels, produits sanguins, produits d'origine humaine ou animale (tissus, organes etc.), certains produits diététiques destinés aux malades, cosmétiques, insecticides à usage humain, produits de désinfection des locaux, lentilles oculaires et leurs produits d'application. L'AFSSAPS a le pouvoir de suspendre, restreindre ou interdire l'utilisation de tous ces produits si elle les estime dangereux pour la santé. Elle garantit ainsi l'efficacité, la qualité et le bon usage de tous les produits de santé. C'est l'AFSSAPS qui délivre les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments après une évaluation scientifique et médico-économique. Elle exerce un contrôle aussi sur la publicité des produits de santé. C'est en quelque sorte la police du monde sanitaire. Enfin, l'AFSSAPS informe aussi bien les professionnels de santé que les particuliers.

Directement mise en cause, l'AFSSAPS se défend. Selon Fabienne Bartoli, l'adjointe du directeur général, « l'établissement a mis le médicament sous surveillance dès 1997, mais a concentré ses recherches sur les cas d'hypertension artérielle-pulmonaire, et non sur les pathologies des valves cardiaques », celles que provoque majoritairement le Mediator. Mais pour l'avocat Charles Joseph-Oudin, l'AFSSAPS a surtout joué le jeu du laboratoire Servier, contestant toutes les études qui auraient pu mener à une interdiction plus rapide. Un avis que le député Bapt partage, évoquant une « insensibilité française au risque » : « Nous avons été le dernier pays au monde à interdire le Distilbène. » Dans le cas du Mediator, l'AFSSAPS prétend n'avoir pas trouvé de raisons d'interdire le médicament. Mais si on ne cherche pas, on ne trouve pas : jamais l'AFSSAPS n'a fait part aux médecins de ses doutes, alors que ce sont eux qui, par leur nombre et leur proximité avec le patient, peuvent fournir les informations qui permettent d'évaluer la nocivité d'un médicament.

La question à poser : L'AFSSAPS est-elle la mieux placée pour délivrer **les autorités de mise sur le marché** ou faut-il revoir son mode de financement et son fonctionnement ? Cette mission est au cœur du travail de cet établissement public, mais de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer son fonctionnement, estimant que celui-ci ne garantit pas une prise de décision indépendante. C'est notamment le cas d'Irène Frachon, qui a dû mener de son propre chef les études ayant amené à l'interdiction du Mediator puis batailler pour se faire entendre pendant de longs mois : « *Les raisons de ce retard*

sont multiples, mais reposent essentiellement sur une gestion qui n'est pas satisfaisante des conflits d'intérêts au sens large et des pressions » au sein de l'AFSSAPS.

Le dossier médicament est un sujet sensible qui devenu un enjeu politique et économique de première importance ! C'est bien une question importante de santé publique, de sécurité sanitaire où l'humain doit être au centre des préoccupations sans être naïf, se joue aussi dans ce dossier l'indépendance sanitaire de notre pays avec des milliers d'emplois à la clé ! Les trafics de médicaments se généralisent sur le net, les labos start-up éphémères, les médicaments discounts sous-labos de complaisance (document OMS) existent. Comment retrouver les responsables en cas de pollution médicamenteuse sur les êtres humains, dans la nature ? En France ce sont encore les pharmaciens qui ont le monopole de la distribution, avec des obligations de services publics et un diplôme spécifique. La notion de pharmacien responsable est propre à la législation française mais plusieurs pays ont mis en place des réglementations techniques de l'activité pharmaceutique pouvant exiger la présence de « personnes qualifiées ».

Potentiellement dangereux, le médicament est vendu dans notre pays dans des conditions particulières. Ainsi, la réglementation n'autorise pas le pharmacien à mettre les médicaments à la portée du public à l'inverse des produits de parapharmacie. La situation est différente aux Etats-Unis ou au Royaume Uni, où les médicaments vendus sans ordonnance sont accessibles sur les rayonnages des « drugstores ». En Allemagne, il y a une liste précise des médicaments pouvant être vendus chez des droguistes, dans des magasins spécialisés ou des grandes surfaces. Nous disposons en France aujourd'hui, d'un dispositif sanitaire assez rigoureux malgré toutes les questions qui sont posées, la gestion de l'embargo sur les produits bovins d'origine britannique l'a démontré. Mais les agences ou administrations nationales en charge du médicament et produits sanitaires, alimentaires etc. sont en concurrence pour l'instruction d'une demande dans le cadre de la procédure centralisée d'évaluation. L'Union Européenne s'est dotée d'un dispositif d'évaluation du médicament (humain et vétérinaire) appuyé sur une Agence Européenne pour l'Evaluation des Médicaments (règlement du 22 juillet 1993) localisée à Londres, pays de la déréglementation de la privatisation, et inaugurée le 26 janvier 1995. Cette tendance générale s'accroît encore après l'élargissement de l'Union européenne aux pays d'Europe centrale et orientale et l'orientation droitrière de l'UE de ces dernières années.

Alors la politique du médicament, de la recherche en France, quel avenir ?

Le parti communiste propose un pôle public du médicament, en clair c'est quoi? Le développement d'un pôle public de la recherche, de la production du médicament permettrait notamment de stopper l'abandon par les trusts pharmaceutiques des produits dits « financièrement non rentables », de fixer des prix uniques négociés dans la transparence avec l'ensemble des acteurs concernés. 50 % des maladies présentes dans le monde restent sans traitements efficaces, 39 % des nouveaux médicaments sont issus des biotechnologies, les Etats

unis y consacrent chaque année 20,5 milliards de dollars en recherche et développement, l'Europe 7,6 milliards de dollars (source : entreprises du médicament).

Bref, nous avons besoin de coopération non basée sur le profit entre les peuples plutôt que la guerre économique, la guerre des prix, qui va ruiner tous les salariés, la recherche en France et en Europe et mettre en danger la population!

Les documents des Cahiers:

Document N° 1

Psychiatrie : écouter la différence !

Le document que nous publions ci-dessous a été élaboré en 1982, à la demande de Jack Ralite Ministre de la Santé de l'époque, par deux médecins, M. et J. Demay. Ce rapport de soixante pages entend tracer les contours d'« une voie française pour une psychiatrie différente ». Près de trente ans d'existence et pourtant le contenu conserve tout son intérêt. Alors qu'aujourd'hui le Président de la République et la Ministre de la Santé conçoivent essentiellement leur réforme de l'hôpital psychiatrique en rapport à « la dangerosité des malades » ce document conduit à rompre avec la façon de considérer la maladie mentale et la souffrance psychique. L'organisation des lieux d'accueil, le respect des malades, de leurs droits, de leur famille, de leur environnement social, le refus de toute fatalité, portent également témoignage d'une rupture avec les orientations actuelles des pouvoirs publics. Cette réflexion n'a pris aucune ride.

Pour permettre sa publication nous avons considérablement réduit le texte (les parties en italiques sont de la rédaction), que le lecteur veuille bien nous en excuser.

La rédaction

« Fonder réellement une voie française pour la psychiatrie nécessite une action à mener simultanément dans trois domaines : pratique, législatif, culturel. Cette action, doit s'étayer fermement sur quelques notions essentielles. La dimension humaine : petites unités d'accueil ou de soins, préservant des effets de non-vie et d'anonymat que produisent inéluctablement les lieux de concentration. Mobilité, souplesse, innovation et dynamisme du fonctionnement et de l'organisation de chacune de ces unités.

Que chacun, soignant ou soigné, puisse disposer et jouir de sa responsabilité de sujet dans le plein exercice de ses contradictions, de l'écoute, du dialogue et des décisions qui s'en suivent.

Rapport à l'autre dont la nature et la structure constituent l'essentiel de la discipline psychiatrique.

Le présent document, se fondant sur l'expérience de ces quelques notions concernant en fait tout citoyen, se propose de dégager et d'affirmer les principes directeurs de l'action à mener : mission nationale assumée par l'État en concertation étroite avec les collectivités locales et la population.

Introduction

Esquisser Une voie française de la psychiatrie oblige tout à la fois : à prendre en compte un passé tissé d'archaïsmes et de contradictions solidement institués ; à élaborer les grandes lignes d'un projet de travail radicalement différent dans son abord théorique et ses dispositions pratiques, car il n'y aura pas de renouveau ou de progrès sans une rupture complète avec les situations et les façons d'agir passées ; à proposer, enfin et pour cela, une mutation complète des méthodes et des moyens, des cadres et références juridiques, administratifs et financiers existants.

Ces préalables au changement se révèlent complexes, mais tout autant indispensables. Œuvre de longue haleine qu'il faut engager sans attendre et qui impliquera,

les efforts et recherches des diverses formes de pratiques psychiatriques, toutes concernées à des titres divers ; mais aussi l'apport de tous les praticiens concourant à ce travail. Cela implique également la participation active et décisive des populations concernées et de leurs représentants. Cette exigence d'un changement profond est un dû au patient mental trop souvent méconnu, négligé, rejeté et malmené. Elle doit également prendre en compte le milieu où ont germé et se sont constituées difficultés et souffrances.

Tout est à inventer, en France, pour instaurer une rupture dans la façon de considérer la folie, la maladie mentale, les diverses formes et expressions de la souffrance psychique.

Tout est à inventer pour que l'accueil, le respect, l'espoir, portant témoignage de cette rupture, amènent un changement complet d'attention et d'intérêt, l'état d'esprit, d'attitude et de comportement.

Tout est à inventer pour que cela change dans le langage quotidien et les actes de chacun.

Favoriser les échanges

La psychiatrie fut aliénée quand elle fut enfermée dans l'asile, et cela n'est pas encore tout à fait du domaine du passé ; mais elle est plus aliénée encore, et plus subtilement, quand elle est fagotée dans l'habit d'emprunt anatomoclinique et hospitalocentrique du modèle médical.

Le sort contraire a longtemps faussé et réduit l'élan et le talent de sa triple fonction de soin, d'enseignement et de recherche. Mai 1968 fut une étape importante, qui alluma contre les tenants d'un passé dépassé un esprit nouveau qui constitue le préalable déterminant d'une psychiatrie différente.

Beaucoup de souffrance (névroses, psychopathies, psychoses selon les schémas traditionnels...), relève sans hésitation de son domaine. Mais d'autres interventions

sont souvent demandées à juste titre par d'autres services ou institutions. Le travail en commun, sans confusion ni intolérance, apparaît sans aucun doute comme la seule façon de rendre aux usagers les services qui leur sont dus. L'oublier multiplierait les erreurs et les fautes. Le phénomène d'intolérance, de malmenage et de rejet ne se limite pas au seul malade mental ; la notion de handicap, comme l'étape de la vieillesse souffrent d'une attitude tout à fait comparable.

Un effort considérable est à accomplir pour maintenir toutes ces victimes de l'exclusion dans leur milieu naturel et en réglant leur statut et leurs droits au plan du droit commun. Les potentiels d'accueil demeurent vivaces et devraient être repris, dans un monde par ailleurs malmené et souvent lui-même en difficulté.

La crise qui ébranle notre société, multiplie les situations d'échecs et de misère, mais elle ne favorise pas non plus les moyens d'accueil de ceux qui subsistent un peu mieux. Tout en créant l'inadaptation, elle réduit aussi considérablement les moyens d'y faire face. Contradiction à prendre en compte, à aménager sans doute, mais en sachant bien qu'elle est fondamentalement insoluble sans une remise en cause complète d'un système social.

A l'aube de la société industrielle triomphante, lorsque le capitalisme en plein essor se déployait à l'enseigne du profit et des inégalités, Renaudin avait noté : « L'asile d'aliénés est un corollaire de la civilisation, car plus la société met en œuvre tous ses éléments d'activité, plus y progresse l'aliénation et plus l'aliéné y fait office d'un corps étranger ; perturbateur s'il se mêle au mouvement, obstacle s'il est hostile ou inerte, et propagateur s'il reste libre ».

La société en question, un siècle plus tard, est confrontée à une aliénation sans précédent, qu'elle secrète et organise toujours plus dans sa fuite en avant.

La logique asilaire survit, à travers l'hôpital toujours désigné par la loi de 1838, comme organisation première et déterminante pour accueillir les malades mentaux ; le reste s'inscrit toujours plus ou moins dans cette optique. Le phénomène asilaire dépense énormément (*d'argent*) et dépense fort mal. C'est là un des intérêts de sa disparition. Mais à côté de ce gâchis financier scandaleux, se développe aussi un gâchis humain dramatique : l'enlèvement dans l'asile entraîne un enclavement et une chronicisation difficilement réversibles ; le phénomène asilaire, bien plus que la maladie, secrète la plaie ruineuse et inhumaine de la chronicité maintenue.

Pour des raisons qui tiennent à sa nature et à son histoire, la psychiatrie accuse, dans le domaine de la recherche, un retard fort important et fort préjudiciable.

Réparer, cela devient de la plus grande urgence, si l'on veut convenablement élaborer et critiquer l'intense effort d'innovation qui devrait marquer les années prochaines.

La Commission des maladies mentales, reconstituée au lendemain de la guerre et qui avait retrouvé son dynamisme après 1968, a représenté un apport de très grande importance. Reconstituée dans une forme plus représentative des divers courants de la psychiatrie, élargie surtout aux diverses catégories professionnelles travaillant dans ce domaine, comprenant aussi des représentants qualifiés d'autres grands services appelés à partager leur tâche avec la psychiatrie, elle pourrait redevenir le lieu d'élaborations remarquables qu'elle a su être dans le passé.

Cependant le travail fait sur le terrain, le potentiel de recherche et de réflexion (*sont*) des matériaux essentiels dans un travail soucieux de conduire à la fois théorie et pratique.

Pour une éthique de la Psychiatrie

En psychiatrie l'accueil, l'écoute, l'aide, le soin et la participation de l'environnement ne peuvent pas être séparés artificiellement, chacun ayant sa dynamique thérapeutique. Ce travail ne peut se faire qu'avec la collaboration et le contrôle gestionnaire des usagers et des représentants de la population et appelle une attention particulière aux préoccupations de la population et (*des*) besoins sociaux. Il implique une restitution à la communauté sociale (*une part*) de responsabilité dans l'élaboration des choix. Cela permet un contre-pouvoir aux instances de tutelle et au pouvoir psychiatrique (*et*) des réponses de solidarité envers ceux qui sont dits malades mentaux.

La tendance normative de toute société à rejeter, isoler, invalider les personnes souffrant de troubles psychiques et affectifs a pour effet d'accentuer ces derniers et de rendre plus laborieux les efforts des patients pour se soigner et plus difficile la tâche des personnes qui ont pour fonction de les aider.

L'objectif fondamental du soignant et de l'équipe soignante en psychiatrie, est de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour utiliser toutes les connaissances scientifiques actuelles, médicales, psychologiques, sociologiques, pour donner aux personnes atteintes de troubles psychiques les moyens d'accéder au maximum d'autonomie de pensée, de choix et d'action.

En conséquence, sept points apparaissent essentiels :

1. Tout trouble mental est évolutif ; l'expérience prouve que la chronicité n'est pas irréversible. Les notions de maladie mentale et de handicap tendent à organiser la fixation.

2. Il n'y a pas de désaliénation possible sans un minimum d'autonomie économique vis-à-vis de l'entourage familial et vis-à-vis de la société. Il faut refuser catégoriquement que des soins et des conditions d'existence de qualité inférieure soient jugés suffisants sous le prétexte de la probabilité d'une prise en charge de longue durée ou du caractère aléatoire de la reprise d'une activité socialement rentable.
3. Les efforts des soignants pour permettre aux patients d'accéder à l'autonomie doivent passer par une conception de la solidarité avec eux qui prend en compte la réalité socioéconomique. Si l'accès à l'autonomie passe par une phase nécessaire de dépendance, celle-ci ne doit être que temporaire et non pas tutélaire, car tout pouvoir possède en germe le conservatisme.
4. La fonction des professionnels du champ de la psychiatrie est celle d'accompagnement de leurs patients et celle, éventuellement, de défense vis-à-vis du corps social et vis-à-vis des puissances de tutelle; avec pour objectif la désaliénation des patients, le respect de leur situation spécifique, la reconnaissance de leur droit à la régression, le décryptage de leur demande au travers et au-delà des symptômes qu'ils présentent, et enfin leur autonomisation.
5. Ce service est commun à tous les professionnels de la psychiatrie. Il implique bien souvent un travail collectif. Ceci nécessite le décloisonnement des interventions, la reconnaissance de la qualification de chaque intervenant, le partage des responsabilités. Ce service s'appuie sur le dynamisme et sur les potentialités du réseau communautaire et de l'environnement social.
6. Il est inacceptable que les soignants puissent concourir en quoi que ce soit à cette dénaturation de la psychiatrie qu'est son utilisation à des fins de répression politique. Il est indispensable que les soignants puissent s'abstraire des valeurs morales, sociales, politiques dominantes. Celles-ci ne peuvent en aucun cas constituer le facteur déterminant de leur conduite professionnelle.
7. Le concept de prévention, s'il se réfère à une notion de normalité, le concept de guérison, s'il se réfère à une normalisation, et enfin le concept d'assistance, s'il nécessite l'étiquetage et l'invalidation, vont à l'encontre de toute démarche thérapeutique dans le champ de la psychiatrie.

Des principes d'une conception législative:

Cela porte condamnation sans appel des régimes et lois d'exception qui mettent à part et font à la place, c'est-à-dire qui aliènent et qui invalident. Il ne faut pas sim-

plement défendre les acquis, il faut les faire progresser, en conquérir de nouveaux que l'évolution de notre société met à l'ordre du jour. C'est cette réalité-là qu'il est nécessaire de largement populariser. Ce sont des positions solides, qui doivent éviter illusions légalistes et critiques du dedans, illusions technocratiques aussi.

Une conception offensive des droits de l'homme, qui doit affirmer égalité des droits et solidarité de la collectivité, doit savoir assurer, au plan du droit commun et sans délai aucun, la solution de tout ce qui peut être nécessaire au maintien et au rétablissement de la santé.

La modification fondamentale des trois textes (l'article 64 du code pénal, la loi du 30 Juin 1838, et les dispositions qui pourraient la relayer, la loi du 30 Juin 1975) constitue un minimum indispensable et un ensemble indissociable.

Les autres mesures d'exception et ségréguatives, qui avaient été instituées dans la législation française devront aussi être écartées. La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et tout ce qui protège ces droits demeure la référence.

Les principes de l'organisation de la gestion

Il convient donc d'élaborer, de façon prioritaire, un système de gestion rigoureusement et constamment indépendant de l'hôpital. Cet organisme nouveau doit être capable de reconnaître et d'évaluer les besoins spécifiques de son champ d'action. Cela suppose, comme condition essentielle, une large ouverture à la communauté (*opposant à*) un phénomène bureaucratique, une gestion démocratique.

