



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°31
Janvier
2019



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

M. Michel MASO, Directeur administratif des Cahiers, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
Dr Michel LIMOUSIN, Rédacteur en chef des Cahiers,
M. Jacques BÉNÉZIT, Secrétaire de Rédaction.

Comité de rédaction

Dr Félix ATCHADE, médecin de santé publique
Dr Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de *Progressistes*,
Pr. Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
Dr Alain BRÉMAUD, Médecin syndicaliste,
Dr Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,
Dr Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste,
Mme Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur d'hôpital, Membre du Collège Exécutif du PCF, Vice Président de la Région
Midi Pyrénées
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
Dr Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté
de Médecine Pierre et Marie Curie,
Dr Richard LOPEZ, Ancien Président de la FNCS,
Dr Claire MEIGNAN, Médecin directeur du CMS de Vitry,
Mme Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'*Économie et Politique*,
Mme Régine RAYMOND, Présidente de la FNFCEPPCS, Directrice administrative du CMS d'Aubervilliers,
M. Jacques RIGAUDIAT, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes,
M. Jean-Charles VERHEYE, Université Paris Nord-Paris 13, Docteur en pédagogie de la santé, Santé publique,
Mme Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
Dr Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,†

Comité de lecture

Dr Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
Dr Michèle LEFLON, Médecin anesthésiste,
Dr Éric MAY, Médecin Directeur de la santé & du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins
de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

Le peuple n'est pas un enfant

Par le D^r Michel Limousin Page 7

Articles:

Emplois, chômage, statuts et métiers, 1949 - 2017. A propos de quelques évolutions structurelles remarquables. Note pour le séminaire « les transformations de la structure sociale contemporaine » de la Fondation Gabriel Péri. Séance du 25 septembre 2018

Par Jacques Rigaudiat, Conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes Page 9

La Loi « Travail » : des dispositions pénalisantes pour les victimes d'AT-MP dans un contexte devenu défavorable

Par le Dr Alain Carré, Médecin du travail Page 26

Maladie professionnelle indemnisable, Maladie à caractère professionnel : quel intérêt ?

Par le Dr Nadine Khayi, Médecin du travail Page 29

Quelle Europe de la santé et de la protection sociale voulons-nous ?

Par le Dr Fabien Cohen, Membre du Conseil national du PCF Page 36

Le droit d'accès universel à la santé, les restrictions imposées par les mémorandums et la politique du gouvernement grec ces trois dernières années (2015-2018)

Par le Dr Yannis G Baskozos, Membre du Comité central de SYRIZA
Secrétaire Général de la Santé Publique du gouvernement grec Page 43

Réforme des retraites : mission impossible ou mission cachée ?

Par Henri Sterdyniak, Membre des économistes atterrés Page 49

Retraites : quels objectifs pour une réforme de progrès ?

Par Sylvie Durand, Militante syndicale Page 55

<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 58
-------------------------------------	---------

Les notes de lecture

« Le retour des domestiques » <i>La république des idées, Edition du Seuil, de Laurent Carbonnier et Nathalie Morel</i> Par le Dr Michèle Leflon	Page 66
« Le plafonnement des indemnités prud'homales, symptôme de la fracture interne de l'Etat. » <i>Le Monde, éditions des 6 janvier 2019, 13, 15 et 19 décembre 2018, 11 septembre 2018 et 9 mars 2016</i> Par Mme Audrey Thory, professeur agrégée de lettres classiques	Page 68
« HESAMAG n°18 » Par le Dr Nadine Khayi	Page 70
« Le numérique au secours de la santé » Par le Dr Nadine Khayi	Page 71

Documents

<i>Mesures sur la CSG et éléments de cadrage sur le financement de la protection sociale en France</i> Par Mme Fanny Chartier	Page 73
<i>Augmentation du SMIC, des salaires : Chiffrages et logique</i> Par Frédéric Boccard & Clément Roll	Page 79
<i>Déclaration de Barcelone du 16 novembre 2018</i>	Page 84
<i>La création d'un centre de santé répond-elle aux attentes initiales de leurs promoteurs ? Enquête par entretien à au moins un an de l'ouverture des CDS créés en France au cours des 5 dernières années. Synthèse de la thèse d'Etat de Docteur en médecine soutenue à Rennes par Boris Campos Jarquin le mardi 30 octobre 2018</i> Par la rédaction	Page 85

Éditorial

Le peuple n'est pas un enfant

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

Le mouvement des Gilets Jaunes né cet automne porte essentiellement deux revendications exprimées sous des formes diverses : la première porte sur le pouvoir d'achat et le second sur la démocratie. Cette association de revendications sociales et de revendications politiques est une forme nouvelle de démarche populaire car elle mélange deux thématiques que la société avait progressivement séparées : l'une était l'affaire des syndicats et l'autre des partis politiques.