Un Établissement Public de Secteur (*ayant*) un rôle - d'étude, de promotion et de gestion administrative et financière - pourrait adapter toutes les actions de soin à une politique d'ensemble, en respectant les particularités des diverses pratiques et en prenant en compte les données plus particulières à tels aspects démographiques, sociaux ou autres, de la population en question. L'ambition est d'arriver: à supprimer les lieux d'aliénation; à donner aux secteurs psychiatriques les moyens d'une actualisation, d'une structuration, d'une démocratisation; à associer à cette psychiatrie au service du public, des structures semi-publiques et privées.

Les organes de gestion comprennent:

Un Conseil de secteur associant médecins et autres personnels, soignants, administratifs et techniques, les organismes payeurs, les élus, des représentants des tutelles, des usagers, des personnes qualifiées par leur rôle ou leurs compétences, représentants d'associations ou de services (Éducation Nationale, Justice, notamment).

Un Conseil d'Administration, émanation décisionnelle du Conseil de secteur, à répartition tripartite (autorités de tutelle et collectivités débitrices, élus, person-

nels désignés par leurs organisations représentatives); ce Conseil d'Administration est assisté d'un Directeur chargé d'exécuter les décisions du C.A. La tutelle est naturellement assurée par la D.A.S.S., celle-ci retrouvant sa mission originelle.

Ces organes de gestion sont complétés par: un Comité Technique Paritaire des personnels aux compétences élargies; un Collège de confrontation et de recherche, départemental, permettant de comparer les expériences et de susciter des innovations; une instance départementale de concertation, associant administratifs, organismes payeurs et représentants des Conseils de secteur.

Les principes concernant le personnel

La question essentielle qui se pose aux équipes de santé mentale est, en fait, sa réorganisation complète de leur travail collectif. Ce travail dans le secteur apparaît très différent de ce qu'il pouvait être dans le cadre hospitalier. La responsabilité de chacun devient beaucoup plus importante et doit être reconnue comme telle, en fonction de la qualification, de la compétence, des interventions qu'il effectue. Elle s'inscrit dans un travail partagé, laissant à chacun une beaucoup plus grande liberté, mais impliquait par là même une coopération beaucoup plus importante, pour maintenir une cohérence sans lacunes. Les rapports de pouvoir en sont considérablement remis en question nécessairement et légitimement.

Parmi les propositions: réaffirmer la fidélité au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et à sa qualité; examiner les modalités de travail en dehors des contraintes de la routine et de la bureaucratie; modifier la formation.

Les psychiatres en formation

Ils ont participé activement au mouvement désaliéniste dans le cadre de la sectorisation. Néanmoins, leur formation est restée déséquilibrée par la prégnance du pôle hospitalier ou asilaire. La formation manifestait clairement que la psychiatrie était une spécialité médicale, la part nécessaire des sciences humaines étant laissée à l'appréciation des étudiants, l'incitation pouvant à ce niveau paraître insuffisante.

La formation continue des médecins des hôpitaux, des psychiatres en particulier, n'est prévue par aucun texte. En un temps où la psychiatrie évolue rapidement et où la mise à jour des connaissances apparaît plus que jamais un devoir, il y a là une aberration remarquable.

Parmi les propositions: un stage d'infirmier, en début de formation, pour tous les médecins; l'introduction des sciences humaines, de la psychologie, de la psychopathologie dès le 1^{er} cycle; la revalorisation de la médecine générale, avec un

regard plus global sur la personne malade et moins strictement organiciste, avec un temps de formation égal à celui des spécialistes.

Concernant la psychiatrie: affirmation de la spécificité de la psychiatrie; maintien de la reconnaissance de tous les services publics de psychiatrie comme services qualifiants au même titre que les services universitaires, que certaines cliniques privées et que les stages chez les praticiens; le cycle de spécialisation en psychiatrie doit être représenté par les 4 années d'internat; possibilité de stages facultatifs de 6 mois chacun dans des spécialités connexes (neurologie, santé publique, recherche); nécessité de perspectives de carrière ultérieure, actualisées, pour les psychiatres en formation.

Les principes concernant les institutions

Le problème de l'hôpital psychiatrique est un point central de notre travail, car la crise de la psychiatrie y culmine et c'est dans ce lieu qui est toujours le théâtre essentiel de la folie que le pourrissement, parfois programmé, nous pose le plus de problèmes.

I – Abolir l'asile

La solution radicale (*fermeture*) est dangereuse. Nous préférons que soit retenue une voie française qui pose le problème en termes de stratégie de dépérissement (dont la finalité reste l'abolition de l'Asile), définissant une tactique de transition.

Une donnée essentielle: l'institution asilaire passe d'une vocation de gardiennage et de contrôle social révoquée à une vocation, enfin définie et reconnue solennellement, de soins, entendue très largement et allant jusqu'à la fonction d'accompagnement social.

II – Les personnels: des options pour avancer

Reconnaître sa fonction de participation à un dispositif de soins et de réhabilitation implique des revalorisations statutaires et salariales qui devront être négociées avec les représentants des différentes catégories professionnelles. *Prendre en compte les menaces sur leur emploi qui sont facteurs de résistances au changement. Les pouvoirs publics donneront toutes les assurances concernant l'emploi. A l'avenir, lier les effectifs au nombre de lits est à proscrire.*

III- De l'imagination pour sortir des murs

Disparition des murs d'enceinte et prescription de leur démolition. A l'intérieur des murs, certaines pratiques, doivent être abolies. A cet effet sont à préconiser: le libre accès des malades à toutes les structures extra-pavillonnaires; l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur. Ce potentiel sera mis à la disposition de la vie culturelle et sportive de la cité (équipements sportifs, jardins). Le respect de la Charte des malades devrait régler le problème de l'information sur les traitements et les expérimentations.

La désinstitutionnalisation :

Le pivot du dispositif, c'est le centre de santé mentale qui, comme le rappelle le ministre dans son discours de Rouen, est « un lieu d'accueil permanent, de soins ambulatoires, de consultations, et qui devrait aussi devenir un lieu de rencontres et de concertation, de coordination ouvert en particulier aux médecins généralistes ». C'est aussi un lieu de formation et d'enseignement ; c'est également le point de rencontre avec la psychiatrie infanto-juvénile dans une perspective globale de psychiatrie générale. *Un* lieu d'accueil 24 H sur 24, sectoriel ou intersectoriel de quelques lits d'accueil, qui ne représentent pas une hospitalisation au-delà de la situation de crise et dont le coût en temps de personnel nécessitera souvent qu'il soit associé à d'autres formules de soins, tout en évitant le risque d'une concentration de lieux différenciés mais juxtaposés. A partir de ce lieu, des urgences peuvent être prises en compte, mais faut-il pour autant considérer que l'équipe psychiatrique du secteur doit intervenir en première ligne à tout appel (concierge, voisinage, police, etc.) ?

Les perspectives en psychiatrie de l'enfant

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est appelée à jouer un rôle moteur de premier rang dans le processus transformation.

A. POUR UN CHANGEMENT DES MODÈLES IDÉOLOGIQUES

Assurer une position qui peut apparaître subversive à l'égard des idées dominantes sur la maladie mentale et soutenir dans sa pratique l'idée que tout individu dépend davantage dans son humanité de l'imaginaire, du désir, du langage et des libres rapports interactifs qu'il établit avec le patrimoine social que de ses structures génétiques et biologiques données.

La plus importante découverte effectuée et éprouvée en psychiatrie de l'enfant au cours des quinze dernières années est sans doute la suivante : en arrachant de nombreux enfants aux institutions de rejet et de contention, en substituant, dans la culture, des concepts dynamiques au lieu et place des notions traditionnelles de constitutions et de déficit fatal, de nouvelles démarches sont nées, de nouveaux potentiels se sont développés, qui s'avèrent capables de faire reculer la tendance à la fixation des troubles des enfants et les rejets qui ajoutent à l'aliénation. Du même coup, les exigences de soins se sont développées et leurs effets ont été favorisés par des aménagements communautaires susceptibles d'être évalués.

B. POUR UNE NOUVELLE ÉTHIQUE

Il est nécessaire de poser comme prioritaire le principe des thérapies relationnelles et structurales par rapport aux orientations rééducatives et symptomatiques. Un projet de soins doit respecter l'expression de l'enfant, y com-

pris à travers le symptôme de sa souffrance et se garder des tentations offertes par les techniques de manipulations comportementales et de contention biochimique. De ce fait, la perspective du soin en psychiatrie infantile ne peut échapper à la fonction d'assumer une connotation apparemment subversive des exigences adaptatives immédiates. Ce sont la formation, le développement de la capacité d'assumer la confrontation avec les médiateurs sociaux et la mise en place d'un autocontrôle régulier qui permettent de maintenir et de protéger une telle position.

Les sujets doivent se fonder sur l'établissement de contrats thérapeutiques individualisés et le respect attentif et total de la personne de chacun des enfants accueillis.

De la politique de secteur de la ségrégation à la pratique du réseau communautaire

Il est un outil de travail essentiel. Il se fonde sur l'intervention concertée et aménagée de membres, de médiateurs et de représentants de la communauté desservie (familles d'accueil, enseignants, animateurs de loisirs et de centres de vacances, bureaux municipaux d'aide sociale, artisans, petits entrepreneurs, membres de comités d'entreprises, mouvements de jeunes, etc...)

Ce réseau doit se refléter dans le Conseil de secteur. Il constitue l'espace apte à permettre pour les enfants des trajectoires diversifiées qui atteignent un niveau d'efficacité thérapeutique dans la mesure où l'on s'attache à les articuler régulièrement par une analyse attentive. Le principe de la continuité (*entre un enfant et un soignant*) est fondamental pour valider un projet thérapeutique. C'est pourquoi devraient progressivement être privilégiées, avec les stratégies d'intégration communautaire diversifiées, les structures de soins intensifs à temps partiel (clubs thérapeutiques, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques), ainsi que des lieux d'accueil et de psychiatrie de crise pour les adolescents. Ainsi, *en conservant* sa mission thérapeutique, l'équipe de santé mentale doit établir et entretenir des articulations multiples avec tous les acteurs de la scène sociale sur laquelle l'enfant est concerné.

Le développement du travail en équipe :

Chaque équipe doit être pluridisciplinaire, sans exclure la présence parfois très positive de moniteurs formés à des techniques d'animation non spécifiquement psychiatriques. L'équipe, de dimension humaine, doit assurer la permanence de sa présence dans les lieux de soins ambulatoires et être en mesure d'accueillir et de répondre aux situations de détresse. Elle élabore des projets sur un mode démocratique et participe à l'élection du ou des coordinateurs. Elle autogère et procède à l'évaluation de son fonctionnement et de ses activités. Elle doit créer les

conditions de sa formation, de l'implication de chacun de ses membres et *facilite des* échanges actifs et efficaces.

Une situation critique: le malaise et les troubles psychopathologiques des adolescents:

L'approche de la souffrance des adolescents doit se garder de toute réduction: l'adolescence ne saurait être comprise en dehors de l'évolution du sujet depuis les premières années de sa vie (d'où l'intérêt d'une prévention depuis les difficultés précoces de l'enfant); il ne doit pas être séparé des interactions qui s'établissent avec tout son environnement, familial, scolaire, professionnel, social; l'adolescent est en quête intense d'identité, d'où le danger d'une psychiatrisation à priori de ses problèmes. Les soignants devraient s'écarter de toute ambiguïté de leur position thérapeutique et laisser toute leur place aux autres intervenants sociaux; la demande personnelle de l'adolescent est difficilement élaborée, d'où la nécessité de diversifier les réponses, les structures et points d'accueil, de façon à ne jamais dramatiser ou systématiser la réponse.

Les actions en faveur des adolescents doivent tenir compte de l'immédiateté du passage à l'acte et du besoin impérieux pour le jeune d'être reconnu en tant que personne. De la sorte, les équipes d'intersecteurs et de secteurs doivent s'organiser pour apporter des réponses: dans l'instant, ouvertes et diversifiées.

Pour répondre aux malaises ou troubles du comportement de l'adolescent, concevoir un type de réponse au seul niveau psychiatrique et de plus isolé, serait une erreur. L'activité des Centres de crises pour adolescents non psychiatriques, avec la participation de bénévoles, limiterait le recours extensif à la psychiatrie. Les jeunes sont généralement opposés à une consultation en milieu psychiatrique. Cela conduira les équipes psychiatriques à développer principalement des actions médicalisées à travers les établissements, les lieux que fréquentent nor-

malement les adolescents. La prudence s'impose pour que la présence éventuelle d'un membre de l'équipe psychiatrique ne soit pas ressentie comme une intrusion et qu'elle réponde bien à une démarche née d'une collaboration ouverte.

Au niveau même des consultations les réticences marquées des adolescents à pénétrer dans une institution spécialisée pour adultes ou pour enfants, obligeront à des aménagements: création de consultations réservées aux adolescents dans des locaux comportant une entrée distincte; fonctionnement sur rendez-vous avec la possibilité de venir seul ou accompagné; séances d'information permettant l'accueil d'un sujet ou d'un groupe; respect éventuel de l'anonymat; maniement prudent des relations avec la famille, avec les adultes exerçant une responsabilité auprès du sujet; développement des contacts au sein de consultations ouvertes, à l'hôpital général, pour pathologie générale, contraception, grossesse, etc.

L'insertion sociale:

Elle est un élément majeur, la condition immédiatement indispensable du dépérissement des structures traditionnelles et des procédures d'exclusion. La voie française pour le changement de la psychiatrie refuse tout risque d'abandon des personnes qui souffrent, toute négligence de leurs besoins essentiels. L'institution ségrégative ne pourra être dépassée, si ne sont assurées des alternatives de vie et de participation sociale pour ses actuels ressortissants. *Le document évoque notamment: l'élaboration de projets d'intégration scolaire; un revenu social minimum, l'aide au logement; le maintien au domicile privé; l'aide à l'emploi et à l'insertion...*

En conclusion les rédacteurs de ce document souhaitent que la mise en œuvre du processus de changement en psychiatrie soit placée sous la responsabilité gouvernementale et appellent à la promotion et au développement d'un grand débat national.

Document N° 2

Nous donnons ici le courrier adressé au nom de la CGT par M^{me} Nadine Prigent à Mme Bachelot, concernant Projet de loi « Relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge ». L'intérêt de ce texte est la synthèse argumentaire qu'il propose.

La Rédaction.

**Madame Roselyne BACHELOT, Ministre
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
8, avenue de Ségur
75700 PARIS**

Montreuil, le 5 juillet 2010

Objet: *Lettre ouverte concernant Projet de loi
« Relatif aux droits et à la protection des
personnes faisant l'objet de soins psychiatriques
et à leurs modalités de prise en charge »*

LETTRE OUVERTE

Madame la Ministre,

La Fédération CGT Santé et Action Sociale rejette le projet de loi « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge ».

La CGT est radicalement en désaccord avec l'esprit même de ce projet qu'elle estime contraire avec sa conception humaniste de la psychiatrie et de la société en général.

La CGT et les salariés qu'elle représente, contestent également la méthode de concertation retenue par le ministère, qui présente un projet figé sans prendre en compte les arguments et propositions avancés par notre organisation. En effet, réunies seulement à deux reprises, les 11 mars et 19 avril 2010 par le ministère, les organisations syndicales ont uniquement été sollicitées pour apporter des contributions visant à amender le projet présenté. **La CGT revendique une réelle concertation réunissant à la même table l'ensemble des acteurs de la psychiatrie.**

Pour la Fédération CGT Santé et Action Sociale, ce projet est inacceptable donc inamendable.

C'est dans l'esprit de la déclaration universelle des droits de l'homme, du droit à la santé que le soin obligé doit se penser. Parce qu'il constitue une atteinte à la liberté, il doit être une mesure exceptionnelle. Tout doit être mis en œuvre pour permettre au patient en psychiatrie de s'associer à sa démarche thérapeutique.

Le dispositif public de soins conçu par la psychiatrie de secteur constitue un maillage de professionnels, de lieux de soin qui repose sur la prévention globale et généraliste et répond à la problématique des patients en psychiatrie. La prévention est primordiale pour qu'un soin obligé conserve ses valeurs humanistes.

Une loi sur le soin « sous contrainte » passe d'abord par une loi d'orientation et de programmation de la psychiatrie centrée sur la personne. La CGT exige d'urgence l'arrêt du démantèlement de la psychiatrie publique de secteur, elle ambitionne une politique de haut niveau en attribuant notamment du temps humain hautement qualifié et un financement spécifique à la hauteur des besoins de la population.

Votre projet de loi arrive après la circulaire du 11 janvier 2010, attribuant aux seuls préfets les décisions relatives aux sorties d'essai quel que soit l'avis médical.

Dans un tel contexte la CGT, est d'autant plus inquiète de constater qu'un des objectifs de votre projet de loi est « *d'améliorer la surveillance de certains patients susceptibles de présenter un danger pour autrui* ». C'est avec un esprit d'exception que vous proposez de légiférer sur des obligations de soin. L'exception et le fait divers servent à légitimer votre politique aux conséquences sécuritaires.

La notion de « *dangereux pour autrui* » prépondérante dans votre projet, amène à une vision catégorielle, qui repose sur la rationnelle observation du comportement et non sur la complexité de la psychopathologie. C'est une vision binaire de l'humain : dangereux/non dangereux. « La dangerosité » est une notion trop subjective qui peut être utilisée pour instrumentaliser la psychiatrie.

Quant au terme de « surveillance », il vient annuler la notion de soin et induit gardiennage et déterminisme. Votre projet implique que le « dangereux » n'évoluera pas, qu'il ne mérite pas de soin, une simple surveillance suffit, beaucoup moins onéreuse. La notion de déterminisme renvoie au fatalement inéluctable : se passe de prévention globale, se contente de dépistage et d'un peu de réadaptation.

Le psychiatre endosse une fonction d'expert/devin affecté à la prédiction du « susceptible d'être dangereux ». Les soignants sont assimilés à des agents de sécurité, au service d'une société du risque zéro. **Dans ce cadre-là, quid des qualifications et du professionnalisme des hospitaliers ?**

Pour la CGT, la notion de « dangereux pour autrui » se réfère à une vieille représentation de la folie qui a contribué à l'édification de l'asile et son cortège d'horreurs. L'esprit de votre projet met en péril imminent l'idéologie humaniste porté par la psychiatrie publique de secteur et contribue à stigmatiser l'ensemble des usagers de la psychiatrie. **La CGT réaffirme que l'espace psychiatrique est un lieu de soin et non d'enfermement et que la loi actuelle axée sur la protection de la société fait déjà de la psychiatrie un garant de l'ordre public, la condamnant à un rôle de surveillance et laisse libre cour à toutes dérives totalitaires.**

Pour la CGT, l'esprit de votre projet se décline en une série de mesures sécuritaires. La proposition des « soins sans consentement », nous paraît être une intimation à la surveillance détruisant toutes possibilités de soin. Un soin, surtout en psychiatrie, ne peut se faire sous la contrainte. Votre intitulé « soin sans consentement » confond soin et traitement.