La première revendication sociale exprime le fait que depuis des années toute progression de création de richesses est confisquée par la haute bourgeoisie : le libéralisme est un discours qui justifie la progression des inégalités et n'offre rien au peuple si ce n'est l'austérité à vie, la pression sociale, la culpabilisation des démunis, des chômeurs et des retraités. Au bout d'un certain temps la situation est devenue insupportable à ceux qui la subissent. Ils ont parfois du mal à faire la part des choses entre trop de taxes ou d'impôts pour les petits, des demandes de plus de services publics, des demandes d'augmentation des salaires et des retraites. Quant à la revendication politique, elle exprime clairement les limites de la démocratie représentative dans la mesure où les élections n'arrivent pas à impulser des politiques nouvelles. Le système de la cinquième république bloque toute évolution qui pourrait remettre en cause l'ordre établi entre les classes sociales. L'hyper-présidentialisme de Macron est la négation de la démocratie car il dessaisit le peuple de toute possibilité de décision.

Face à cette situation, le pouvoir manœuvre. Il joue la carte du pourrissement, de la violence suscitée et s'appuie sur des actions de nature à dévoyer la revendication sociale de base. Ainsi a-t-il l'outrecuidance de demander quels services publics fermer pour réduire les impôts : l'école ? Les hôpitaux ? La justice ? Voire il encourage toute action de nature à diviser les forces populaires comme par exemple soutenir sans en avoir l'air des listes GJ pour les européennes. Si on n'y prend garde, il serait capable de retourner à son profit la démarche des GJ. On dit parfois que le pouvoir ne comprend pas ce que veulent les Gilets Jaunes : oui, si on analyse certains discours de gens qui semblent à mille lieues de ce que vivent les

classes populaires qu'ils avaient fini par oublier. Non, si on regarde la stratégie et les tactiques du pouvoir qui n'entend en rien céder quoi que ce soit sur l'essentiel. Il joue la montre, la division, la peur.

Pour notre part, que faire ? Il me semble qu'il faut aider à donner des arguments cohérents afin que les fondamentaux indispensables la protection sociale ne soient pas balayés par des raccourcis dangereux. Oui les cotisations salariales et patronales sont plus que jamais nécessaires. Oui, il faut augmenter les salaires. Oui, il faut que l'État ait les moyens d'une politique juste. Oui, il faut défendre les retraites par répartition. Oui, il faut une réforme fiscale qui mette fin à l'évasion fiscale et qui mette à contribution sérieusement les plus riches. Oui, il faut des politiques territoriales qui ne laissent aucun territoire de côté. Oui, il faut une politique d'État qui développe la création de richesses : une politique industrielle dynamique dans des secteurs d'avenir, une recherche fondamentale et appliquée publique de haut niveau et une prise en compte des impératifs écologiques. Oui, il faut reprendre le contrôle de la monnaie et maîtriser la finance.

Le peuple n'est pas un enfant : il n'est pas dupe. Les acteurs du monde de la santé et de la protection sociale qui le côtoient tous les jours peuvent apporter leur contribution pour sortir d'une situation qui n'est pas inextricable comme semble le croire le pouvoir.

Articles

Emplois, chômage, statuts et métiers 1949-2017

À propos de quelques évolutions structurelles remarquables. Note pour le séminaire « les transformations de la structure sociale contemporaine » de la Fondation Gabriel Péri Séance du 25 septembre 2018.

Par Jacques Rigaudiat,
Conseiller maître honoraire à la Cour des comptes

N.D.L.R. : Cette analyse fine et détaillée des évolutions structurelles de l'emploi, du chômage et des statuts et métiers en France entre 1949 et 2017 est particulièrement intéressante pour comprendre les grands changements qu'a connus notre pays depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, changements dont nous n'avons peut-être pas complètement conscience en particulier sur le monde des agriculteurs, l'emploi des femmes et le niveau d'études de la population. Cette étude est sans doute un maillon d'explications à la crise que nous traversons actuellement et qui voit le monde rural se révolter contre les « urbains » et un grand nombre de femmes, vivant souvent seules avec leurs enfants, se mobiliser contre une vie trop chère qui les conduit à accepter des emplois précaires et à temps partiel qui ne leur permettent plus de vivre décemment. Une vraie politique de protection sociale doit tenir compte des paramètres exposés ici.

1. Partie I : 1949-2017

Éléments pour un bilan

1. Les grandes lignes de forces d'un bilan de long terme⁽¹⁾.

Le bilan d'ensemble de l'évolution de la population active au cours des soixante dernières années (cf. Tableau 1) peut, du moins en première analyse, être résumé par quelques constats arithmétiques simples :

- Une croissance de l'ordre de 10,5 millions de personnes de la population active ;
- Dont celle du chômage — du lendemain du premier choc pétrolier à aujourd'hui — a absorbé de l'ordre de 2,5 millions. C'est pourquoi, la population active occupée n'a, en définitive, progressé que de l'ordre de 8 millions de personnes, et cela relativement tardivement, après le début des années soixante ;
- La « fin des paysans »⁽²⁾ (moins 3,5 millions) et la diminution drastique (moins 0,5 million) des artisans et commerçants ont marqué la rapide régression des professions « indépendantes ».
- Ces évolutions recouvrent donc une très forte création d'emplois salariés (12 millions) sur la période. Celle-ci a ainsi vu s'affirmer l'hégémonie (et peut-être aussi, on le verra, son acmé) sans partage du salariat entendu en son sens « classique ». Le taux de salarisation qui était de 56 % au début du XX^e siècle, et encore du même ordre au lendemain de la Libération est maintenant proche des 90 %. Il était encore de l'ordre de 70 % au début des années soixante.