Certes, il est toujours possible de contraindre physiquement à un traitement mais il est impossible de contraindre à un soin dans sa dimension relationnelle. Le soin nécessite une alliance thérapeutique avec la personne en souffrance, elle doit être associée à sa démarche de soin. Il repose sur la confiance.

Les hospitalisations sous contrainte ont l'intérêt de limiter la contrainte à une durée et à un lieu : l'hôpital. Étendre la contrainte au domicile c'est mettre les patients en liberté surveillée à perpétuité. La révision de la situation même régulière n'est pas suffisante quand il s'agit de liberté. C'est une rétention à domicile, une violente intrusion dans la sphère privée où sous couvert de partenariat, les familles sont hautement responsabilisées dans la surveillance constante. Un moyen pour l'état de se débarrasser de sa responsabilité dans la santé, un droit pourtant indispensable à la dignité et au libre développement de la personnalité.

Nous sommes toujours opposés aux premières 72h d'hospitalisation qui s'apparentent à une garde à vue psychiatrique. La simple information du droit à saisir le juge des libertés ne peut suffire à garantir le respect des libertés individuelles.

D'une façon générale nous estimons que votre projet de loi rend trop accessoire le rôle du juge des libertés et de la détention, du contrôleur des lieux de privation des libertés, ainsi que de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.

Nous dénonçons la confusion des rôles entre le préfet, le directeur et le médecin, les deux premiers pouvant interférer dans ce nouveau soin contraint. Cette confusion va à l'encontre de la séparation des pouvoirs et est, selon nous, propice à toutes sortes de dérives. Quant au « psychiatre traitant », comment cautionner cette hyper responsabilisation de médecins, expert de la dangerosité, petits contrôleurs condamnés au pointage de visites médicales devenues obligatoires par votre projet de loi ?

Nous sommes par ailleurs opposés à la mise en place d'un collège consulté pour avis sur la levée des soins sans consentement, pour les seuls patients ayant des antécédents d'hospitalisation en UMD ou ayant été reconnus irresponsables. Cela implique qu'une prescription médicale antérieure fasse l'objet d'un fichage psychiatrique, il s'agit d'une véritable ségrégation.

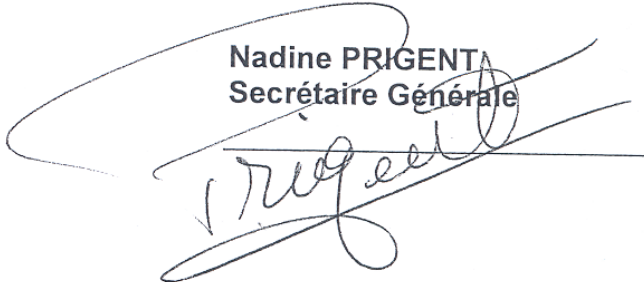
Jusqu'à présent les hospitalisations sur demande d'un tiers ou d'office étaient prises en charge par le service public, avec la loi HPST favorisant le privé lucratif sur le « marché de la santé », la CGT s'interroge quant aux garanties de libertés que votre loi est supposée offrir lorsque la prise en charge des patients sera confiée au privé marchand ?

Avec la casse actuelle des services publics, la psychiatrie publique se retrouve déjà à gérer et surveiller la maladie mentale plutôt qu'à la soigner. La CGT s'inquiète des conséquences d'un tel projet. Le manque de personnel, les formations régentées par les laboratoires pharmaceutiques, les budgets insuffisants, les restructurations des lieux de soin sous le motif « d'optimiser les ressources humaines » ne permettent plus de répondre aux besoins de la population. Listes d'attente dans les CMP, plans blancs à répétition pour faire face à la pénurie de lits... Nous assistons à une destruction d'une conception humaniste de la prévention au profit de structures de gestion sécuritaire de crise : UMD, UHSA...

Au regard des enjeux de cette loi, notre organisation vous interpelle pour que s'ouvre un véritable débat citoyen et de véritables négociations associant l'ensemble des acteurs (professionnels et usagers) pour élaborer un projet novateur et ambitieux pour la psychiatrie publique, replaçant l'humain au cœur du dispositif de soin et prolongeant la politique de secteur telle que la définit la circulaire du 15 mars 1960.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos respectueuses salutations.

Nadine PRIGENT
Secrétaire Générale



Document N° 3

Nous donnons ici le communiqué des associations (CISS⁽⁶¹⁾, FNARS⁽⁶²⁾, ODSE⁽⁶³⁾, UNIOPSS⁽⁶⁴⁾) qui s'opposent à la réforme de l'Aide Médicale d'État mise en œuvre par le PLFSS pour 2011. Ce communiqué a été publié par l'ODSE le 25 octobre 2010. Nous avons considéré que ce texte donne l'argumentaire complet pour aider à réfléchir sur cette question.

La Rédaction

Les associations s'opposent à la suppression de l'accès aux soins des sans-papiers les plus démunis.

Le Parlement s'apprête, comme tous les ans, à voter le budget annuel consacré aux différentes aides sociales au sein du budget global de l'État (loi de finances). L'Aide Médicale d'État (AME) fera l'objet de nouvelles attaques comme l'instauration d'un droit d'entrée de 30 euros par an. Les associations demandent que l'accès gratuit à la couverture santé AME soit conservé dans l'attente d'une généralisation de la CMU pour toutes les personnes à très bas revenus, y compris les sans-papiers. L'accès aux soins est un droit fondamental et universel. Toute mesure qui contribue à réduire l'accès de tous à la santé est contraire

au respect des droits fondamentaux de niveaux constitutionnel, international et européen. Elle porte aussi atteinte à la dignité individuelle et exclue les étrangers de la communauté humaine. Elle s'avère, de plus, contre-productive en termes de santé publique, tant d'un point de vue médical qu'économique.

REPERES

I. QU'EST-CE QUE L'AME ?

- L'Aide Médicale d'État est la couverture santé des sans-papiers pauvres.
- L'AME est soumise à de nombreuses conditions cumulatives, principalement :
 - a) vivre en France de façon permanente et habituelle,
 - b) prouver une ancienneté de présence de trois mois,
 - c) être très pauvre (revenu de moins de 634 euros par mois).

Il faut évidemment justifier de son identité et de toutes les conditions requises. L'AME est une prestation d'aide sociale prévue par la loi dans le Code de l'action sociale et des familles et financée par l'impôt : son financement ne relève pas du budget de la Sécurité sociale. Les bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux, ils ne bénéficient pas de l'Assurance-maladie et n'ont donc pas de carte Vitale. Les sans-papiers qui n'obtiennent pas l'AME (manque de preuves de résidence, dépassement du seuil de 634 euros, etc.) n'ont aucune couverture santé ni pour eux ni pour leurs enfants : ils doivent prendre en charge 100 % des coûts (consultations, médicaments, etc.). Enfin, les étrangers gravement malades qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine devraient, de par la loi, obtenir un permis de séjour et donc relever de la sécurité sociale. Ils ne devraient pas relever de l'AME.

II. A QUOI SERT L'AME ?

Comme toute prestation d'aide sociale, elle est réservée aux seules personnes démunies et vise à financer des services que les personnes ne peuvent pas payer car elles sont en situation économique de survie. L'AME permet à son titulaire d'être pris en charge à 100 % du tarif sécurité sociale en secteur I, sans avance de frais, mais le panier de soins est plus réduit que celui de la CMU-

⁶¹ **Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)** représente depuis plus de 15 ans des intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité. Le CISS rassemble 34 associations nationales et 22 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs : ADMD - AFD - AFH - AFM - AFPric - AFVS - AIDES - Allegro Fortissimo - Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France - Familles Rurales - FFAAIR - FNAIR - FNAMEC - FNAPSY - FNATH - France Alzheimer - France Parkinson - Le LIEN - Les Aînés Ruraux - Ligue Contre le Cancer - Médecins du Monde - ORGECO - SOS Hépatites - Transhépate - UNAF - UNAFAM - UNAFTC - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose.

⁶² **La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)** regroupe depuis plus de 50 ans des associations de solidarité et des organismes qui sont au service des plus démunis. La FNARS est un réseau généraliste qui lutte contre les exclusions, promeut le travail social et ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social. Elle fédère 800 associations et organismes publics.

⁶³ **L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)** est un collectif interassociatif créé en mars 2000. Il entend dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers et porter des propositions dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. Il est composé de : ACT UP-PARIS/AFVS/AIDES/ARCAT/CATRED/CIMADE/COMED/CRETEIL-SOLIDARITE/FASTI/FTCR/GISTI/LIGUE DES DROITS DE L'HOMME/MEDECINS DU MONDE/MEDECINS SANS FRONTIERES/MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL/MRAP/PASTT/PRIMO LEVI/SIDA INFO SERVICE/SOLIDARITE SIDA.

⁶⁴ **L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)** est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique. Elle regroupe 25 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médicosocial et sanitaire, au travers de 23 Uriopss (Unions régionales) et 110 fédérations et unions nationales de défense et de promotion des personnes, de gestion d'établissements et de services, de soutien aux activités sociales, sanitaires, médico-sociales et socio-judiciaires.

complémentaire: la prise en charge par l'AME, pour les adultes comme pour les enfants, des prothèses dentaires et des lunettes, réduite au niveau extrêmement bas de la sécurité sociale, ne leur permet pas d'en bénéficier à la différence des bénéficiaires de la CMU-C.

III. COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ À UNE COUVERTURE MALADIE SPÉCIFIQUE POUR LES SANS-PAPIERS PAUVRES?

- Les étrangers en situation irrégulière ont bénéficié de la couverture santé de droit commun dans des conditions identiques aux Français, soit en tant que personnes démunies depuis 1893 (création de l'aide médicale gratuite), soit comme travailleurs, aucun titre de séjour n'étant demandé pour être affilié à la Sécurité sociale de sa création en 1945 à 1993.
- En 1993, la réforme « Pasqua » sur l'immigration a exclu les sans-papiers de toutes les prestations sociales à l'exception de l'aide médicale. Les sans-papiers démunis ont donc conservé l'aide médicale aux côtés des autres démunis.
- En 1999, les personnes démunies ont toutes quitté le système d'aide médicale (complexe, tantôt départementale tantôt d'État) pour être intégrées à l'Assurance-maladie généralisée à toute la population active et inactive grâce à la réforme CMU. Toutes, sauf les sans-papiers démunis qui sont restés seuls dans l'aide médicale d'État.

L'aide médicale est donc passée, en 1999, d'un système de couverture santé des démunis à un système de couverture santé pour les seuls étrangers démunis sans titre de séjour.

IV. CHIFFRE CLES

1. Nombre de bénéficiaires de l'AME Sources: Cnamts, DSS, Igf-Igas

Années	2000	2001	2002	2003	2004
Effectifs	73 337	125 376	145 394	170 316	146 297

Années	2005	2006	2007	2008	2009
Effectifs	170 584	191 058	194 615	202 503	215 764

Par année au 31 décembre inclus les départements d'outre-mer et membres de familles bénéficiaires.

Pourquoi le nombre de bénéficiaires a récemment augmenté?

Entre 2008 et 2009, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 6,5 %.

- Cette hausse trouve ses origines dans le passage de nombreux ressortissants de l'Union Européenne de la CMU à l'AME. En effet, jusqu'en 2008, les citoyens européens pauvres pouvaient être affiliés à l'Assurance-maladie avec CMU complémentaire. Depuis, les citoyens européens sans couverture maladie ni revenus suffisants sont maintenant considérés comme étant en situation irrégulière (souvent des Roumains et des Bulgares). Ils ont donc perdu leur droit à la sécurité sociale et ne peuvent plus obtenir que l'AME.
- Les entraves et les refus par les préfectures de régularisation d'étrangers gravement malades qui ne peuvent pas avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine (comme le prévoient pourtant les dispositions sur la carte de séjour « vie privée et familiale pour raisons de santé ») ont aussi pour effet de reporter sur l'AME les frais d'hospitalisation de malades qui devraient normalement bénéficier de l'Assurance-maladie.
- Plus généralement, la précarité administrative suscitée par les nombreuses réformes des lois sur l'immigration tend à accroître le nombre de personnes non-régularisées.

2. Dépense par consommant (Sources: Igf-Igas 2007)

Les dépenses moyennes par consommant étaient en 2005 de 1 808 euros pour un bénéficiaire de l'AME contre 1 768 euros pour un assuré au régime général. La dépense annuelle moyenne était donc équivalente à celle d'un assuré social.

Le fait est d'autant plus marquant que les pathologies graves sont surreprésentées parmi les bénéficiaires de l'AME⁽⁶⁵⁾: la structure, en volume, des motifs de séjours s'est déformée en 2009 au profit, notamment, des pathologies liées au système nerveux (+ 51 %), à la cardiologie (+ 35 %) et au VIH (+29 %)⁽⁶⁶⁾.

Quant à l'écart, comme le montre le rapport IGAS-IGF de mai 2007 (rapport Gissler), il s'explique principalement par **un recours plus prononcé à l'hôpital public** (près de 70 % de dépenses hospitalières) en raison d'un

⁶⁵ 1 Comparer les dépenses annuelles des bénéficiaires de l'AME avec les dépenses annuelles des assurés sociaux tend à surestimer les dépenses des sans-papiers. En effet, les enquêtes montrent qu'une grande partie des sans-papiers ne demandent le plus souvent l'AME qu'à l'occasion d'une maladie entraînant une consultation, et plutôt pour des pathologies importantes (rapports de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde). Une partie des sans-papiers (les « non consommant ») n'est donc pas comptabilisée alors que tous les assurés sociaux et leurs ayants droits sont comptabilisés dans l'assurance-maladie même ceux qui ne consultent pas une année donnée.

⁶⁶ 2 CNAMTS données 2009 mars à novembre.

accès encore difficile à la médecine libérale. » (p. 5 du rapport).

3. Dépenses globales (Sources : Cnamts, DSS, Igf-Igas)

Rappelons que les dépenses de l'AME représentent 540 millions d'euros en 2009, soit moins de 0,3 % des 160 milliards⁽⁶⁷⁾ d'euros de dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale.

Les dépenses globales ont augmenté entre 2008 et 2009 de 13,3 %, il semble que cette augmentation perdure de 2009 à 2010.

Pourquoi les dépenses globales ont augmenté ces dernières années ?

La raison principale est l'augmentation du nombre de bénéficiaires, expliquée ci-dessus. Mais d'autres facteurs entrent en ligne de compte :

- la gravité des pathologies des étrangers qui n'ont pas réussi, malgré tout, à obtenir une régularisation pour raisons médicales ;
- deux effets de la tarification à l'acte (T2A) pour les hôpitaux participent à l'explication de l'augmentation des dépenses :
- une amélioration par les hôpitaux du suivi des factures ;
- une augmentation du tarif journalier de prestation (TJP) c'est-à-dire du prix d'un acte facturé par l'hôpital, prix imposé par les pouvoirs publics.

Pourquoi les amendements du PLF sur l'AME doivent être repoussés ?

1. Un droit d'entrée à 30 euros serait une mesure injuste, dangereuse et coûteuse.

Une mesure inéquitable et injuste

Instaurer un droit d'entrée à l'AME de 30 euros ferait peser sur le segment le plus pauvre de la population un nouveau prélèvement sous la forme d'un droit d'entrée qui n'est exigé d'aucune autre catégorie sociale. Les personnes couvertes par l'Aide Médicale d'État font partie des personnes les plus pauvres, celles qui ont les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes, en premier lieu le logement et la nourriture, pour elles et leur famille. Pour repousser cette dépense de 30 € qui représente au minimum 5 % de leurs revenus mensuels (qui ne peuvent dépasser 634 euros), beaucoup d'entre elles retarderaient leur entrée dans le dispositif. A revenu équivalent, les bénéficiaires de l'assurance-maladie et de la complémentaire-CMU n'ont pas de « droit d'entrée » à payer, ni de reste à charge dans la prestation. De plus, les bénéficiaires de l'AME participent, comme tout résident, au financement de leur couverture santé. Ils ne sont en

effet nullement dispensés du paiement des prélèvements obligatoires que sont les impôts de toute nature (dont la TVA, la fiscalité locale, les impôts sur le revenu,...), ni parfois des cotisations sociales. Dans ce contexte, le « ticket d'entrée » est une remise en cause inédite d'un principe fondateur de l'aide sociale de notre pays, selon lequel les secours aux démunis sont seulement conditionnés par le besoin de soins et non par leur contribution.

Une mesure dangereuse pour la santé publique

Imposer une charge financière à des personnes disposant de très faibles ressources incite au report, voire au renoncement aux soins, en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente, et sans véritable garantie sur la rationalisation des coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et dégèneront en complications graves et coûteuses.

Une mesure sans impact positif sur les finances publiques

Non seulement un droit d'entrée représenterait un frein aux soins pour les plus pauvres, mais en plus il n'a aucun effet positif sur les finances publiques : le surcoût entraîné par les retards de prise en charge ainsi que les frais de fonctionnement pour collecter cette somme réduiraient à néant les bénéfices escomptés de l'ordre de 6 millions d'euros (rapportés aux 543 millions du budget global de l'AME pour les 216 000 personnes couvertes).

2. La limitation des soins pris en charge aux seuls soins urgents et vitaux est totalement contraire aux intérêts sanitaires et économiques de toute la population

Un encouragement aux prises en charge tardive

Les effets délétères d'une telle mesure sont similaires mais amplifiés par rapport à ceux concernant l'instauration d'un droit d'entrée à trente euros. Plus personne aujourd'hui ne peut nier les effets positifs de la médecine préventive, d'un suivi régulier par un médecin traitant, de l'intérêt thérapeutique de l'accès aux soins avant la dégradation de l'état de santé. Le seul accès aux soins « urgents et vitaux » entraîne l'impossibilité de tout suivi en centres de santé et en médecine libérale dont les dépistages précoces (vaccinations entre autres,...). Cela incite au report, voire au renoncement aux soins, en contradiction avec toute politique de santé publique cohérente. De plus c'est un contresens en terme de rationalisation des coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et dégèneront en complications graves et coûteuses. Nos associations, impliquées au quotidien auprès des sans-papiers, observent déjà qu'ils hésitent à consulter,

⁶⁷ 3 158,9 milliards (Comptes nationaux de la santé 2009, Drees, septembre 2010), auquel on peut ajouter 1,8 milliard pour la CMU-C.

renoncent souvent aux soins, plus encore que les autres personnes vivant dans la précarité.

Une mesure contraire à la santé publique

Dans leur rapport d'enquête de 2007, l'Inspection générale des Finances et l'Inspection générale des affaires sociales concluaient « à la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge. [La mission] écarte une restriction de l'AME aux seuls soins urgents ou à un panier de soins qui serait à définir, ainsi que la mise en œuvre d'un ticket modérateur ».