1 Cette première partie s'appuie pour l'essentiel sur le travail d'O. Marchand : « 50 ans de mutations de l'emploi », Insee 1^{ère}, N° 1312, septembre 2010. L'analyse qui y est faite ne portant que sur la période 1962-2007, je l'ai prolongée par les deux bouts en lui intégrant les données du recensement de 1954 et de l'enquête emploi de 2017. Par ailleurs ; lorsque cela était possible et nécessaire, je les ai complétées par les chiffres concernant 1949, repris du classique J.J. Carré, P. Dubois, E. Malinvaud « La croissance française », Seuil 1977. S'agissant ici d'une analyse portant sur le long terme, il doit être présent à l'esprit du lecteur que, afin de donner une certaine continuité aux données, il a fallu ici utiliser des sources et des nomenclatures apparemment homogènes, alors même que celles-ci ont, entre-temps évolué, parfois même profondément. C'est vrai des nomenclatures socio professionnelles (PCS a succédé à CSP), comme des méthodologies d'enquête (c'est vrai tant des recensements que des enquêtes emploi). Même si, au prix de quelques retraitements une relative homogénéité des données a pu être préservée, celle-ci est bien loin d'être satisfaisante. Plutôt qu'à des chiffres faussement précis, on s'attachera donc ici à des évolutions et à leur sens.

2 « La fin des paysans », H. Mendras, 1967, rééd. Actes Sud, 1992.

Tableau 1. Évolution de la population active par catégorie socio professionnelle, 1954-2017.

En milliers	1954	1962	1975	2017	répartition 1954	répartition 2015
Agriculteurs exploitants	3 907	3 045	1 691	440	15,9%	1,6%
Artisans commerçants	2 265	2 084	1 766	1 739	10,9%	6,5%
Cadres sup, prof libé	547	892	1 496	4 831	4,7%	18,0%
Professions intermédiaires	1 095	2 114	3 394	6 903	11,0%	25,8%
Employés	2 038	3 535	4 786	7 303	18,5%	27,3%
Ouvriers*	7 511	7 488	7 781	5 585	39,1%	20,8%
Pop active occupée	18 872	19 158	20 914	26 880	100,0%	100,0%
Chômeurs	313	330	808	2 788		
Pop active totale	19 185	19 488	21 722	29 668		

* Y compris salariés agricoles

Source: INSEE, recensements, sauf 2017, enquête emploi.

- S'agissant du salariat, deux faits structurants de la période sont à souligner. Le premier est majeur et concerne les ouvriers: leur nombre a culminé en 1974 et n'a depuis lors cessé de se réduire sans aucune interruption (près de 2,5 millions de personnes en moins)
- Le second fait concerne les secteurs d'activité économique, puisque le déclin ouvrier est allé de pair avec celui de l'industrie. La croissance de l'emploi a ainsi totalement reposé sur l'essor et la croissance continue du, ou plutôt des tertiaire(s) qui représente(nt) désormais un peu plus des ¾ de l'emploi (cf. Tableau 2).

Tableau 2. Structure des emplois par grand secteur d'activité économique.

En %	1949	1962	1975	2016
Agriculture	29.2	20.6	10.0	2.8
Industrie	29.5	29.8	29.5	13.8
Construction	5.5	8.7	9.1	6.6
Tertiaire	35.8	40.9	51.4	76.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: INSEE, recensements, sauf 2016 enquête emploi et 1949 calculs de l'auteur d'après « La croissance française », Dubois, Carré, Malinvaud, éd du Seuil, 1977.

De la Libération à aujourd'hui, en quelque ¾ de siècle, la France est ainsi passée d'une économie encore fortement agricole et faiblement productive (l'agriculture représentait de l'ordre de 1/5 de la production et 30 % de la population active en 1945⁽³⁾) et rurale à une société postindustrielle (cf. Tableau 2) et urbaine.

On notera à ce propos, la polarisation extrême des emplois d'encadrement selon les territoires concentrés qu'ils sont dans les grands pôles urbains, polarisation strictement inverse à celle des ouvriers non qualifiés (cf. Tableau 3). Comme l'indique à cet égard l'INSEE: « La part des emplois de cadres et de professions intellectuelles supérieures double sur les trente dernières années, pour atteindre 17,5 % des effectifs en 2014 en France métropolitaine. Celle des employés non qualifiés progresse également, passant de 8,3 % en 1982 à 12,9 % en 2014. Avec le recul de l'industrie, les ouvriers non qualifiés n'occupent plus que 8,4 % des emplois, soit deux fois moins qu'en 1982. La croissance des emplois de cadres et professions intellectuelles supérieures et d'employés non qualifiés concerne aussi bien les grandes que les petites communes, alors que la suppression des emplois d'ouvriers non qualifiés est particulièrement forte dans les grandes villes, où l'industrie cède la place au tertiaire. »⁽⁴⁾

3 Et encore 51% en 1876 !!!

4 « Cadres et employés non qualifiés, les deux moteurs de l'emploi dans les territoires », L. Bisard, INSEE 1^{ère}, N° 1674, novembre 2017.

Tableau 3. Importance relative des emplois par territoire (France métr.) en 2014.

En %	Cadres supérieurs	Employés Non qualifiés	Ouvriers Non qualifiés
Villes centres Pôles Urbains plus de 100.000	25.1	11.7	4.8
Banlieues P.U de plus de 100.000	22.2	12.0	7.0
Autres grands P.U.	12.7	13.4	8.9
Couronnes de grands P.U.	10.1	14.7	11.5
Moyennes et petites aires	9.6	14.3	11.9
Communes hors influence des P.U.	7.2	14.4	13.1
Communes multi polarisées	7.6	14.4	13.9
ENSEMBLE	17.5	12.9	8.4

Source : Insee

Du point de vue d'ensemble qui nous occupe ici, cette période est ainsi, au total, marquée par trois évolutions majeures.

La première, qui court depuis la Libération et se poursuit aujourd'hui encore, est la fin de l'agriculture paysanne. Même si notre imaginaire social reste tout empreint d'une nostalgie ruralo-agricole, cela ne peut oblitérer ce fait objectif — sur lequel on reviendra — que les agriculteurs (moins de 450 000 personnes) sont aujourd'hui moins nombreux que les aides-soignants(e)s (600 000) ou les aides à domicile et ménagères (536 000) et désormais en nombre inférieur à celui des assistantes maternelles (468 000)... À cet égard, le succès spectaculaire que rencontre chaque année le salon de l'agriculture apparaît au moins autant comme relevant de l'entretien attentif d'un mythe, que comme un évènement strictement professionnel ! En somme, en ces quelques décennies, la France qui avait encore à la Libération un emploi agricole relatif plus important que l'Angleterre de la première moitié du XIX^e siècle⁽⁵⁾, aura accompli de ce point de vue plus que l'équivalent des deux vagues d'enclosures, dont Marx a en son temps rappelé ce qu'elles furent et ce qu'elles coûtèrent...

La seconde, non moins majeure, est celle qui s'initie avec le premier choc pétrolier de 1973-1974, consécutif aux deux évaluations du dollar et à la fin des accords de Bretton Woods. Avec le retour à une croissance séculaire qui s'ensuit, c'est la fin des « Trente Glorieuses » et avec elle le déclin relatif de l'industrie et celui absolu du groupe des ouvriers. On se contentera pour l'instant d'indiquer que « cette désindustrialisation est inscrite dans les chiffres de l'emploi passé de 15 à 10 % du total

au cours des vingt dernières années, de la part dans la valeur ajoutée passée de 15 à 11 % ».⁽⁶⁾

Enfin, la dernière, qui elle aussi s'ouvre avec le premier choc pétrolier, aura largement structuré le débat public, elle est celle de l'explosion du chômage et des formes précaires d'emploi. On verra que cette période-là est l'occasion d'une très profonde recomposition des couches populaires, comme celle de l'affirmation, — sinon de l'hégémonie — d'une (petite et moyenne) bourgeoisie salariée.

2. Une triple nouveauté : une population active en croissance, désormais féminisée et formée.

S'agissant de la population active, la France a connu au cours de ces quelques décennies une triple novation.

Elle est d'abord quantitative (cf. Tableau 3) : plus de 11 millions d'actifs supplémentaires depuis la fin de la seconde guerre mondiale, c'est, pour la France, une rupture majeure au regard de son passé. En effet, de la fin du XIX^e à la Libération, la population active française est restée inchangée ; cela en dépit de la réintégration de l'Alsace-Moselle en 1918, mais avec il est vrai les saignées dues aux deux guerres mondiales. Ce n'est ainsi qu'en 1968 que la population active retrouvera son niveau d'avant-guerre... Encore faut-il souligner que l'essentiel de cet accroissement ne s'est produit qu'à partir du milieu des années soixante avec, en particulier, l'arrivée progressive des générations du « baby-boom » d'après-guerre. Une importante composante de cette évolution aura donc été de nature que l'on qualifiera provisoirement de démographique.

5 Cf. E. J. Hobsbawm, « Histoire économique et sociale de la Grande-Bretagne », Seuil, 1977

6 Sur ce point, cf. « L'industrie française entre déclin et renouveau », J.L. Gaffard, OFCE, Policy brief n°13, 27 mars 2017.

Tableau 3 Évolution de la population active, 1896-2016

En milliers	1896	1936	1949	1962	1968	1975	1983	2017
Population active	19 490	20 260	19 500	19 488	20 398	21 722	23 306	29 668

Sources : jusqu'en 1954 « La croissance française », op. cit, puis INSEE recensements, pour 2017 enquête emploi.

Mais, entendue en un sens strict, la démographie ne saurait — et de très loin — à elle seule épuiser l'explication de cette évolution. Le progressif développement de l'activité professionnelle salariée des femmes, particulièrement spectaculaire dans la dernière période, aura été l'autre composante de ce mouvement (cf. Tableau 4). Ainsi, le taux d'activité des femmes a progressé de 3,1 points entre 2006 et 2016, alors que, sur la même période, celui des hommes est quasiment resté stable. En dépit de cela, et même si désormais les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à occuper un emploi salarié, les écarts de taux d'activité restent cependant encore marqués entre hommes et femmes : en 2016, en France, 67,6 % des femmes de 15-64 ans sont actives, contre 75,4 % des hommes⁽⁷⁾.