3. Limiter la durée des droits à 3 mois serait une mesure ingérable et délétère

Un coût de contrôle élevé

Le droit à l'AME est actuellement valable pour une durée d'un an renouvelable : tous les ans, il faut apporter toutes les preuves nécessaires pour l'obtenir (revenus en dessous du seuil de 634 € identique à celui de la CMU, preuves de présence de plus de 3 mois et de résidence sur le territoire français). Ce renouvellement tous les ans a déjà un coût de gestion (personnel mobilisé, instruction, etc...) et les délais d'instruction sont bien souvent supérieurs à trois mois. Le rendre trimestriel multiplierait immanquablement les coûts et amènerait à la délivrance de droits déjà caduques.

Des prises en charge interrompues

Les difficultés d'accès à l'AME sont déjà sources de ruptures au moment du renouvellement annuel. Une ouverture de droit trimestrielle conduirait à une segmentation encore plus forte des droits ayant pour conséquence des discontinuités graves dans les soins et la prévention.

Une telle mesure conduirait à un renoncement pur et simple des demandes face à des démarches insurmontables, à renouveler sans cesse.

4. Le dépôt des demandes en préfecture signifierait la fin de l'AME

Substituer les préfectures aux Caisses d'assurance-maladie pour le dépôt (et l'instruction) des demandes d'AME introduit une confusion des rôles et des missions contraire à une politique de santé efficace.

Une administration inadaptée

La préfecture ne doit pas être chargée de l'instruction des droits sociaux de la population.

Contraindre les demandeurs d'AME, forcément dépourvus de titre de séjour, à se déplacer en Préfecture pour protéger leur santé grâce à l'AME revient à les dissuader d'effectuer la démarche en raison des risques d'interpellations.

Une mesure qui dégraderait le service public

Cette mesure entraînerait une lourde charge financière, par exemple pour la formation du personnel dont la protection maladie n'est pas le métier alors que des agents ont été formés dans les CPAM. Cela ne pourrait qu'encombrer les guichets déjà surchargés des préfectures.

Une politique de santé efficace nécessite que les étrangers sans titre de séjour puissent accéder en premier lieu aux structures sanitaires et sociales qui dépendent du ministère de la santé.

Quatre questions sur l'AME

1. Est-ce que les étrangers en situation irrégulière sont mieux lotis en matière de couverture santé que les Français ?

Non, au contraire et ce, pour plusieurs raisons :

- L'Aide Médicale d'État est « réservée » aux étrangers en situation irrégulière qui disposent de moins de 634 euros par mois. Elle permet la prise en charge à 100 % des tarifs de sécurité sociale, évite les avances de frais pour les dépenses de soins à l'hôpital ou en médecine libérale. Aujourd'hui, 216 000 personnes bénéficient de l'AME.
 - Les personnes françaises et étrangères en situation régulière qui ont moins de 634 euros par mois ont accès gratuitement à l'Assurance-maladie et à sa couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La CMU-C concerne plus de 4 millions de personnes. La CMU-C permet également la prise en charge à 100 % dans la limite des tarifs de sécurité sociale et la dispense des franchises, tickets modérateurs et autres forfaits (hospitalier notamment).
 - La couverture maladie (le panier de soins) garanti au bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État est plus faible que celle d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire : les bénéficiaires de l'AME, ainsi que leurs enfants, ne bénéficient pas d'une prise en charge effective des prothèses dentaires et des lunettes, à la différence des bénéficiaires de la CMU-C.
- Les étrangers en situation irrégulière ont donc, à revenu équivalent, une moins bonne couverture maladie que les assurés français.
- En outre, l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME est rendu particulièrement difficile en raison de nombreux refus de soins (même pour des soins importants), encore plus fréquents que pour les bénéficiaires de la CMU-C⁽⁶⁸⁾.

⁶⁸ 4 Rapport d'enquête de Médecins du Monde « Je ne m'occupe pas de ces patients » publié en 2006 et faisant état de 37 % de refus de soins des médecins généralistes envers les bénéficiaires de l'AME versus 10 % pour les porteurs de la CMU. Enquête « les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », DREES, Etudes et résultats n° 645, juillet 2008, démontrant que plus d'un tiers des bénéficiaires de l'AME ont été confrontés à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent pharmacien ou médecin ; Rapport 2007 de l'IGAS et l'IGF.

2. Est-ce que l'AME est un dispositif hors de contrôle ?

- Le Rapport IGAS-IGF de mai 2007 (rapport Gissler) indique le contraire :
« La gestion de l'AME par la Cnamts est dans l'ensemble satisfaisante » (p. 28)
« La procédure d'ouverture des droits est gérée rigoureusement par les hôpitaux et les CPAM » (p. 28)
« L'AME représente une dépense mal maîtrisée seulement en apparence » (p. 14)
- L'AME est un dispositif balisé et contrôlé. Les textes sont précis et connus : il s'agit de la loi (Code de l'action sociale et des familles), des règlements (deux décrets du 28 juillet 2005), d'une circulaire du Ministère et d'instructions de la Caisse nationale d'Assurance-maladie.
- Les contrôles de l'ensemble du dispositif se succèdent par l'Inspection générale des finances et des affaires sociales (Rapport Mercereau, février 2003 ; Rapport Gissler, mai 2007 ; 2010 attendu pour cet automne) et par le Parlement (Mission d'évaluation et de contrôle, 2010).
- Les contrôles d'identité, de ressources et de résidence sont annuels. L'attribution de l'AME relève d'un organisme unique (la caisse primaire d'assurance-maladie) sous le contrôle de l'État (Direction départementale de la cohésion sociale) et du juge (Commission départementale d'aide sociale).
- Il est d'ailleurs difficile d'obtenir l'AME. Les associations consacrent une partie importante de leur temps de travail à accompagner vers le droit à la santé et l'accès aux soins les bénéficiaires qui ont du mal à rassembler tous les éléments justificatifs nécessaires à son obtention. La procédure est très exigeante.

3. N'est-il pas trop coûteux d'accorder une protection à tous les étrangers en situation irrégulière alors que l'équilibre financier de la sécurité sociale n'est actuellement pas assuré ?

- Tout d'abord, il est important de noter que l'AME étant financée par l'État, elle ne fait pas partie du budget de la sécurité sociale.
- Au contraire, l'existence d'une couverture médicale en France pour les personnes en situation irrégulière permet à une population confrontée à des déterminants de santé tous négatifs (extrême pauvreté, mauvaise qualité des logements quand ils en ont, travail le plus à risque, de nuit, etc.) d'avoir accès aux soins mais aussi à la prévention et à un suivi médical régulier. Elles peuvent donc se soigner au début de leur maladie, limitant ainsi la prise en charge par le système de soins de pathologies aggravées. L'Aide Médicale d'État a

donc des effets positifs sur la santé individuelle et sur la santé publique. C'est donc aussi un dispositif permettant à la collectivité de réaliser des économies.

- Dans leur rapport d'enquête de 2007, l'Inspection générale des Finances et l'Inspection générale des Affaires sociales concluaient « à la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge. [La mission] écarte une restriction de l'AME aux seuls soins urgents ou à un panier de soins qui serait à définir, ainsi que la mise en œuvre d'un ticket modérateur ».

4. Est-ce que l'Aide Médicale d'État attire de nombreux étrangers qui viennent se faire soigner en France ?

L'Aide Médicale d'État est réservée aux personnes pouvant justifier d'une résidence habituelle et permanente en France ce qui exclut les étrangers de passage. L'ancienneté minimum de trois mois de présence en France a été ajoutée et doit être prouvée pour obtenir l'AME.

Rappelons que l'immigration thérapeutique est extrêmement marginale comme le montrent de nombreuses études :

- Selon une enquête menée par Médecins du Monde auprès de 1 218 sans-papiers en Europe, seuls 6 % citent la santé comme l'un des motifs de migration⁽⁶⁹⁾.
- D'après une étude épidémiologique⁽⁷⁰⁾ menée en France en 2002, seuls 9 % des étrangers séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine, sans qu'on sache d'ailleurs combien sur ces 9 % ont émigré pour raisons de soin.
- En 2009, le Comede (Comité Médical pour les Exilés), qui assure la prise en charge médico-psycho-sociale de près de 5 000 patients exilés par an, relève que 77 % d'entre eux ont découvert leur maladie après leur arrivée en France, taux qui monte à 94 % pour ce qui concerne le VIH-sida et les hépatites.⁽⁷¹⁾

⁶⁹ Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009.

⁷⁰ « Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2002, F. Lot et autres.

⁷¹ Comede, *La santé des Exilés. Rapport d'activité et d'observation*, 2009, p. 34

POUR EN SAVOIR PLUS

Textes, rapports officiels

- L'AME est encadrée par les articles L251-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles
- DREES, « les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, juillet 2008
www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er645.pdf
- IGAS/IGF, *Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État*, mai 2007
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000345/index.shtml>
- IGAS, *Rapport sur l'évolution de l'Aide médicale d'État*, février 2003
www.cnle.gouv.fr/.../Rapport_GUILLEMOT_Fevrier_2003_Evolution_de_l_AME.pdf

Sur l'état de législation et son application

- Le guide du Comede paru en 2008
<http://www.comede.org/-Guide-Comede-2008->
- Les rapports d'observation de l'ODSE
<http://odse.eu.org/-Rapport-d-observation-annee-2008->

Sur l'architecture et historique du système de protection maladie pour les étrangers dont les sans papiers

- Adeline Toullier, Didier Maille, « les dix ans de la CMU », *Hommes et migrations*, n° 1282, novembre-décembre 2009
- Adeline Toullier, « Aide médicale d'État: les droits sociaux fondamentaux bafoués », *Droit social*, n° 11, novembre 2005
- « La réforme de l'AME », *Maux d'Exil*, n° 9, mai 2004
<http://www.comede.org/IMG/pdf/mde9.pdf>
- Adeline Toullier, « La lente restriction des droits jusqu'aux réformes CMU/AME », *Actes de la journée sur l'accès aux soins des étrangers: entre discriminations et inégalités*, GISTI, 2004

Sur l'évolution depuis 2000

- sur le site de l'ODSE sur les précédentes réformes de l'AME:
http://www.odse.eu.org/article.php3?id_article = 28
- Didier Maille, Adeline Toullier, Pierre Volovitch, « L'Aide médicale Etat, comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, juillet/août 2005
- Groupe protection sociale du Gisti, « Santé: le traitement de la différence », *Hommes et migrations*, mai-juin 2000
<http://www.gisti.org/doc/presse/2000/gps/soins.html>

Document N° 4

Proposition de loi du PCF et du PG : Garantir le financement de la retraite à 60 ans

Présentée par M^{me} Catherine Mills

La proposition de loi, que les député-e-s communistes, républicains, du Parti de gauche et apparentés ultramarins, ont déposée⁽⁷²⁾, est une alternative au projet de loi régressif de Sarkozy-Fillon-Woerth sur les retraites. Elle montre qu'un autre financement des retraites est possible et indispensable pour sortir de la crise systémique.

La part des salaires dans la valeur ajoutée a chuté en France de 9,3 points entre 1983 et 2006. Sur la même période, la part des dividendes versés aux actionnaires passait de 3,2 % à 8,5 % du PIB (et de 5 % de la valeur ajoutée à près de 25 %).

Outre qu'ils manquent pour les salaires et le social, ces revenus accaparés par le capital sont utilisés contre l'emploi (spéculation, délocalisation). Malgré tout le capitalisme financiarisé, se heurte encore aujourd'hui à l'existence de notre système de protection sociale par répartition. Ainsi entre 1993 et 2009, à l'opposé des objectifs affichés par les gouvernements successifs au nom du poids excessif des « charges sociales », le volume des cotisations sociales a continué d'augmenter (+19 %). Mais celui-ci n'a pas suivi l'évolution du PIB (+33 %), ni celle des revenus financiers des entreprises et des banques (+143 %).

Cette croissance vertigineuse des prélèvements financiers et aussi celle, certes moindre, des prélèvements sociaux a été possible en raison, notamment, des gains de productivité liés à la révolution informationnelle. Celle-ci a permis des économies massives en travail vivant et passé.

Cette financiarisation a conduit à une enflure de la part des produits financiers dans la valeur ajoutée des entreprises qui est désormais près de deux fois supérieure (29 %) à celle de leurs cotisations sociales (15 %).

Seuls une rupture avec les types de gestions des entreprises et les politiques économiques libérales, une meil-

leure répartition des richesses entre travail et capital combinée au développement de l'emploi qualifié et rémunéré permettront de répondre efficacement à l'enjeu du financement de la protection sociale.

Cela exige la désintoxication de l'économie à la financiarisation, alors qu'explorent les revenus financiers⁽⁷³⁾ des entreprises et des banques (+143 % entre 1993 et 2009 ; +626 % entre 1980 et 2009) dans la nouvelle phase en cours de la crise systémique. Avec la proposition de loi, il s'agit de commencer à rompre avec ce type de gestion dominée par les critères des marchés financiers.

Le chapitre premier de la proposition de loi porte sur un dispositif dynamique poursuivant deux objectifs, le financement des régimes de retraite et le développement de l'emploi.

L'article 1^{er} propose d'assujettir les revenus financiers des sociétés financières et des sociétés non financières à une contribution d'assurance vieillesse, à un taux égal (9,9 %). Cette nouvelle contribution, qui apportera un surcroît de recettes de l'ordre de 30 milliards d'euros, poursuit un double objectif : un financement rapide des régimes obligatoires de retraite, et une incitation forte pour les entreprises à privilégier le facteur travail.

L'article 2 propose une modulation des cotisations patronales d'assurance vieillesse en fonction des gestions des entreprises en matière de production et de répartition des richesses : les entreprises privilégiant une orientation des fonds en faveur du capital et au détriment de l'emploi, des salaires et de la formation professionnelle sont soumises à des cotisations additionnelles d'assurance vieillesse. L'une est calculée en fonction de l'évolution du ratio exprimant la part de la masse salariale augmentée des dépenses de formation de la société (S), dans la valeur ajoutée (augmentée des produits financiers) (VA) par rapport à l'évolution moyenne du ratio de répartition des richesses S/VA à l'échelle nationale. La seconde est

⁷² Nous nous inspirons ici de l'exposé des motifs de la proposition de loi déposée par les députés communistes et Parti de gauche.

⁷³ Source INSEE, Comptes de la Nation. Économie et politique 670-671 mai - juin 2010

calculée en fonction de l'écart entre le ratio S/VA dans l'entreprise et le ratio moyen du secteur dont elle relève.

Ces deux cotisations additionnelles sont cumulatives.

Lorsque le ratio S/VA dans l'entreprise est supérieur au ratio du secteur dont elle relève, l'entreprise reste assujettie au taux de cotisation patronale de droit commun. De même, lorsque la variation du ratio dans l'entreprise est positive et supérieure à celle du ratio national, elle reste assujettie au taux de cotisation patronale de droit commun. En revanche, lorsque le ratio S/VA de l'entreprise est inférieur à celui du secteur dont elle relève, elle est assujettie à une cotisation additionnelle dont le taux est égal à l'écart entre le ratio du secteur et celui de la société.

Par ailleurs, lorsque la variation du ratio S/VA de l'entreprise est positive ou nulle mais néanmoins inférieure à la variation du ratio national, ou négative, l'entreprise s'acquitte d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse assise sur la totalité de sa masse salariale, dont le taux est égal à la différence entre le taux de variation du ratio de l'entreprise et le taux de variation du ratio national.

L'article 3 propose de majorer de 10 % les cotisations sociales patronales des entreprises de plus de 20 salariés comptant dans leurs effectifs au moins 20 % de salariés à temps partiel, afin de décourager le recours au temps partiel subi et inciter à l'accroissement de la durée d'activité. En effet, la question de l'emploi, de la réduction du sous-emploi et de la revalorisation des salaires est une clé essentielle du financement des retraites et de la protection sociale en général. Pour les salarié-e-s, majoritairement les femmes travaillant à temps partiel, cette précarité se répercute durement au moment de la retraite. Dans certains secteurs, dont celui du commerce, des services aux entreprises, de l'éducation, de la santé et de l'action sociale, le taux de salarié-e-s employés à temps partiel s'élève à plus de 20 %. Dans les services aux particuliers, c'est plus de 31 %!

Les articles 4 et 5 traitent des exonérations sociales. La baisse du coût du travail, au travers des exonérations de cotisations sociales patronales, fil conducteur des politiques libérales de l'emploi, est largement contestée aujourd'hui. En effet l'efficacité quantitative en matière de création d'emploi reste non démontrée alors que les effets négatifs sur la qualité de l'emploi et l'effet « trappes à bas salaires » sont flagrants. Le coût pour le budget de l'État se chiffre à près de 30 milliards d'euros. Tandis que le manque à gagner pour la protection sociale est creusé par ces politiques afin de lever la pression à la baisse sur les salaires et sur les rentrées de cotisations sociales, les articles 4 et 5 visent à revenir sur les allègements généraux de

cotisations sociales qui représentent plus des trois quarts des mesures d'exonérations. Ils proposent la suppression des deux dispositifs phares du gouvernement que sont la réduction générale de cotisations patronales dite Fillon jusqu'à 1,6 SMIC - 22,1 milliards d'euros en 2009 -, et les exonérations au titre des heures supplémentaires et complémentaires - 2,9 milliards d'euros en 2009.

Le chapitre II met à contribution des revenus du capital au financement de la protection sociale.

L'article 6 vise à corriger les distorsions pour les recettes de la protection sociale introduites par d'autres dispositifs tels la participation financière, l'actionnariat salarié ou la protection sociale complémentaire en entreprise, exemptés d'assiette de cotisations sociales. La perte de recettes résultant des niches sociales serait de 9,1 milliards d'euros. Il s'agirait aussi d'assujettir ce type de revenus à des contributions sociales. L'article 6 modifie les articles du code de la sécurité sociale relatifs au forfait social, contribution de l'employeur créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, portant sur des éléments de rémunération soumis à la CSG mais exclus de l'assiette des cotisations sociales de Sécurité sociale. Actuellement, les sommes versées au titre de l'intéressement, au titre de la participation, les abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE et Perco), les contributions des employeurs au financement des régimes de retraite supplémentaire, sont assujettis à cette contribution à un taux de 4 %. Le produit de cette contribution revient à la Cnam.

Au regard, d'une part, du fort développement de ces dispositifs au détriment des formes directes de rémunération soumises, elles, à cotisations sociales et, d'autre part, de la perte de recettes conséquentes pour la protection sociale, il est proposé de porter de 4 à 20 % le taux du forfait social et de répartir le produit de cette contribution, estimée à 3,8 milliards d'euros, entre les régimes obligatoires d'assurance-maladie et vieillesse dont relèvent les bénéficiaires.