Tableau 4.
Évolution du taux d'activité des femmes en %.

1962	1968	1975	1982	1990	2016
34.2	34.6	36.7	39.4	42.4	67.6

Source : INSEE recensement, sauf 2016, enquête emploi.

Il reste que ce rapprochement relatif et tardif des situations est encore très largement en trompe-l'œil. Non, comme on pourrait le penser, parce que les femmes subiraient globalement la précarité de l'emploi de façon manifestement plus lourde que les hommes : leur taux de chômage est désormais légèrement plus faible (9,9 % contre 10,3 % pour les hommes, en 2016) et si elles occupent, plus que les hommes, des emplois en CDD (12,3 % contre 8,6 %), elles sont en revanche deux fois moins nombreuses à être intérimaires ou apprenties. Au final, le taux de CDI n'est que très faiblement différent : 85,1 % pour les femmes contre 85,4 % pour les hommes.

La différence manifeste est ailleurs et elle est double. D'abord, bien sûr, dans les places occupées : ainsi, seules 14,8 % des femmes exercent un emploi de cadre

contre 20,4 % des hommes. Et l'on sait par ailleurs combien — on reviendra sur ce point ultérieurement — à l'autre extrémité du spectre social elles demeurent très cantonnées à des métiers à faible rémunération. Ensuite, parce qu'elles sont tout particulièrement touchées par le sous-emploi et le temps partiel⁽⁸⁾. En 2016, ce dernier concernait 30,2 % des femmes, contre seulement 8,2 % des hommes.

On ajoutera, pour ne pas oublier une évolution singulière qui a marqué la toute dernière période et va à rebours d'une évolution jusqu'alors tendancielle⁽⁹⁾ : entre 2006 et 2016, le nombre d'actifs a augmenté de 1,0 million de personnes, essentiellement du fait d'un taux d'activité des 15-64 ans qui a progressé de 1,9 point. Or, comme le souligne l'INSEE : « *cette hausse est avant tout portée par les seniors : entre 2006 et 2016, en France métropolitaine, le nombre d'actifs âgés de 50 à 64 ans a augmenté de 1,7 million et leur taux d'activité de 8,4 points (dont 7,4 points au titre de l'emploi). La participation croissante des seniors au marché du travail, ininterrompue malgré la crise de 2008, est liée aux réformes des retraites et aux restrictions d'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité (dispense de recherche d'emploi, préretraite, retraite anticipée).* »⁽¹⁰⁾

Enfin, dernier phénomène majeur de la période, l'essor de la formation. Les transformations (cf. tableaux 5 et 5 bis) sont ici spectaculaires. Alors que jusqu'au début des années soixante, près de 8 actifs occupés sur dix n'avaient tout au plus que le CEP, ils sont aujourd'hui moins de 1 sur 8. Alors que moins de 10 % de la population en emploi avait au moins le bac au début des années soixante, ils sont désormais près de 60 %. À l'autre

7 Ceci peut ressembler à un paradoxe, c'est pourtant bel et bien une réalité qui s'explique par deux faits simples : tout d'abord le taux de chômage des femmes est (depuis 2013) inférieur à celui des hommes ; enfin, les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes parmi les non-salariés. Voilà pourquoi, en dépit d'un taux d'activité plus faible, les femmes sont désormais aussi nombreuses que les hommes dans le salariat.

8 Ce sujet du temps partiel mériterait à lui seul un développement propre. Soulignons que dans le pays où il est le plus développé, les Pays-Bas, plus de la moitié des emplois sont désormais à temps partiel... Et qu'il se développe désormais massivement partout. Le temps partiel est ainsi une échappatoire, centrale pour le capitalisme, à la nécessité de la réduction du temps de travail et il repose de manière quasiment exclusive sur les femmes.

9 Sur cette période, le taux d'activité des hommes est ainsi resté stable alors qu'il se réduisait de façon tendancielle depuis qu'une statistique existe. Cela du fait, d'une part, de la progression de l'âge de fin de scolarité et, d'autre part, de l'abaissement tendanciel de l'âge de cessation d'activité.

10 « *Une photographie du marché du travail en 2016* », S. Beck et J. Vidalenc, Insee 1^{ère} N° 1648, mai 2017.

extrémité, alors que le niveau du supérieur concernait moins de 1 actif sur 40, ils sont désormais près de 4 sur 10 à y avoir suivi des études. Encore s'agit-il là de chiffres portant sur le « stock » des actifs dans l'emploi, avec tous les effets de rémanence que cela entraîne, et non du flux des nouveaux entrants.

Tableau 5. Répartition de la population active selon l'âge de fin d'études⁽¹¹⁾ en %

	1901	1946	1954	1962	1968
Illettrés	12	2	1	1	1
7 à 9	14	1	1	-	-
10 à 12	17	4	2	1	1
13 et 14	40	65	65	61	57
15 à 18	12	20	23	27	30
19 à 21	4	5	6	7	7
22 et +	1	3	2	3	4
Total	100	100	100	100	100

Source : « La croissance française », op. cit.

Tableau 5 bis Évolution des niveaux de diplôme des personnes en emploi en %.

	1962	1975	2017
Aucun diplôme, ou CEP	78.5	56.6	12.3
BEPC, CAP,	13.0	25.7	29.2
Bac ou équivalent	5.8	9.3	20.2
Supérieur	2.7	8.4	38.3
Total	100.0	100.0	100.0

Sources : « 50 ans d'évolution... » op. cit. ; 2017, Enquête emploi

Au final, et pour résumer la situation à son essentiel : après une stabilité de la population active jusqu'au début des années soixante, qui se situait dans le strict prolongement de l'évolution séculaire, la France aura par la suite, plus que beaucoup d'autres pays, connu une très importante croissance de sa population active.

Tableau 6. Évolution de l'accroissement annuel de la population active: 1949-2015.

En milliers	49-62	62-75	75-83	83-15
	0	72	198	217

Encore faut-il souligner combien dans ce mouvement la démographique, stricto sensu, n'aura joué qu'un rôle

relativement limité. Le développement de l'activité féminine a été un élément essentiel, voire prépondérant (cf. Tableaux 7 et 7 bis).

Tableau 7. Évolution de la population active selon le sexe

	1968	2017	Évolution
Femmes	7 050	14 260	+ 7 210
Hommes	13 256	15 396	+ 2 140
Ensemble	20 306	29 656	+ 9 340

Tableau 7 bis. Évolution de la population active occupée selon le sexe.

En milliers	1962	2017	Évolution
Femmes	6 927	12 932	+ 6 005
Hommes	12 606	13 948	+1 342
Ensemble	19 533	26 880	+ 7 347

Source : Insee, enquêtes emploi.

En effet, l'évolution de la population active est due pour les 3/4 à l'accroissement du nombre de femmes actives ; quant aux emplois, 82 % de ceux créés pendant cette période ont été occupés par des femmes.

3. L'explosion du chômage et de la précarité.

C'est donc dans ce contexte général qu'il faut situer l'autre évolution qui aura marqué cette période : celle de l'explosion du chômage et, corrélativement, de la précarité. Autant dire que dans la période qui a vu coexister stabilité de la population active et croissance économique, la question ne se posait pas, ou guère, le nombre des chômeurs est alors resté confiné aux alentours de 200 000 à 300 000 personnes. Ainsi, en 1962-1963, l'intégration — économique s'entend — des quelques 700 000 rapatriés d'Algérie s'est alors faite sans difficulté majeure. Les choses n'ont à vrai dire réellement commencé à se modifier qu'au lendemain de 1968, avec l'arrivée des premières générations de baby-boomers sur le marché du travail.

Mais par la suite, la conjonction de la poursuite de la progression de la population active et du ralentissement de la croissance fut évidemment, de ce point de vue, explosive. Aussi, alors qu'il était de l'ordre de 2 % tout au long des années cinquante et du début des années soixante, et encore de 3 % à la veille du premier choc pétrolier, le taux de chômage explosa brutalement pour

11 Soulignons au passage que, jusqu'en 1946, ces données ne portent que sur la seule population active masculine !

passer le seuil des 10 % en 1983. Comme l'écrivait l'Insee : « une cassure nette se produit en 1974 et 1975 : en deux ans le taux de chômage qui était de 3 % fin 1973 passe à 5 % fin 1975 »⁽¹²⁾.

Hausse de la population active et faible croissance des effectifs employés, les conséquences furent ravageuses. Sur cette période charnière, pendant laquelle tant le régime sociodémographique de la population active que celui, économique, de la création d'emploi se sont radicalement transformés, l'accroissement de la population active s'est partagé grosso modo pour moitié entre accroissement de l'emploi et du chômage et (cf. Tableau 8).

12 « Les traits majeurs du chômage depuis 20 ans », Cl. Thélot, Economie et statistique, N° 183, décembre 1985.

Tableau 8. Population active, emploi et chômage, de 1968 à 1990*.