Les articles 7 à 11 intéressent plus particulièrement la mise à contribution des hauts revenus, ceux des dirigeants ou de la part variable de rémunération de certaines catégories de salariés, tels les opérateurs de marchés financiers.

L'article 7 propose en premier lieu de porter de 10 à 40 % et de 2,5 % à 10 % le taux des contributions patronales et salariales sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites. Les contributions, instituées en 2007 au profit des seuls régimes obligatoires d'assurance-mala-

die bénéficieraient aussi au régime d'assurance vieillesse. La Cour des comptes chiffrait en 2007 à plus de 3 milliards d'euros les pertes de recettes pour la Sécurité sociale générées par le dispositif des stock-options. L'application d'une telle mesure permettrait d'engranger aujourd'hui en année pleine environ 800 millions d'euros de recettes supplémentaires au bénéfice de la protection sociale.

L'article 8 concerne la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise, notamment les fameuses « retraites chapeaux ». Il propose que les différentes contributions patronales ne soient pas perçues comme actuellement au profit du seul fonds de solidarité vieillesse mais encore au bénéfice du régime général d'assurance vieillesse, Les différents taux de cette contribution seraient relevés et on soumettrait les contributions des employeurs destinées au financement de ces régimes à la CSG et à la CRDS.

L'article 9 instaure une nouvelle contribution visant l'ensemble des éléments de la rémunération, indemnités et avantages concernant des rémunérations au bénéfice des mandataires de sociétés cotées. Cette contribution

fixée, au taux de 40 %, concernerait les parachutes dorés et autres indemnités de départ comme les indemnités versées en raison d'une clause de non-concurrence.

L'article 10 instaure une nouvelle contribution patronale sur la part variable de rémunération des opérateurs de marchés financiers qui excède le plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 34 620 euros en 2010. Cette contribution fixée au taux de 40 % serait perçue au profit des régimes d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse.

L'article 11 a pour objet de porter le taux du prélèvement social de 2 à 12 % sur les revenus de capitaux mobiliers et les plus-values, gains ou profits, en particulier ceux réalisés sur les marchés financiers.

L'article 12 propose, en dernier lieu, la suppression du dispositif dit du « bouclier fiscal » afin que l'ensemble des contributions sociales sur les revenus du patrimoine, les revenus d'activité ou les revenus de placement ne puisse faire à ce titre l'objet d'une restitution de la part de l'État.

Les douze articles de la loi PCF-PG sur le financement de la retraite

CHAPITRE 1^{er}

Nouvelles recettes pour le financement dynamique des retraites et le développement de l'emploi

Article 1^{er}

I. Après l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, est insérée une section 6 ainsi rédigée : « *Contribution des revenus financiers des sociétés financières et non financières* »

« Art. L. 245-17. – Les revenus financiers des prestataires de service visés au Livre V du code monétaire et financier entendus comme la somme des dividendes bruts et des intérêts nets reçus, sont assujettis à une contribution d'assurance vieillesse dont le taux est égal à la somme des taux de cotisation d'assurance vieillesse à la charge des employeurs mentionnés à l'article D. 242-4 du code de la sécurité sociale.

« Les revenus financiers des sociétés tenues à l'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés conformément à l'article L. 123-1 du code du commerce, à l'exclusion des prestataires visés au premier alinéa du présent article, entendus comme la somme des dividendes bruts et assimilés et des intérêts bruts perçus, sont assujettis à une contribution d'assurance vieillesse dont le taux est égal à la somme des taux de cotisation d'assurance vieillesse à la charge des employeurs mentionnés à l'article D. 242-4 du code de la sécurité sociale.

« Les contributions prévues au présent article ne sont pas déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

« Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes caisses d'assurance vieillesse. »

II. Après le 5^o *bis* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, est inséré un 5^o *ter* ainsi rédigé : « Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 245-17 du présent code ».

III. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

Article 2

I. Après l'article L. 242-7-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une section II ainsi rédigée : « *Cotisations assises sur la masse salariale* »

« Art. L. 242-7-2. – Pour l'application du présent article : « La répartition des richesses des sociétés à l'échelle nationale est définie annuellement par le calcul du ratio Rn de la masse salariale augmentée des dépenses de formation, sur la valeur ajoutée augmentée des produits financiers au sens de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale de l'ensemble des sociétés ayant leur siège sur le territoire français.

« La répartition des richesses des sociétés à l'échelle des sections du niveau 1 de la Nomenclature des Activités

Françaises de l'INSEE en vigueur est définie annuellement par le calcul du ratio Rs, correspondant au ratio moyen Re de l'ensemble des sociétés qui composent

la section. « La répartition des richesses d'une société est définie annuellement par le calcul du ratio Re de la masse salariale augmentée des dépenses de formation, sur la valeur ajoutée augmentée des produits financiers au sens de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale de la société.

« Les ratios Rn et Re de l'année précédant la promulgation de la loi n^o du garantissant le financement du droit à la retraite à 60 ans servent de référence pour le calcul des taux de variation annuels de Rn et Re exprimés en %.

« Les sociétés immatriculées au Registre du Commerce et des Sociétés conformément à l'article L. 123-1 du code du commerce s'acquittent annuellement, selon les modalités définies au présent article, d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse calculée en fonction de l'écart entre le ratio Re et le ratio Rs d'une part, et d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse calculée en fonction de l'écart entre les taux de variation de Re et de Rn d'autre part.

« Les sociétés dont le ratio Re est supérieur ou égal au ratio Rs de la section dont elles relèvent, ou dont le taux de variation annuel du ratio Re est positif ou nul et supérieur au taux de variation annuel du ratio Rn, restent assujetties aux taux de cotisation d'assurance vieillesse de droit commun.

« Les sociétés dont le niveau annuel de Re est inférieur au niveau annuel de Rs de la section dont elles relèvent s'acquittent d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse assise sur la totalité de leur masse salariale dont le taux est égal à l'écart entre Rs et Re.

« Les sociétés dont le taux de variation annuel du ratio Re est positif ou nul mais inférieur au taux de variation du ratio Rn, ou négatif, s'acquittent d'une cotisation additionnelle d'assurance vieillesse assise sur la totalité de sa masse salariale, dont le taux est égal à l'écart entre les taux de variation Rn et Re.

« Les cotisations additionnelles mentionnées au présent article sont cumulatives.

« Les cotisations prévues au présent article ne sont pas déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

« Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes caisses d'assurance vieillesse. »

II. Après le 5^o *ter* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, sont insérés un 5^o *quater* et un 6^o ainsi rédigés : « 5^o *quater* Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 242-7-2 du présent code. « 6^o

Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3°, 5°, 5° *ter* et 5° *quater* ».

III. Un décret en conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.

Article 3

Après l'article L. 242-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-10-1 ainsi rédigé: « Les entreprises d'au moins vingt salariés et dont le nombre de salariés à temps partiel est au moins égal à 20 % du nombre total de salariés de l'entreprise, sont soumises à une majoration de 10 % des cotisations dues par l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales pour l'ensemble de leurs salariés à temps partiel. »

Article 4

L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 5

I. Les articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

II. En conséquence, l'article 81 quater du code général des impôts est abrogé.

Chapitre II

Contribution des revenus du capital au financement de la protection sociale Article 6

I. L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé: « Cette contribution à la charge de l'employeur est affectée aux régimes obligatoires d'assurance-maladie et vieillesse dont relèvent les bénéficiaires selon une clé de répartition définie par décret. »

II. À l'article L. 137-16 du même code, le taux: « 4 % » est remplacé par le taux: « 20 % ».

Article 7

I. Au premier alinéa du I de l'article L. 137-13 et au premier alinéa de l'article L. 137-14 du code de la sécurité sociale, après les mots: « au profit des régimes obligatoires d'assurance-maladie », sont insérés les mots: « et d'assurance vieillesse ».

II. Au II de l'article L. 137-13 du même code, le taux: « 10 % » est remplacé par le taux: « 40 % ».

III. Au premier alinéa de l'article L. 137-14 du même code, le taux: « 2,5 % » est remplacé par le taux: « 10 % ».

Article 8

L'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié:

I. Au premier alinéa du I, après les mots: « au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code », sont insérés les mots: « et du régime général d'assurance vieillesse, selon des modalités définies par décret, ».

II. Au 1° du I, les mots: « pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 » sont supprimés et le taux: « 16 % » est remplacé par le taux: « 35 % ».

III. Au dernier alinéa du 2°, les taux: « 12 % » et « 24 % » sont remplacés respectivement par les taux: « 20 % » et « 50 % ».

IV. Au IV, les mots: « ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. » sont supprimés.

Article 9

Après l'article L. 137-26 du code de la sécurité sociale, est insérée une section XII ainsi rédigée: « *Contribution patronale sur les formes de rémunération différées mentionnées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce.* »

« Art. L. 137-27. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs assise sur le montant des éléments de rémunération, indemnités et avantages mentionnés aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce, à l'exclusion des options et actions visées aux articles L. 225-177 à L. 225-186 et L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du code du commerce.

« Le taux de cette contribution est fixé à 40 % . »

Article 10

Après l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, est insérée une section XIII ainsi rédigée: « *Contribution patronale sur la part variable de rémunération des opérateurs de marchés financiers* »

« Art. L. 137-28. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse une contribution de 40 %, à la charge de l'employeur, sur la part de rémunération variable dont le montant excède le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code versée, sous quelque forme que ce soit, aux salariés des prestataires de services visés au Livre V du code monétaire. »

Article 11

Le I de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé: « Les revenus mentionnés au c et e du I de l'article L. 136-6 du présent code sont assujettis au taux de 12 % . »

Article 12

Les articles 1^{er} et 1649-O A du code général des impôts sont abrogés.

Document N° 5

Nous donnons ici les principales interventions des députés communistes, républicains, citoyens et du Parti de gauche lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 à l'Assemblée nationale, du 27 octobre au 3 novembre 2010.

La Rédaction

La protection sociale, un marché d'avenir :

par Jacqueline Fraysse

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2011, adopté par les députés de la majorité le 3 novembre dernier et transmis au Sénat, poursuit la politique de démantèlement du système solidaire de gestion des risques sociaux hérité du Conseil national de la Résistance. Maintien d'un déficit record, aggravation de la part des dépenses à la charge des assurés, refus de limiter les dépassements d'honoraires, nouveaux transferts vers les assurances complémentaires, asphyxie programmée des hôpitaux publics, réduction des prestations familiales : ce PLFSS est un florilège de petites « mesures de poches » qui restreignent l'accès aux soins sans pour autant parvenir à assurer le financement de la Sécurité sociale. Le gouvernement n'en a cure.

Cette politique s'inscrit en effet dans un cadre plus général de désengagement des pouvoirs publics dans le financement de la protection sociale, une stratégie imposée par le Pacte de stabilité et de croissance qui encadre les budgets des pays de la zone euro. Avant ce PLFSS et dans la même logique, la réforme des retraites a simultanément planifié la diminution du montant des futures pensions et ouvert la porte aux fonds de pensions. De même, au début de l'année prochaine est annoncée une loi sur l'autonomie qui devrait créer un risque dépendance financé par un recours obligatoire aux assurances privées. Car ce désengagement de l'État n'est pas une mauvaise nouvelle pour tout le monde. Tapis dans l'ombre, les assureurs privés, les fonds de pensions, les grands groupes gestionnaires d'établissements de santé, observent la mise en œuvre de cette politique en se frottant les mains. D'ici 2060, les besoins de financement des retraites devraient augmenter d'un point de PIB et ceux de la santé, de 1,6 point. L'État annonçant son refus de prendre en charge, de façon solidaire, cette augmentation, c'est une manne considérable qui va directement tomber dans l'escarcelle des investisseurs privés. Il est urgent que les citoyens s'emparent de leur protection sociale et exigent un véritable débat sur cette question.

Quel projet pour la Sécurité sociale ?

par Jacqueline Fraysse

Je voudrais, pour commencer, m'arrêter sur les conditions dans lesquelles est examiné ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Nous n'avons eu que quelques jours pour étudier les soixante articles du projet de loi, ses annexes, les 300 pages de l'étude d'impact et les 200 pages des six programmes de qualité et d'efficacité. Ces conditions sont symptomatiques de votre mépris pour le travail parlementaire, et plus généralement pour le débat démocratique. Examen à marche forcée, absence de concertation : ce sont les mêmes recettes que vous avez appliquées, avec le succès que l'on constate, pour la réforme des retraites, dont ce texte poursuit la logique de transfert vers les assurés sociaux d'une part toujours plus grande des dépenses de protection sociale. Le temps dont nous avons disposé pour étudier ce texte est inversement proportionnel à l'autosatisfaction manifestée par le Gouvernement.

Pourtant, il n'y a vraiment pas de raisons de se réjouir : le déficit prévu cette année sera le second plus important de l'histoire de la sécurité sociale, après celui de l'an dernier ; toutes les caisses sont dans le rouge et ont unanimement rejeté votre projet de loi, ce qui est exceptionnel. Pour tenter de contenir ce déficit, vous présentez de ridicules mesures de maîtrise des dépenses qui, si elles n'ont qu'un effet homéopathe sur les déficits, sont autrement plus dommageables en ce qui concerne l'accès aux soins de nos concitoyens. Quant aux hôpitaux publics, qui sont au bord de l'asphyxie depuis quelques années, ils sont aujourd'hui maintenus en respiration artificielle. Nos concitoyens, qui ont de plus en plus de mal à faire face aux dépenses de santé, payent le prix de votre inaction.

Le reste à charge a considérablement augmenté, notamment depuis 2005. À partir de cette date sont en effet venus s'ajouter au forfait hospitalier : la participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale ; la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes supérieurs à 91 euros ;

la pénalité pour les consultations hors parcours de soins ; la baisse du remboursement, voire le déremboursement total, d'un certain nombre de médicaments ; les franchises médicales ; et, cette année, de nouveaux déremboursements de médicaments et de dispositifs médicaux. Le mensuel *Que choisir* a calculé que les dépenses en volume qui restent à la charge des ménages ont augmenté de 50 % sur la période courant de 2001 à 2008, quand, dans le même temps, le revenu disponible des ménages ne progressait que de 29 %. Aujourd'hui, le reste à charge pour les personnes qui ne sont pas en ALD est estimé à 45 % des dépenses de santé. Encore ce calcul n'intègre-t-il ni le prix des mutuelles ni les dépassements d'honoraires. Ainsi, selon le calcul de l'UFC-Que choisir, en transférant 500 millions d'euros de dépenses supplémentaires aux complémentaires, les nouvelles mesures de déremboursement prévues par ce PLFSS pourraient représenter, si elles étaient intégralement reportées sur les consommateurs, un surcoût annuel des primes d'assurance santé de 22 euros par personne. Quant à la taxe sur les contrats d'assurance elle pourrait entraîner un surcoût de 26 euros par an de ces mêmes primes d'assurance.

Il faut encore ajouter les dépassements d'honoraires que vous refusez de plafonner dans la loi, malgré nos demandes réitérées. Ils sont de plus en plus indécentes et ne sont pas pris en compte dans le calcul du reste à charge. Ils sont particulièrement lourds pour les actes chirurgicaux. *Que choisir* en donne quelques exemples édifiants : 1 142 euros à la charge d'une femme ayant dû subir une hystéroscopie avec curetage, et cela après déduction des remboursements de sa mutuelle ; 612 euros pour une opération de la prostate ; et jusqu'à 4 500 euros de dépassement pour la pose d'une prothèse de la hanche dans une clinique huppée dont je tairai le nom, mais que vous pouvez trouver dans cette publication.

Une étude du CREDOC publiée en juillet dernier montre que le sentiment d'être mieux soigné lorsque l'on a de l'argent ou des relations et de vivre dans un système de soins à deux vitesses s'est diffusé dans la société française. La proportion de nos concitoyens qui déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons budgétaires est ainsi passée de 3 % en 1980 à 13 % aujourd'hui, avec une forte dégradation à partir de 2005. Il n'y a donc vraiment aucune raison de se réjouir.

La pénurie médicale, contre laquelle vous ne faites pas grand-chose, vient encore aggraver ces difficultés d'accès aux soins. Je ne comprends pas pourquoi vous persistez dans votre refus de donner à la filière universitaire de médecine générale les moyens de son développement, alors que cette discipline, pilier de notre système de santé, est l'une des plus touchée par le manque de mé-

decins. Quelques mesures courageuses figuraient dans la loi HPST, telle la déclaration d'absence des médecins de ville, qui permettait d'organiser la permanence des soins, dont je rappelle qu'elle concerne tous les médecins, et pas seulement les généralistes. Hélas, vous êtes revenus sur ces mesures – ce qui prouve, au passage, que vous pouvez revenir sur un texte voté.

C'est dans les hôpitaux publics que l'asphyxie de notre système de santé est la plus forte et la plus visible. La généralisation de la tarification à l'activité vous donne la possibilité de réduire de façon drastique les budgets des hôpitaux. À force de supprimer des postes et des services, ça craque de tous côtés et nous sommes parvenus aujourd'hui à un point de rupture. La situation à l'AP-HP en fournit une édifiante illustration. La réduction du personnel soignant et non soignant soumet ceux qui restent à une formidable pression, à des cadences de travail infernales, voire au harcèlement de leur direction, jusqu'au moment où le dévouement fait place à la fatigue, au découragement et à l'arrêt maladie de trop, qui finit de dégrader la situation. C'est ce qui s'est passé au début du mois dans le service des urgences de l'hôpital Tenon qui a dû fermer, faute de personnel. Nous n'avions encore jamais vu ça !

Beaucoup de témoignages nous parviennent, montrant que la situation est tout aussi tendue à Lariboisière, à la maternité de Bichat, à Beaujon, à Jean-Verdier, à Henri-Mondor ou à Louis-Mourier de Colombes. Quant aux hôpitaux de ma circonscription – Max-Fourestier à Nanterre ou l'hôpital Foch de Suresnes, qui ne font pas partie de l'AP-HP –, ils sont dans la même situation. Cet état des lieux catastrophique ne vous empêche pas de répéter que 67 % des établissements hospitaliers sont à l'équilibre ou en excédent pour l'exercice 2009. Ce n'est pas l'avis de la Cour des comptes. En effet, si, dans son dernier rapport, elle indique, en s'appuyant sur les bilans transmis par les établissements de santé, que leur déficit total semble diminuer, elle chiffre à 37 % – et non pas à 33 % – des établissements soumis à la T2A ceux présentant un déficit, contre 51 % en 2008 et 60 % en 2007 et 2006. Elle s'empresse d'ajouter que ces chiffres sont à manier avec prudence, car, selon elle, l'ampleur des déficits est camouflée par des reports de charges, des provisionnements et autres artifices comptables. La Cour estime ainsi qu'il faut amplifier de près d'un quart les déficits de 2008, et conclut que, « au total, les établissements non déficitaires sont l'exception ». Je recommande la lecture de ce chapitre du rapport de la Cour des comptes, qui poursuit en détaillant les raisons du déficit. J'en citerai quelques exemples.