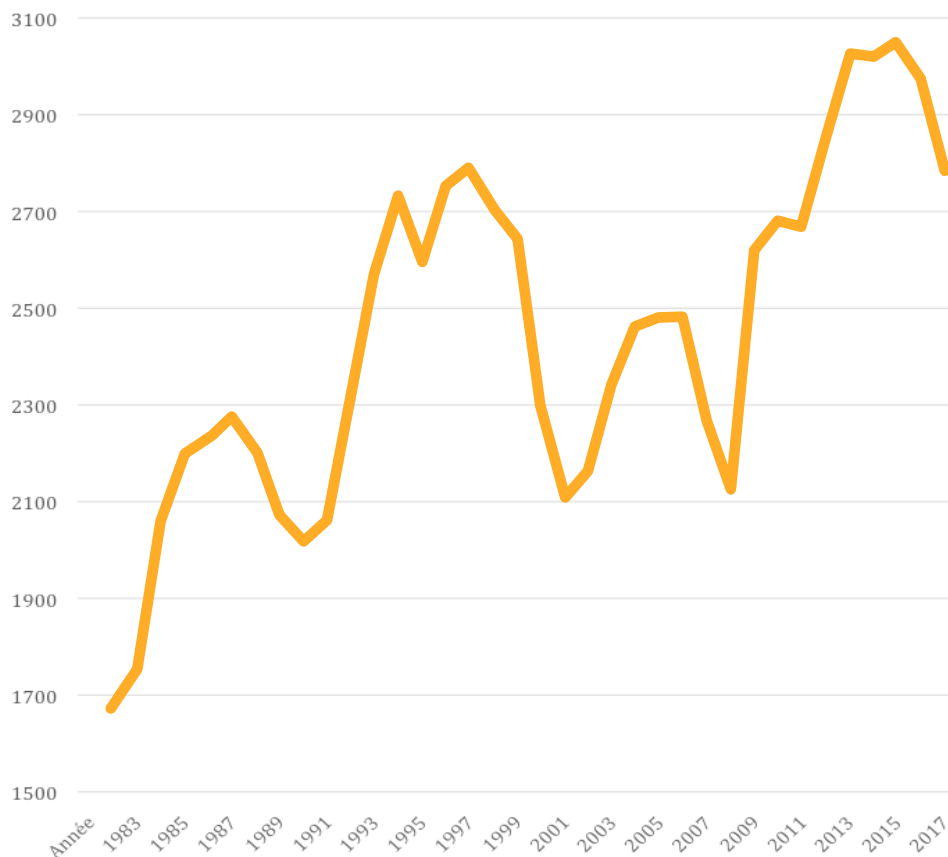
En milliers	1968	1975	1982	1990	Evolution 68-90
Population active	20 640	22 042	23 804	25 287	+ 4 647
Emploi total	20 204	21 211	21 725	22 502	+ 2 298
Chômeurs	436	831	2 079	2 785	+ 2 349

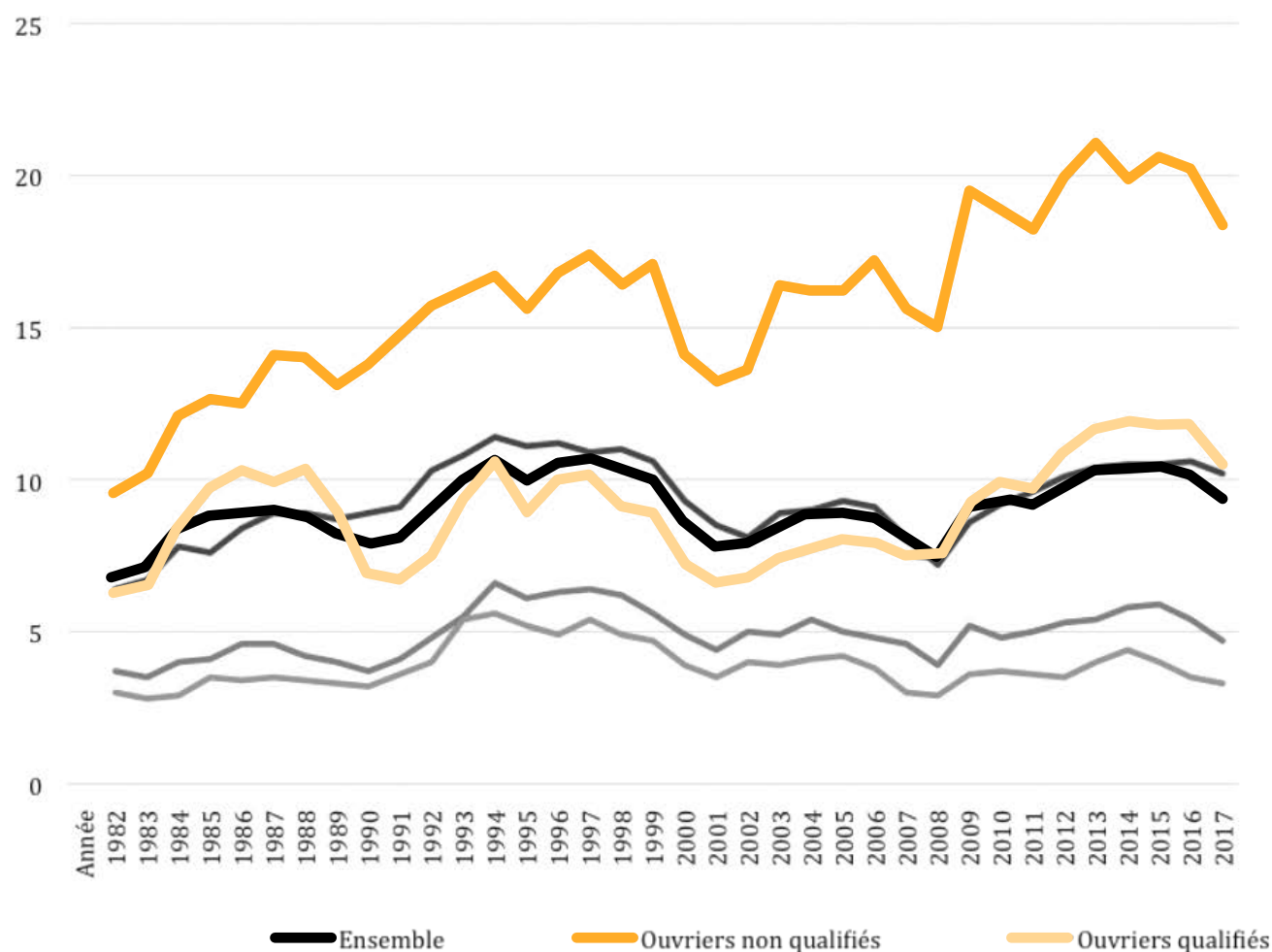
*D'après O. Marchand, « 1982-1990, la population active continue à croître », Economie et statistique, N° 183, décembre 1985

Depuis 1983, quelles qu'aient pu être les circonstances et les fluctuations, jamais le nombre de chômeurs (au sens du BIT) ne sera repassé sous les 2 millions (cf.