La première raison est le mirage de l'Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Vous vous félicitez de la progression des enveloppes MIG – mission d'intérêt général – et AC – aide à la contractualisation –, censées mieux prendre en compte la spécificité et les missions de service public des hôpitaux. Elles ont effectivement augmenté de 41 % entre 2006 et 2009. Mais cette progression se fait dans le cadre d'une enveloppe fermée: l'ONDAM hospitalier, qui inclut l'incidence de la progression de l'activité, les revalorisations tarifaires et les dotations accordées par la tutelle, notamment les MIGAC. Or, écrit la Cour des comptes, « toute progression de l'un de ces trois termes a vocation à être compensée par les autres ». Ainsi, concrètement, si les établissements de santé augmentent leur activité, le Gouvernement diminue les tarifs hospitaliers, avec toutes les conséquences qui s'y attachent. Encore cette mauvaise solution touchait-elle jusqu'ici tous les établissements de santé, publics et privés. Mais depuis deux ans, vous faites pire, puisque, pour financer les éventuels dépassements de dépenses, vous gélez les enveloppes servant à financer les missions de service public, ainsi réduites à des variables d'ajustement de l'ONDAM hospitalier, ce qui est inadmissible. Ainsi 400 millions ont été gelés cette année, pour assurer cet équilibre. L'utilisation des services publics comme variable d'ajustement résume, hélas, assez bien votre politique.

Une autre cause du déficit des hôpitaux est l'évolution tarifaire: comment pouvez-vous demander aux directions hospitalières d'établir des budgets sur plusieurs années et en équilibre, si les tarifs des différentes activités, et donc leurs recettes, évoluent sans cesse? Le rapport d'information de l'Assemblée nationale sur le fonctionnement de l'hôpital souligne le manque de visibilité qu'entraînent ces incessantes modifications. S'ajoutent à cette situation que vous créez les fluctuations de la demande de soins et la concurrence des cliniques privées, qui ne cesse de s'accroître du fait de vos choix. Il est clair que votre logique marchande pénalise jusqu'à les détruire toutes les activités publiques. C'est grave dans bien des secteurs, et particulièrement pour la santé. S'ajoute à ces décisions la façon dont le plan Hôpital 2007 a été conduit. Un trop grand nombre de projets mal dimensionnés ont été acceptés dans le cadre de ce plan, alors même que l'enveloppe de l'État, qui s'élevait à 6 milliards d'euros, n'était pas revalorisée en conséquence, ce qui a réduit le taux de subvention, rapidement ramené de 100 % à 43 %, le reste étant financé par des emprunts. La façon dont a été financé Hôpital 2007 constitue, écrivent les rapporteurs de la Cour des comptes, « l'explication essentielle – même si ce n'est pas la seule – de la progression remarquable de l'endettement du secteur ».

D'autres difficultés s'ajoutent encore avec la généralisation de la T2A. Elle a en effet modifié le travail des praticiens du public, désormais responsables du codage de leurs actes. Si cette pratique est habituelle pour les praticiens du privé, rémunérés à l'acte, il n'en est pas de même pour ceux du public. Les erreurs de codage peuvent avoir de graves conséquences financières. Ainsi, en 2008, une anomalie repérée à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille pourrait lui avoir coûté 40 millions d'euros, alors que le déficit de son budget s'était élevé à 58,4 millions d'euros cette année-là. Quant aux pertes de recettes liées aux insuffisances de la chaîne de facturation dues notamment aux nombreuses évolutions réglementaires et tarifaires, elles seraient, toujours selon la Cour des comptes, comprises entre 5 et 15 % du budget des hôpitaux.

Si l'on ajoute à tout cela vos décisions concernant la progression de l'ONDAM, qui, chaque année, est inférieure à l'évolution naturelle du budget des hôpitaux, calculée en prenant en compte les revalorisations salariales, l'augmentation du prix des médicaments, des charges d'énergie – il vient d'être annoncé une augmentation de 3 % des tarifs de l'électricité – ou celle des cotisations retraite pour le personnel de la fonction publique hospitalière, on peut dire que le Gouvernement décide, de fait, de faire voter sciemment l'insuffisance budgétaire des hôpitaux publics.

Pour 2011, notre collègue Jean Leonetti, Président de la Fédération hospitalière de France, a estimé à 3,23 % la progression du budget des hôpitaux, compte tenu de ces contraintes. Face à cela, Madame la ministre, vous décidez de fixer l'ONDAM hospitalier à 2,8 %. Encore une fois, vous faites voter sciemment le déficit des hôpitaux publics. D'ailleurs, la Cour des comptes indique qu'« une partie de la réponse au déficit des hôpitaux est entre les mains de la tutelle ». Il ne s'agit donc nullement d'une épidémie qui, curieusement, ne frapperait que l'hôpital public, ni de la responsabilité des directeurs qui seraient tout aussi curieusement devenus brusquement incompetents, incapables de gérer le budget de leur établissement. Il s'agit bien de choix politiques et stratégiques. Le comble est que vous utilisez ce déficit organisé pour faire pression sur l'activité des médecins et des soignants, pour diminuer les personnels et les services offerts, qui seraient trop coûteux. C'est une véritable spirale de démantèlement progressif des établissements publics de soins. Il s'agit, je le répète, de choix délibérés, instaurant, chaque année un peu plus, la privatisation des soins. Vous faites souvent référence à ce qui se passe dans d'autres pays, notamment en Allemagne. C'est effectivement un bon exemple des objectifs que vous poursuivez, car, dans ce pays, deux CHU, dont celui de Hambourg, viennent

d'être vendus au secteur privé. C'est un bel exemple de ce que vous envisagez de faire.

Les centres hospitalo-universitaires ont pourtant un rôle irremplaçable, non seulement en matière de qualité et de continuité des soins, mais aussi en matière d'enseignement et de recherche, car ce sont eux qui forment les jeunes soignants, des médecins et des chirurgiens aux infirmiers, en passant par les kinésithérapeutes ou les diététiciens, qui sont au cœur des progrès médicaux, de la recherche et du rayonnement de la France à l'échelle internationale.

Alors que vos discours prétendent défendre l'accès aux soins de qualité pour tous, qui faisait jusqu'ici l'originalité et la fierté de notre pays, grâce à son système de protection sociale solidaire, au maillage de ses nombreux hôpitaux publics, tous vos gestes font le contraire. Le dernier en date est cette disposition présentée à l'article 40 du PLFSS, instaurant des « maisons de naissance » pour, paraît-il, « démedicaliser » la grossesse et l'accouchement, qui « ne sont pas des maladies », comme vous dites. C'est vrai, ce ne sont pas des maladies, ce sont même des moments heureux dans l'immense majorité des cas, à condition que tout se passe bien : sinon, ce sont des drames. Si un suivi rigoureux permet de détecter les grossesses à risque, il ne permet pas de dire à l'avance si l'accouchement sera normal. Personne ne peut prévoir une souffrance fœtale grave nécessitant l'intubation immédiate du nouveau-né, encore moins une hémorragie de la délivrance exigeant transfusion sanguine massive et geste chirurgical immédiat, car, dans ces circonstances, le pronostic vital se joue en quelques minutes.

Pour nous rassurer, on nous explique que ces « maisons de naissance » démedicalisées seront adossées à des hôpitaux hautement équipés. Pourquoi ne pas proposer l'expérimentation de nouvelles pratiques souhaitées légitimement par les mères et les couples au sein même de l'environnement sécurisé des maternités ? Pourquoi les limiter au secteur libéral privé ? Vous faites au contraire le choix de fermer, plutôt que de moderniser les petites maternités publiques de proximité, en prétextant de leur danger. Mais les maisons que vous envisagez, elles, ne sont pas dangereuses ? En réalité, là encore, votre démarche est de privatiser tout ce qui peut l'être et de transférer aux hôpitaux publics « adossés » comme vous dites, les cas graves, trop dangereux et trop coûteux pour intéresser le privé.

Cet article 40 n'est pas seulement inacceptable par la démarche qui le sous-tend, il l'est aussi par le danger qu'il représente. Il a d'ailleurs été majoritairement repoussé

par la commission des affaires sociales qui, dans le cadre d'un échange sérieux, a su prendre ses responsabilités.

En ce qui concerne la branche famille, M^{me} Morano s'est encore illustrée cette année, lors de son audition devant la commission des affaires sociales, par un raisonnement assez singulier : « Nous avons décidé d'appliquer, l'année prochaine, les mécanismes normaux d'augmentation de toutes les allocations familiales. Nous aurions pu faire un autre choix politique, celui de geler ces prestations... ». Bravo, Madame la secrétaire d'État et merci ! Car, au fond, vous nous dites – de façon un peu binaire – que tout va bien, puisque vous auriez pu faire pire ! C'est d'autant plus croustillant qu'en l'occurrence, le pire a été fait l'année dernière, puisque, en pleine crise économique, vous avez décidé de geler la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Aujourd'hui, vous vous félicitez de sa revalorisation *a minima*, alors qu'entre 7 % et 13 % de la population française – selon le seuil retenu – vit sous le seuil de pauvreté, dont un tiers sont des familles monoparentales. Du côté des agents des CAF, les témoignages ne manquent pas pour décrire leurs difficultés, voire leur détresse. Le président du conseil d'administration du réseau des caisses d'allocations familiales s'est inquiété d'une probable « implosion » de l'institution. Selon lui, les moyens humains alloués aux caisses sont insuffisants pour répondre à l'augmentation de la demande sociale dans le contexte de grave crise économique que nous connaissons.

Partout en France, des agences ont été contraintes de fermer leurs guichets, au détriment de leur mission d'accueil et d'information, pour tenter de rattraper le retard dans le traitement des dossiers. Je pense également aux professionnels de la petite enfance qui se sont mobilisés avec les parents contre le fameux « décret crèches » qui abaisse les normes qualitatives et de sécurité dans les établissements d'accueil des tout-petits. Alors que les besoins augmentent, vous alourdissez les charges de la CNAF, puisque vous envisagez de faire peser sur elle la totalité de la majoration de pension de retraite de 10 % pour enfant – une mesure qui, je le rappelle, concerne la branche vieillesse. Au total, l'augmentation des dépenses atteint les 4 % pour une augmentation des recettes de seulement 0,9 %, soit un déficit prévisionnel de 3,3 milliards d'euros en 2011. Il convient d'ajouter à cela votre lamentable gestion de la dette sociale, qui prévoit, entre autres, le transfert de ressources dynamiques de la branche famille vers la CADES pour les remplacer par des taxes non pérennes et insuffisantes, constituant un manque à gagner pour les politiques sociales et familiales de 1,2 milliard d'euros en 2013. Si l'on y ajoute les deux mesures de réduction des dépenses que vous prenez pour 2011, la

suppression de la rétroactivité des aides au logement et le décalage de la date d'ouverture du droit à la PAJE, c'est 300 millions d'euros que vous prenez aux familles. Cela ne fait pas beaucoup d'économies au regard des sommes en jeu, mais cela fera sans aucun doute beaucoup de dégâts sociaux.

Permettez-moi d'ajouter que votre ambition est bien limitée, si vous vous satisfaisiez d'abaisser le déficit de 3,3 à 3 milliards d'euros en rognant sur les droits des jeunes parents et des jeunes qui s'installent. En mesurant tout cela, on se demande ce qui justifie votre autosatisfaction.

La sécurité sociale est au bord du gouffre, et avec ce PLFSS, vous faites un nouveau pas en avant vers votre projet final dont vous évitez de parler. C'est celui du grand patronat, celui de Denis Kessler, membre du Conseil national des assurances et ancien vice-président du MEDEF. Denis Kessler veut en finir avec l'héritage du CNR dont vous vous réclamez, mais les mesures que vous prenez sont révélatrices et tous vos amis disent clairement ce que vous ne dites pas. Claude Bébéar, président d'honneur du groupe AXA, voit dans chaque assuré social un client. Dans une note de l'Institut Montaigne qu'il dirige, il milite pour « la suppression des cotisations patronales, remplacées par des cotisations salariales susceptibles de se transformer ensuite en primes d'assurance ». C'est, précise-t-il, « le changement stratégique central à mettre en œuvre ». Je pense qu'il sera très satisfait de constater ce que vous faites. C'est aussi votre feuille de route.

L'objectif à terme, lorsque les déficits que vous construisez deviendront insupportables, est d'imposer le passage d'une assurance-maladie solidaire et universelle à un système d'assistantat pour les plus pauvres, le reste de la population – ceux qui peuvent encore payer – étant orienté vers les assurances privées. C'est ce que vous tentez de mettre en œuvre avec votre réforme des retraites, et que vous voulez poursuivre dans quelques mois avec la dépendance.

Le problème, votre problème, c'est que nos concitoyens sont de plus en plus nombreux à voir où vous allez et à en mesurer la gravité. C'est ce qui explique la résistance acharnée et durable à laquelle vous vous heurtez avec votre réforme des retraites, qui, ajoutée à toutes les autres, montre la cohérence de votre projet résolument tournée contre les peuples. La même politique menée dans tous les pays d'Europe conduit aux mêmes souffrances populaires et aux mêmes révoltes en Grèce, en Espagne, en Allemagne, et j'en passe. Il est temps en effet d'imposer d'autres choix de société tournés vers l'utilisation des richesses produites pour répondre aux aspirations de tous et non aux intérêts égoïstes de quelques-uns.

Les moyens existent aujourd'hui en France, en Europe et bien au-delà, de financer une sécurité sociale universelle et solidaire où chacun cotise selon ses moyens, les plus aisés participants davantage, et où chacun reçoit selon ses besoins que l'on soit riche ou pauvre. Les moyens existent et nous le montrons dans notre proposition de loi sur les retraites que vous n'avez pas dû lire, puisque vous allez répétant que nous ne proposons rien. C'est un mensonge de plus. Il faut dire que dans cette matière, au point où vous en êtes, un de plus, un de moins...

La vérité n'est pas que nous n'avons pas d'idées, comme vous tentez de le faire croire: c'est que nos idées ne vous plaisent pas. Nos idées vous dérangent, vous et vos amis fortunés, celles et ceux auxquels vous distribuez cadeaux fiscaux et autres largesses. Qu'il s'agisse de taxer les revenus du capital au même niveau que ceux du travail – ce qui ne serait que justice – ou de moduler les cotisations des entreprises en fonction de leur politique sociale et salariale, pour ne citer que ces deux exemples. Ces pistes de financement originales, pérennes et crédibles sont de plus en plus comprises et partagées par nos concitoyens qui mesurent chaque jour davantage ce que votre modèle de société envisage de leur faire subir.

Une politique désastreuse pour les assurés :

*Intervention générale de Martine Billard
(Parti de Gauche)*

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est largement le reflet de l'échec des politiques successives menées par les gouvernements de droite depuis 2002. En effet, en huit ans, le déficit du régime général s'est creusé de plus de 15 milliards d'euros alors qu'il était à l'équilibre lorsque vous êtes arrivés au pouvoir! Rappelons qu'avant 2002, les comptes sociaux avaient connu plusieurs années de soldes positifs. Ce sont donc bien des gouvernements soutenus par l'actuelle majorité qui ont appauvri notre système de santé, financièrement et qualitativement. Votre politique de maîtrise comptable atteint ses limites, au point que même le rapporteur de la commission des affaires sociales, Yves Bur, indique que « l'approche par la maîtrise des dépenses n'est plus à la hauteur des enjeux ». Je suis tout à fait d'accord avec cette formule. Du coup, j'ai un désaccord de fond avec le ministre du budget lorsqu'il nous explique qu'il faut se limiter aux dépenses les plus utiles. Non, l'objet de notre système de protection sociale n'est pas, à nos yeux, de se limiter aux dépenses les plus utiles.

Votre gouvernement est, de fait, prisonnier d'un système qui est incapable de concevoir les maladies autrement que comme de nouvelles parts de marché. Si le nombre d'ALD ne fait qu'augmenter, ce n'est pas avec une politique comptable de réduction des prises en charge qu'on diminuera le nombre de patients atteints de ces maladies. La seule conséquence d'une telle politique sera de pratiquer une sélection par l'argent entre ceux qui ont les moyens de financer leur santé et les autres. Or les pathologies les plus nombreuses et les plus coûteuses pour la branche maladie sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Elles sont principalement dues à des causes comportementales et environnementales. Tant que nous n'agissons pas en amont, par une véritable politique d'éducation et de prévention, par la diminution, voire la suppression, pour certains d'entre eux, de produits toxiques, notamment ceux utilisés dans l'agriculture intensive, comme les pesticides et herbicides – je pense par exemple au Roundup –, on pourra toujours continuer à se lamenter sur l'augmentation des dépenses liées à ces maladies. Malheureusement, la précédente loi de santé publique est déjà assez éloignée, et nous n'avons toujours pas de date pour l'examen de la prochaine. Nous en sommes réduits à discuter de questions de comptabilité en l'absence de politique de santé globale.

Parallèlement, la réduction des risques toxiques et chimiques, déjà trop timorée dans le Grenelle de l'environnement, risque en fait de ne jamais être mise en œuvre, étant donné l'action des lobbies.

De plus, votre loi sur les retraites vient de casser la médecine du travail, et vous avez refusé tous nos amendements tendant à une réelle prise en compte de la pénibilité. Cela ne va pas arranger les comptes de l'assurance-maladie, qui risque de voir se dégrader la santé des salariés âgés. Cela aura pour conséquence l'explosion des arrêts maladie, et donc l'augmentation des versements d'indemnités journalières, poste de dépenses dont vous dénoncez par ailleurs la trop rapide augmentation! Vos budgets sont marqués depuis 2002 par le transfert régulier de nouvelles charges vers les assurés sociaux : augmentation des forfaits, franchises médicales et déremboursement. Cette année encore, vous perséverez. Nous aurons droit à une diminution de 35 % à 30 % du niveau de prise en charge des médicaments ; à l'augmentation de 91 à 120 euros du seuil de déclenchement de la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes coûteux, en ville et à l'hôpital ; à la diminution des possibilités d'entrée dans le régime de l'affection de longue durée ; à la baisse de cinq points de la prise en charge des dispositifs médicaux. Les conséquences de cette politique sont désastreuses pour les assurés. Beaucoup de personnes renoncent aux soins, et de plus en plus de Français n'ont pas de complé-

mentaire santé. Si ceux qui sont dans ce cas représentent 8 % de la population totale, ce chiffre est une moyenne qui recouvre des différences : c'est ainsi que 20 % de la population du premier décile n'a pas les moyens de s'en payer une, tout comme 14 % dans le deuxième décile, et encore 11 % dans le troisième décile.

La situation dans les hôpitaux est absolument catastrophique. Il suffit de les fréquenter pour s'en rendre compte immédiatement. Votre obsession de la rentabilité, inscrite dans les objectifs de financement de l'hôpital public, étrange littéralement les services qui sont tenus de réduire leur activité et qui se voient obligés, en raison de l'obsession du retour à l'équilibre, de supprimer des milliers de postes de personnels soignants. Plusieurs de mes collègues ont déjà décrit la situation, notamment dans les hôpitaux franciliens. Ainsi, avec la T2A et la loi HPST, non seulement il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous à l'hôpital, d'être maintenu en observation, mais les services, voire des hôpitaux entiers, sont fermés au profit du secteur privé. Tout cela génère des transports, des coûts supplémentaires et une qualité de suivi dégradée. Dans ce contexte, les dépassements d'honoraires ont explosé, passant de 763 millions en 1990 à 1,6 milliard en 2005. Il s'agit d'une pratique particulièrement discriminante, vous le savez bien. Et pourtant, PLFSS après PLFSS, vous refusez d'agir. L'objet de notre système de santé est bien d'offrir un accès aux soins les meilleurs possibles, pas de transférer ce qui est rentable aux assureurs. Votre politique est au service du secteur de l'assurance. Vous comprendrez, dans ces conditions, que nous soyons totalement en désaccord avec le budget de la sécurité sociale qui nous est proposé.

Le choix de laisser filer les déficits :

Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 1 (tableaux équilibre 2009).

Avec cet article, le Gouvernement nous demande d'approuver le rapport situé en annexe A, décrivant les mesures prises en 2010 pour combler les déficits de 2009, récapitulés dans les tableaux dits d'équilibre de l'article 1^{er}. Ces tableaux, comme l'a dit Didier Migaud lors de son audition devant la commission des affaires sociales, « portent décidément de plus en plus mal leur nom ». Pour 2009, avec un déficit de 20,3 milliards d'euros pour le régime général, plus de 1,4 milliard pour les autres régimes et les 3,2 milliards du Fonds de solidarité vieillesse, le déficit cumulé atteint 25 milliards d'euros. C'est au cours de l'exercice 2009 que, pour la première fois, toutes les branches du régime général ont été déficitaires, y compris les branches famille et accidents du travail-maladies

professionnelles, qui étaient encore excédentaires ou à l'équilibre en 2008. Face à cette situation, qu'avez-vous fait? Alors que la crise économique dévoilait au monde les aberrations de l'économie capitaliste financiarisée que vous défendez, vous avez autorisé l'ACOSS à emprunter plus que le plafond des ressources non permanentes habituellement autorisé.

L'emprunt a été réalisé pour partie auprès de la Caisse des dépôts et consignations, mais également sur les marchés financiers, *via* l'émission de billets de trésorerie. Non seulement cela n'a pas réglé le problème, mais cela a surtout eu pour effet d'augmenter la dette sociale, que vous faites payer aujourd'hui aux caisses en prélevant dans leurs ressources dynamiques sans compenser entièrement le manque à gagner par de nouvelles taxes pour répondre aux besoins de financement de la CADES. Évidemment, nous n'approuvons pas ce choix que vous faites de laisser filer les déficits afin de pourrir les comptes de la protection sociale solidaire avec des frais financiers supplémentaires.

Grippe A (H1N1) : Le fiasco :

Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 3 (baisse du taux de contribution exceptionnelle des complémentaires).

Je souhaiterais revenir brièvement, à l'occasion de la discussion de cet article qui abaisse la contribution des organismes complémentaires au financement de la campagne de vaccination contre la grippe A, sur l'attitude du Gouvernement tout au long de cette crise. J'ai participé à la commission d'enquête sur cette campagne; je ne partage pas ses conclusions qui tendent à exonérer le Gouvernement de ses responsabilités. Pour ma part, je considère que cette campagne a été un fiasco, dont je crains beaucoup qu'il ne jette la suspicion sur les politiques de santé publique, et singulièrement sur la vaccination. Ce n'est pas tant l'application du principe de précaution que je reproche au Gouvernement – qui a dû faire face à une situation inédite et aux informations orientées de l'OMS – que la mise en œuvre de ce principe. Il s'est en effet montré incapable de moduler les commandes de vaccins en fonction de l'évolution de la maladie; le recours à une campagne de vaccination de masse s'est révélé tout à fait inapproprié; les médecins généralistes ont été mis à l'écart de façon tout à fait incompréhensible; la communication du Gouvernement a été rigide et inefficace, voire contre-productive. Je me réjouis aujourd'hui de ce que le virus de la grippe A se soit finalement avéré guère plus dangereux que celui de la grippe classique, que la campagne, malgré son échec,

ait coûté moins cher que prévu, et que l'État soit amené à rembourser les organismes complémentaires. Mais cette campagne aurait pu être à la fois plus efficace et moins coûteuse si elle avait été menée dans la transparence et en suivant les principes de la démocratie sanitaire, à la fois envers les professionnels et envers les citoyens. Il aurait évidemment été judicieux de solliciter les médecins généralistes, aussi bien pour évaluer la dangerosité du virus que pour adapter la campagne de vaccination. Il faut, je crois, penser à nos concitoyens et tirer les leçons de ce qui s'est passé. Il faut se résoudre, Monsieur le ministre, à considérer que nos compatriotes ont un cerveau. Rien n'est possible sans la prise en compte de leurs préoccupations et de leurs légitimes interrogations, surtout en pareilles circonstances. Autrement dit, il faut savoir organiser des débats publics dans le respect mutuel.

Financement : 130 milliards de dettes transférés à la CADES :

Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 5 (dette sociale).

L'article 5 revoit à la hausse pour 2010, d'une part, l'objectif d'amortissement de la CADES, d'autre part, le montant des recettes affectées au Fonds de réserve des retraites. Sur le principe, la révision d'objectifs fixés l'an dernier en loi de financement de la sécurité sociale ne soulève pas de remarques particulières. Nous tenons néanmoins à exprimer très clairement dès à présent notre rejet des options retenues par le Gouvernement en matière de gestion de la dette sociale. Les précédentes lois de financement traduisaient l'attentisme du Gouvernement concernant la recherche de solutions globales et pérennes du financement de la protection sociale dans son ensemble, un attentisme coupable, responsable aujourd'hui du creusement des déficits structurels. En effet, si le Gouvernement communique beaucoup sur la dette dite de crise, qui serait de 34 milliards, une dette « hors crise », structurelle, d'un même montant, existe également bel et bien, mais il n'en parle pas. Faute d'avoir pris les mesures nécessaires l'an dernier, ne serait-ce que d'envisager que puissent être élargies, augmentées, les ressources de la protection sociale comme nous le proposons, le Gouvernement a sciemment fait courir à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS, un risque financier inacceptable en portant son plafond d'emprunt à hauteur de 65 milliards d'euros. Les rendez-vous manqués des années passées, nous les payons « cash » aujourd'hui, et les générations futures dont vous nous parlez si souvent les paieront aussi.

Ainsi, 130 milliards de dettes devraient être transférés à la CADES. Cette autorisation d'emprunt coûtera en fait 180 milliards d'euros aux contribuables et deux tiers des 50 milliards d'euros d'intérêts iront directement dans les poches d'investisseurs étrangers. L'ACOSS, qui a pour seule mission de financer les découverts de trésorerie, n'avait pas vocation à continuer à porter une dette à long terme et à s'endetter sur les marchés financiers internationaux, pour des durées très longues. Le transfert des dettes portées par cette agence était nécessaire. Pour autant, il se fait dans des conditions irresponsables et inadmissibles.

Hôpitaux : Déficit obligatoire :

Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 8 (ONDAM rectifié pour 2010).

L'an dernier, le Parlement a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) hospitalier à 3 %, soit un chiffre inférieur aux prévisions de croissance du budget des hôpitaux, évaluée à 3,56 % par la FHF. Je rappelle que ces prévisions tiennent compte de plusieurs éléments incompressibles, par exemple les augmentations salariales dans la fonction hospitalière, le coût des nouvelles inscriptions sur la liste des médicaments en sus, l'augmentation du prix de l'énergie – je rappelle à cet égard que vous venez d'annoncer une augmentation de 3 % pour l'électricité –, l'augmentation du coût de la sous-traitance suite à l'externalisation de certaines activités. Évidemment, les hôpitaux publics ne sont pas responsables de ces augmentations incontournables, donc subies. C'est notamment l'État qui fixe l'augmentation des salaires dans la fonction publique hospitalière, qui décide de la revalorisation du statut des infirmières ou du prix de l'énergie. Ce sont les ARH qui encouragent très fortement les hôpitaux à recourir à l'externalisation de la restauration, par exemple, ou du nettoyage. Non seulement vous fixez un ONDAM insuffisant, ce qui aggrave la situation financière des hôpitaux, mais constant en cours d'année que celui-ci risque d'être dépassé, vous gelez 405 millions d'euros dans des conditions inacceptables. En effet, ce dépassement résulte des activités des établissements à la fois publics et privés, mais la mise en réserve de 400 millions sur l'enveloppe MIGAC et de 105 millions sur la dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé pénalise essentiellement les hôpitaux publics qui en sont les bénéficiaires. Au bout du compte, vous mettez sciemment les hôpitaux publics en déficit en leur fixant un ONDAM inférieur à leur évolution budgétaire incompressible, et vous les sanctionnez eux seuls alors que les cliniques privées ont participé à ce dépassement. Je tire deux conséquences de ces observations. Nous voterons contre cet article. Plus générale-

ment, nous ne vous croyons plus quand vous prétendez défendre l'hôpital public.

Financement : Faire cotiser tous les revenus du travail :

Intervention de Martine Billard sur l'article 13 (augmentation du taux du forfait social).

Il serait logique que tous les revenus liés au travail cotisent de la même manière. Je m'étonne d'ailleurs un peu que certains collègues de l'UMP s'élèvent contre l'idée que l'intéressement et la participation soient soumis à cotisation de la même manière que les salaires ; car ils nous proposent assez régulièrement que les chèques-restaurant, ou d'autres avantages en nature, soient soumis à cotisation ; ce sont pourtant des avantages bien faibles par rapport à l'intéressement et à la participation. Dans les deux cas, il s'agit de revenus liés au travail, et, de plus, les chèques-restaurant compensent en général l'absence de restauration dans l'entreprise. Il nous semble tout à fait juste que ces revenus participent aussi au financement de la sécurité sociale. De ce point de vue, les stock-options – qui sont aussi liées au travail, puisqu'il faut travailler dans une entreprise pour en bénéficier – ne sont pas soumises au forfait social. En définitive, on se trouve face à une tuyauterie financière particulièrement complexe – nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion de l'article 14 : il existe trois types de prélèvements sociaux, selon la nature des revenus du travail.

La Cour des comptes considère qu'il serait possible de porter le forfait visé par cet article 13 au niveau des taux cumulés des cotisations maladie et famille, soit environ 19 %. Le fait de porter le taux de 4 % à 6 % fait déjà passer les recettes attendues à 1 milliard. Suivre la Cour des comptes pourrait donc rapporter dans les 3 milliards – 2 milliards de recettes supplémentaires qui ne sont pas négligeables quand on sait combien il est difficile de trouver des financements pour la sécurité sociale. En prenant le taux de cotisation que supportent les autres éléments de salaire, soit 43 %, on atteindrait 6 milliards. On le voit, quand la volonté politique est là, il est possible de trouver des financements sans fiscaliser, contrairement à ce que vous avez essayé de faire croire au moment du débat sur les retraites. Je m'étonne cependant que notre collègue Tian veuille exonérer l'épargne retraite. Tous les financements des plans d'épargne retraite ne bénéficient pas d'un abondement de l'employeur. En fait, tout cela est dans le droit fil de ce que nous avait expliqué, lors de son audition, la Fédération française des sociétés d'assurances : il faudrait que l'épargne retraite ne soit soumise ni à cotisation ni à participation au financement, et que, à la sortie, elle soit défiscalisée.

Le problème, ce n'est pas tant qu'un forfait social soit appliqué sur l'épargne retraite, ce qui diminuera peut-être leur abondement ; le problème, c'est que, dans la loi sur les retraites que vous venez d'adopter, vous avez introduit des articles qui imposent quasiment cette épargne retraite, même à ceux qui n'en souhaitaient pas. Tous les éléments de la rémunération liée au travail doivent participer au financement de la sécurité sociale et le taux de 6 % paraît insuffisant. Nous proposerons d'ailleurs de l'augmenter par voie d'amendement. Tous ces éléments de revenus devraient être soumis à l'ensemble des cotisations sociales, comme les salaires.

Financement : Investissement locatif :

Roland Muzeau (Pcf) sur l'amendement 361 rectifié après l'article 15 visant à appliquer la CSG aux revenus fonciers issus de l'investissement locatif (rejeté).

L'immobilier locatif représente en France une source d'enrichissement toujours plus importante et toujours plus discriminatoire. Toujours plus importante car, entre 1998 et 2010, les loyers ont grimpé de 42 % ! Et encore, il ne s'agit là que d'une moyenne. Je ne vais pas entrer dans le détail des disparités existant sur le territoire. Nous avons eu l'occasion d'en parler lors de l'examen de la loi dite Boutin. Toujours plus discriminatoire, car chaque augmentation de loyer, bien souvent destinée à rentabiliser un investissement, fait peser cet enrichissement sur le dos du locataire, plus démuné que le propriétaire ! Vous connaissez aussi bien que nous les rapports de la Fondation Abbé Pierre sur ce dossier. Les personnes en logement précaire sont de plus en plus nombreuses – plus de six millions – et vos politiques n'y sont pas étrangères. Les mal-logés sont trois millions, dont près d'un tiers de locataires, les autres n'ayant même pas les moyens de payer un loyer. Et tout cela a un impact sur la santé ! On décompte au mois 30 % de personnes âgées dans ces situations de précarité de logement. Près de 800 000 personnes, selon l'ANAH, ont déclaré souffrir du froid pendant l'hiver. Les maladies provoquées sont nombreuses : insuffisances respiratoires, plus de 50 000 cas en France, pneumonies, asthmes – 10 % des enfants et 10 % des adultes sont touchés –, bronchites, pathologies allergiques, etc. Vous le voyez, les plus touchés par les excès de l'investissement locatif sont aussi les plus vulnérables en termes de santé. Et ce sont bien souvent des personnes qui n'ont que le minimum contributif. Nous souhaitons donc voir appliquer la CSG – cela nous paraît tellement normal ! – aux revenus fonciers issus de l'investissement locatif, celui-ci en étant actuellement exonéré. L'amendement ne concerne pas, bien entendu,

l'immobilier d'habitat, car il maintient les exonérations sur les livrets d'épargne et les plus-values sur la résidence principale.

Médicaments :

Intervention de Roland Muzeau sur l'article 19.

Puisque l'article 19 traite de l'industrie pharmaceutique, je souhaite évoquer avec vous la situation de Sanofi-Aventis, première entreprise pharmaceutique en France, qui compte plus de quarante sites sur notre territoire. Pour 2009, le chiffre d'affaires de Sanofi-Aventis atteignait 30 milliards d'euros et son résultat net, c'est-à-dire ses profits, 8,5 milliards d'euros. Malgré ces bénéfices confortables, en partie liés aux commandes de vaccins contre la grippe H1N1, et malgré les 26 millions d'euros qui lui ont été accordés en 2008 par l'État au titre du crédit impôt recherche, la part du chiffre d'affaires dédiée à la recherche n'a pas augmenté au cours des dernières années, alors que les enjeux de santé publique sont considérables. Si l'investissement ne va pas aux activités de recherche, il n'est pas dirigé non plus vers le travail. Bien que l'entreprise garantisse un revenu annuel de 7 millions d'euros à son directeur général, elle n'a octroyé qu'une augmentation de 1,2 % aux salariés... De surcroît, au cours de la période 2009-2010, 3 000 emplois auront été supprimés dont 1 300 dans la recherche. En revanche, Sanofi-Aventis n'a pas oublié de verser 3 milliards d'euros à ses actionnaires, soit une augmentation des dividendes de 10 %, ni d'utiliser le reste des profits pour spéculer via le rachat de ses actions. Tous ces éléments confirment son choix d'investir sur les marchés financiers plutôt que dans l'humain et le progrès scientifique. Est-il anormal d'attribuer de l'argent public ou d'exonérer l'industrie pharmaceutique de certaines cotisations sociales patronales, sans formuler d'exigences et sans vérifier l'utilisation de ces aides ? C'est précisément pour répondre à ce manque que nous proposons de moduler les cotisations sociales patronales en fonction des choix économiques et sociaux de l'entreprise.

Financement : 41 milliards de pertes de recettes :

Intervention de Roland Muzeau sur l'article 23 (exonérations de cotisations sociales).

L'article 23 propose d'approuver pour 2011 un montant de compensation de 3,4 milliards d'euros pour le budget de l'État au titre des exonérations ciblées de cotisations sociales. Comme dans toutes les lois de finance-

ment de la sécurité sociale de ces quatre dernières années, ce montant sera inférieur au coût effectif des exonérations pour la sécurité sociale, aggravant la situation de dette de l'État envers les régimes de sécurité sociale. Nous ne cautionnons pas ce jeu de dupes et c'est la raison pour laquelle nous avons déposé un amendement de suppression. Pour 2010, le montant approuvé était de 3,5 milliards d'euros. Or l'écart entre les crédits de compensation votés en loi de finances et le coût final des exonérations dépasserait 500 millions d'euros. Pour 2011, vos prévisions sont encore plus basses. Le Gouvernement peut-il préciser quels dispositifs il entend limiter? S'agira-t-il des exonérations au titre des contrats d'apprentissage, des structures d'aide sociale et des entreprises d'insertion ou de l'exonération au titre de l'aide à domicile? Au-delà du seul champ des exonérations ciblées compensées, nous souhaitons attirer votre attention, par le biais de cet amendement, sur le coût excessif pour les finances sociales et le budget de l'État de ces nombreux dispositifs d'exonérations et d'exemptions d'assiettes de cotisations sociales, alors que leur efficacité quantitative et qualitative en termes d'emploi est mise en cause. En 2010, ces mesures d'exonération ont tout de même représenté 41 milliards de pertes de recettes. À elle seule, la réduction générale de cotisations patronales dite Fillon en représente plus de la moitié. L'exonération au titre des heures supplémentaires, c'est 3,2 milliards en 2011.

Vous nous dites que l'objectif de stabilisation des exonérations est atteint. La Cour des comptes estime quant à elle que le solde des exercices 2007 à 2010 est négatif: 3,1 milliards d'euros d'exonérations auraient été supprimées ou réduites, mais 4,1 milliards sont recensés au titre des créations ou des extensions de dispositifs d'exonération de cotisations sociales. Nous en concluons que, dans les faits, ce gouvernement continue de multiplier les dispositifs abaissant le coût du travail au titre de sa politique de l'emploi, au détriment de la protection sociale. En effet si, parmi ces allègements et exonérations, la part des exonérations compensées demeure prépondérante, plus de 3,1 milliards d'exonérations ciblées au titre de dispositifs de soutien à l'emploi ne sont pas compensés à la sécurité sociale et représentent donc une perte nette de recettes. Je pense à l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise ou encore au régime de l'auto-entrepreneur. En outre, s'agissant des allègements généraux compensés via un panier fiscal de recettes, le Gouvernement décide en toute connaissance de cause d'un montant insuffisant et ne corrige pas le tir quand le rendement du panier s'est révélé trop faible. Ainsi, en 2010, le panier fiscal compensant l'exonération au titre des heures supplémentaires devrait rapporter 3 milliards, alors que le coût des exonérations dépasse quant à lui 3,1 milliards d'euros. En 2011, la compensation restera incomplète.

Financement : Hold-up sur le fonds de réserve des retraites :

Roland Muzeau sur l'amendement 365 de suppression de l'article 28.

Nous avons voté contre l'article 9 du présent texte, organisant la reprise par la CADES de 130 milliards d'euros de dettes. Il déroge au principe d'affectation de ressources nouvelles et conduit notamment à allonger la durée de vie de cette caisse et à cannibaliser le Fonds de réserve pour les retraites. Par cohérence, nous proposons de supprimer le présent article qui a pour objet de fixer pour 2011 l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES, nécessairement en forte hausse, ainsi que les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites. Les recettes du FRR seront nulles, le Gouvernement ayant décidé de transférer pour l'essentiel la fraction de 65 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital à la CADES. Juridiquement, l'entité existera encore afin de pouvoir décaisser chaque année 2,1 milliards d'euros provenant de la vente de ses actifs au bénéfice de la CADES, mais ce sera un fonds fermé, en état de mort clinique. Bien que partageant l'objectif de lisser la bosse des retraites à l'horizon 2020-2030, afin d'éviter toute rupture dans le paiement des pensions, nous avons émis un certain nombre de critiques lors de la création de ce fonds à l'anglo-saxonne. Nous sommes néanmoins vent debout contre le pillage auquel se livre le Gouvernement pour boucler sa réforme des retraites et l'équilibrer à court terme, alors que notre rendez-vous devait avoir un objectif à long terme. Dans son principe même, l'utilisation brutale, intempestive du FRR, à la place d'une vraie réforme du financement de nos régimes de retraite, est condamnable parce qu'elle viole la lettre de la loi de 1998, selon laquelle il ne devait pas y avoir de décaissement avant 2020. Dans ses modalités, la mobilisation des actifs du FRR n'est pas non plus sans risque. Dans son rapport sur la gestion de la dette sociale, notre collègue Jean-Luc Warsmann a fait état de « la double rêverie » du Gouvernement concernant le Fonds de réserve des retraites. D'autres de nos collègues, je songe par exemple à Daniel Garrigue, ont fait part, à l'occasion de l'examen de l'article 9 de ce projet de loi, de leur désapprobation devant la manière dont étaient ainsi sacrifiés les actifs du Fonds de réserve, avec le sentiment d'assister à la braderie des « bijoux de famille ». Nous partageons ces réserves; c'est le sens de notre amendement de suppression.

Financement : ONDAM de compagnie !

Intervention de Martine Billard sur l'article 34 (ONDAM pour 2011).

On devrait se demander pourquoi l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) est souvent peu respecté. Il faudrait essayer de construire l'ONDAM sur des bases réalistes plutôt que de les sous-estimer en voulant seulement donner un signe lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Actuellement, en outre, les sous-objectifs de l'ONDAM sont peu détaillés, ce qui rend difficile de savoir quels sont ceux qui dérapent et quels sont ceux qui, au contraire, sont même parfois en dessous des objectifs fixés. Un problème se pose par rapport à l'ONDAM tel qu'il est fixé cette année, au regard de l'évolution du PIB et de l'inflation. On peut donc déjà s'inquiéter que l'ONDAM soit fixé à 2,9 % pour 2011, car il est fort probable qu'il sera dépassé. Mais un autre point me préoccupe. Quand un budget n'est pas respecté, c'est le Parlement qui décide, dans le cadre du collectif budgétaire, de son évolution au cours de l'année. Dans le cas des dépenses sociales, en revanche, c'est le comité d'alerte qui proposera des solutions au Gouvernement. Le Parlement n'est pas ressaisi sur les évolutions qui pourront être décidées, ce qui pose un problème de démocratie. En effet, il peut être prévu de geler ou d'annuler des crédits, voire de procéder à des coupes importantes, notamment de supprimer massivement des postes. Il y a donc, en fait, deux poids deux mesures. Au-delà de cet article, il faut donc engager un débat sur la manière dont est suivie l'évolution des dépenses sociales. À cet égard, je regrette, comme M. Prével, que nous n'ayons plus de débat de santé publique. Nous attendons en effet toujours le débat qui doit avoir lieu sur la révision de la loi de santé publique de 2004.

Accès aux soins : Abus sur les dépassements d'honoraires :

Martine Billard sur l'amendement 438 après l'article 35 visant à plafonner les dépassements d'honoraires (rejeté).

Cet amendement porte également sur les dépassements d'honoraires, et propose de les limiter à 15 % pour les actes techniques. J'ai entendu M. le rapporteur et M^{me} la ministre expliquer que, puisque l'information était fournie, la question était pratiquement réglée. Mais en admettant que cette information figure partout, ce qui n'est pas encore tout à fait vrai, lorsqu'un patient voit

l'annonce du dépassement d'honoraires, s'il a de petits moyens, il aura été informé, mais le dépassement demeure. Nous avons reçu beaucoup de rapports sur le sujet, dont un de l'IGAS, et il n'y a toujours pas de volonté de limiter ces dépassements d'honoraires. Lors du dernier PLFSS, M^{me} la ministre nous avait dit qu'il fallait miser sur la bonne foi des professionnels, et sur les bonnes pratiques, en clarifiant les notions de « tact et mesure ». Mais j'entends le même discours tous les ans depuis que j'ai été élue députée, en 2002, et il n'y a toujours pas eu de décision pour limiter ces dépassements d'honoraires. Rappelons qu'ils ont doublé en quinze ans : ils sont passés de 763 millions d'euros en 1990 à 2 milliards d'euros en 2005. On ne peut pas accepter cette explosion des dépassements d'honoraires, et penser que nos concitoyens vont continuer à pouvoir se soigner, quel que soit leur revenu. La réalité est là : de plus en plus de Français sont obligés de renoncer à des soins ou de les reporter, puisque ces dépassements d'honoraires ne sont presque pas pris en charge par les complémentaires, ce qui est logique, et les rares fois où ils sont pris en charge, les montants de cotisation sont tels que peu de nos concitoyens peuvent les payer.

L'IGAS note dans son rapport que si les dépassements d'honoraires baissaient des trois quarts, le renoncement aux soins ou les reports de soins diminueraient. Or, ils concernent aujourd'hui 26 % des Français. J'ai bien peur que ce débat soit sans fin, mais nous demandons avec constance qu'une vraie volonté politique impose une limite à ces dépassements d'honoraires, et que l'on n'en reste pas au « tact et mesure ». Nous en avons vu les résultats : le « tact et mesure », c'est un triplement des sommes perçues par les professionnels de santé qui ne font pas partie des catégories les plus défavorisées en France, puisque ce sont les spécialistes qui profitent le plus de ces dépassements d'honoraires, et non les généralistes qui sont ceux qui ont les plus petits revenus parmi les médecins.

Maisons de naissance : Accouchement dans la douleur :

Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 40 (maisons de naissance).

Madame la ministre, nous nous sommes prononcés contre cette disposition, pour des raisons liées à la sécurité de la mère et de l'enfant – que je ne peux développer car le temps m'est compté –, mais aussi pour d'autres motifs. Tout d'abord, je veux dire à mon tour que je comprends et partage la volonté des mamans, ainsi que des papas d'ailleurs, que l'accouchement se déroule dans les conditions les plus naturelles possible, c'est-à-dire dans

un environnement peu médicalisé, mais pas démedicalisé car, dans ce cas, la sécurité ne pourrait pas être assurée. L'accouchement doit en effet être rigoureusement surveillé; il implique de pouvoir réagir immédiatement avec des moyens médicaux, voire chirurgicaux. Il faut avoir ces éléments bien présents à l'esprit et ne pas raconter d'histoires à ce sujet. Ensuite, votre proposition, Madame la ministre, concerne uniquement des établissements privés. Or ces lieux de naissance où seraient réalisés des accouchements dans un environnement le moins médicalisé possible – dès lors que la grossesse se passe bien – peuvent exister aussi bien dans le privé que dans le public. Je ne vois pas pourquoi les femmes qui choisissent d'accoucher dans le public seraient privées de la possibilité d'être accueillies dans ce type de structures. Outre la sécurité, j'y insiste, c'est un point qui pose problème. J'ajoute que votre proposition me semble en contradiction avec le fait que des maternités ont été fermées parce que les accouchements n'y étaient pas suffisamment nombreux ou sécurisés. Par ailleurs, je m'étonne, moi aussi, du lobbying auquel nous sommes soumis. Aussi, je veux dire publiquement que nous n'avons jamais légiféré sous la pression de quelque lobby que ce soit et j'espère que nous ne le ferons pas davantage aujourd'hui, en particulier dans un domaine où, je le répète, la santé, voire la vie, est en jeu. Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que les progrès de la surveillance, des techniques et de la connaissance ont permis d'éviter que de nombreuses mamans ne meurent en accouchant chez elles dans des conditions dramatiques.

Hôpitaux : La convergence tarifaire en question :

Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 41 (convergence tarifaire).

Nous abordons ici une question tout à fait importante puisqu'il s'agit de la convergence tarifaire que vous vous obstinez à tenter d'imposer à marche forcée. Et qui évidemment ne fonctionne pas. Depuis 2005, nous n'avons cessé d'attirer votre attention sur le fait que ce modèle était inadapté aux missions, aux populations et aux contraintes qui incombent à l'hôpital public, sur l'absurdité de comparer – cela vient d'être redit – ce qui n'est pas comparable quand les tarifs des hôpitaux publics sont tout compris et ceux des cliniques privées ne comprennent ni les honoraires des médecins, ni les dispositifs implantables, ni les actes de biologie, d'imagerie, ni les transports, et je ne parle pas des dépassements d'honoraires. D'ailleurs, la Cour des comptes considère cette convergence « prématurée » et souligne « des change-

ments sur des bases non finalisées ». Pour résumer, nous sommes défavorables à une convergence des tarifs entre le privé, dont la motivation première est lucrative, et le public, dont le devoir est d'accueillir tous les patients, toutes les pathologies. Il semble d'ailleurs que vous ayez pris conscience de difficultés puisque vous avez commandé des rapports. Malheureusement, vous n'attendez pas le résultat de ces rapports pour prendre des dispositions, ce qui paraît complètement contradictoire. Vous avez ressuscité les dotations, ce qui est bien, encore qu'elles soient utilisées pour équilibrer des comptes et donc manquent là où elles devraient être; vous avez demandé un rapport sur la qualité, ce qui est également très bien. Mais, de grâce, avant d'imposer une harmonisation par le bas, attendez au moins les résultats des rapports qui sont commandés. Sinon, on se demande vraiment à quoi ils servent.

Branche AT-MP : Le travail fait mal :

Jacqueline Fraysse sur l'amendement 602 après l'article 49 visant à améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles (rejeté).

Dans son rapport, M. Diricq a formulé des recommandations pour lutter contre le phénomène de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des maladies professionnelles afin de mieux prévenir et de réparer toutes les atteintes à la santé des salariés, y compris d'ailleurs les atteintes à la santé mentale. Nous proposons qu'une réflexion d'ensemble soit initiée par le Gouvernement afin de permettre d'une part, l'actualisation, en fonction des connaissances médicales, des tableaux de maladies professionnelles selon une procédure plus transparente que celle en cours actuellement, d'autre part, un assouplissement des conditions d'accès à la voie complémentaire de réparation des maladies professionnelles. Je précise qu'une maladie non inscrite dans un des tableaux de maladies professionnelles peut être reconnue réparée lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et qu'elle est à l'origine d'un taux d'incapacité partielle supérieur ou égal à 25 %. Ce seuil est arbitraire, il empêche nombre de victimes de faire effectivement valoir leurs droits s'agissant de la réparation de leur maladie dont l'origine professionnelle est pourtant démontrée. Pour bénéficier du maintien à soixante ans de l'âge ouvrant droit à la retraite, le salarié doit justifier de lésions identiques à celles indemnisées au titre des maladies professionnelles à un taux d'incapacité de 25 %. Nous l'avons montré lors du débat sur le dispositif relatif à la pénibilité et à l'incapacité qui a eu lieu dans le cadre du projet de loi portant réforme des retraites, ce taux n'a

aucune valeur médicale, il est source de discriminations entre salariés, entre victimes du travail. Il nous semble nécessaire d'envisager sa suppression.

Branche famille : Le rabot de la République :

*Intervention de Jacqueline Fraysse sur l'article 54
(Suppression de la rétroactivité des aides au logement).*

Nous abordons seulement l'examen des articles concernant la branche famille, et je redis combien il serait souhaitable que nous ne traitions pas systématiquement de ces dispositions à la fin du PLFSS. Je veux noter d'emblée, Madame la ministre, que vous proposez deux mesures de rabotage à la fois inefficaces pour les comptes de la sécurité sociale et extrêmement préjudiciables pour les familles modestes et les jeunes. Vous avez loupé votre coup cet été, avec la tentative de suppression de la possibilité donnée aux étudiants et à leurs parents de cumuler l'aide personnalisée au logement et la demi-part fiscale par enfant à charge. Depuis, vous avez eu une nouvelle idée brillante, qui consiste à supprimer brutalement la ré-

troactivité de trois mois des aides au logement. L'objectif est de réaliser une économie de 240 millions d'euros, ce qui correspond à moins d'un dixième du déficit de la branche famille – et donc ne change en rien sa situation financière – mais surtout au non-versement de plus d'un million de prestations mensuelles, ce qui va faire des dégâts importants à l'heure où notre pays connaît une crise historique du logement, déjà aggravée par la loi Boutin.

Cette mesure est un véritable scandale, et je veux ici rappeler quelques chiffres qui semblent vous échapper : 400 000 demandeurs de logements sociaux en Île-de-France et 1,2 million sur l'ensemble du territoire ; une dépense logement moyenne pour les ménages qui est passée de 7 890 euros par an en 2002 à 9 700 euros en 2007, soit une augmentation globale de 23 % et de 32 % dans le secteur locatif privé, bien supérieure à celle de l'évolution des prix à la consommation pour cette période que vous persistez à garder comme référence. C'est donc un taux d'effort de 48 % pour les ménages les plus modestes dans le secteur privé. Évidemment, dans ce contexte extrêmement difficile, cette disposition incongrue est honteuse et inacceptable. Nous voterons contre.

Annnonce du Séminaire : Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ?

Première séance : jeudi 2 décembre, 19 h

Fondation Gabriel Péri

11, rue Étienne Marcel, Pantin (93500) Métro Hoche

Lors de cette soirée inaugurale, **Michel Limousin** a présenté la problématique d'ensemble du séminaire et le déroulement des séances suivantes, et le professeur **Olivier Saint-Jean** a témoigné de sa vision d'ensemble de la crise de l'hôpital public en avançant ses propres réflexions sur des réformes indispensables.

Michel Limousin est médecin généraliste au Centre de santé de Malakoff. Il a cosigné cette année un livre sur la « Protection Sociale en danger » aux *Editions du Temps des Cerises* avec **Catherine Mills**.

Olivier Saint-Jean est Chef de service à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

Entrée libre. Le nombre de place étant limité, merci de vous inscrire par mail à l'adresse inscription@gabriel-peri.fr. Les dates des séances ultérieures seront communiquées régulièrement sur le site de la fondation

La crise que traversent les hôpitaux publics ou participant au service public est profonde, durable, et s'aggrave d'année en année. Une analyse mérite d'être conduite de façon à dégager des perspectives.

La crise hospitalière et la recherche d'une issue de progrès impliquent la prise en compte de différentes données. Il ne s'agit en aucun cas de prêcher l'immobilisme. En effet, le développement des sciences médicales oblige à une remise en cause permanente des pratiques hospitalières. L'évolution incessante des techniques justifie des transformations organisationnelles et des investissements importants. Les besoins des patients se transforment avec l'allongement de la vie, le développement des maladies chroniques, l'apparition de nouvelles pathologies. Les modes de vie de la population imposent des aspirations nouvelles dans les prises en charge. Des missions nouvelles se font jour dans le domaine de la prévention, de la formation des personnels, et de la recherche.

Ainsi la crise économique impacte de plein fouet les établissements. La crise du financement de l'Assurance-maladie, principal bailleur de fond de l'hôpital, est au premier plan des problèmes.

Le manque d'investissements, l'inadaptation des locaux, la régression des statuts des personnels, la pénurie de professionnels de santé, la bureaucratisation, les fermetures incessantes de services, le recul des réponses de proximité, toutes conséquences des politiques libérales

appliquées à l'hôpital, plongent celui-ci dans un marasme sans précédent.

Enfin, les réformes des modes de financement (T2A, endettement massif des établissements, surtaxation des hôpitaux par l'État, transferts de charge) conduisent à une situation catastrophique. Les maîtres mots sont privatisation, commercialisation, marchandisation et réduction des coûts publics.

Nous proposons donc une étude scientifique pour établir un diagnostic sérieux et avancer des solutions radicales et cohérentes, en rupture avec les logiques libérales. Il s'agit d'écouter les professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs, les gestionnaires, les représentants des usagers et les usagers eux-mêmes et de susciter les études et approfondissements nécessaires. Les économistes de la santé et les spécialistes de l'organisation des établissements, les chercheurs et les universitaires seront consultés.

Il s'agirait de partir des besoins de santé des populations. Une autre efficacité sanitaire, économique et sociale doit être mise en avant dans la perspective d'une avancée de civilisation où la personne humaine sera au cœur du dispositif.

Cela obligera à mettre en avant l'exigence d'une autre réforme du financement comme de l'organisation et de la gouvernance de l'hôpital et du système de santé

Les travaux sont prévus sur une durée de deux ans. Ils donneront lieu à diverses publications. Une publication régulière dans « Les Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale » permettra de diffuser les travaux du séminaire.

Ce séminaire est dirigé par **Catherine Mills**, Maître de conférences honoraire à l'Université de Paris 1, spécialiste d'économie de la protection sociale et de la santé, auteure de nombreux ouvrages sur le sujet, et membre des Commissions *Economique et Santé et Protection sociale* du PCF.

Séances prévues :

- les besoins des populations (2 réunions) ;
- l'organisation de l'hôpital (2 réunions) ;
- le financement (2 réunions) ;
- la psychiatrie ;
- les urgences et le lien avec la médecine de ville
- synthèse des travaux