Graphique 1). En 2017, le nombre de chômeurs a été de 2,8 millions.

Graphique 1. Chômage au sens du BIT (en milliers)



Graphique 2. Évolution du taux de chômage BIT depuis 1982, selon la catégorie socio professionnelle

Quant au taux de chômage (cf. Graphique 2), il franchira la barre des 10 % en 1993 et s'y maintiendra jusqu'à culminer à 10,9 % en 1997. Cette barre sera à nouveau franchie en 2013, ce n'est qu'en 2017 qu'il repassera de peu en dessous, pour s'établir à 9,6 %.

Ainsi s'est installé un chômage que l'on aime communément dire de masse. C'est là une analyse que, pour ma part, je ne partage pas. En s'en tenant à la seule moyenne, en universalisant donc le constat, on passe sous silence le fait que la précarité et le chômage ne sont pas le lot commun de tous les salariés. Aux dernières nouvelles (cf. Graphique 2), le chômage atteint 3,3 % des cadres supérieurs, 4,7 % des « professions intermédiaires » ; il est en revanche de 10,5 % pour les employés, et de 10,5 % pour les ouvriers (et de 18,4 % pour les ouvriers non qualifiés). Ainsi, le chômage et la précarité n'atteignent-ils pas même ment mais sélectivement les couches sociales. Et

de surcroît, cette situation de nette différenciation entre les groupes sociaux n'est pas conjoncturelle mais bien structurelle, car elle vaut sur l'ensemble de la période. Ce sont électivement les classes populaires qui seules sont massivement atteintes ; les couches dites moyennes de la bourgeoisie salariale s'en trouvent quant à elles épargnées et se trouvent plus ou moins proches de ce que les économistes désignent comme un niveau de chômage structurel de plein-emploi. Contrairement à l'Espagne, au Portugal ou à la Grèce, il n'y a pas, il n'y a jamais eu (depuis 1975), en France de chômage de masse à proprement parler¹³.

13 Ainsi, pour prendre l'exemple du chômage de longue durée, particulièrement structurant des destins, les couches populaires en représentent entre les 3/4 et les 4/5^{èmes}. La petite bourgeoisie salariale ne connaît en effet que moins de 2% de chômeurs de longue durée, ce chiffre est de l'ordre de 5% pour les couches populaires et culmine à près de 10% chez les ouvriers non-qualifiés.

De surcroît et c'est déterminant, ces chiffres ne valent pas que pour aujourd'hui ; ainsi, ils n'expriment nullement les seuls effets de la crise ouverte depuis 2008. Leur remarquable stabilité relative depuis près de trente années marque au contraire clairement l'installation pérenne de réalités de vie qui sont radicalement différentes. Un chômage limité et, au-delà des cas individuels, de relativement courte durée d'un côté ; une situation durable d'instabilité et d'insécurité de masse pour les classes populaires, de l'autre.

Cela d'autant plus que la précarité, qui à l'occasion de cette installation d'une « armée industrielle de réserve » au sein des couches populaires s'est accrue au fil du temps, vient redoubler et aggraver cette réalité du chômage, selon des modalités qu'il convient d'examiner de près.

Car si le premier fait marquant est, bien sûr, la montée notable des « formes particulières d'emploi », celle-ci est moindre que ce que l'on peut généralement imaginer (cf. Tableau 9). Depuis leur premier enregistrement dans l'enquête emploi, en 1982, la montée des FPE est

évidente : les CDD, ici entendus en un sens large⁽¹⁴⁾, font plus que doubler leur part relative, essentiellement d'ailleurs sous l'effet des contrats aidés, l'intérim la triple⁽¹⁵⁾ ; enfin, réalité passée le plus souvent sous silence, l'apprentissage passe de 0,8 % à 2,6 %. Résultat : compte tenu de la poursuite de la montée de la salarisation, les emplois statutaires (CDI du privé et emplois statutaires des fonctions publiques) qui constituaient initialement 76,9 % de l'emploi total, en représentent encore aujourd'hui 74,8 %. Certes, sur cet espace de temps il y a notable croissance des formes particulières d'emploi, mais la suprématie des emplois statutaires n'est pas véritablement entamée, puisque ceux-ci continuent de représenter les $\frac{3}{4}$ de l'ensemble des emplois et près de 90 % des seuls emplois salariés.

14 CDD sont ici entendus en un sens large, puisque recouvrant tout aussi bien le public (y compris donc les contrats aidés) que les saisonniers du privé et les situations dites de stage.

15 On notera évidemment que, comme toujours en pareil cas, avec la crise l'intérim est le premier touché par les ajustements d'effectifs.

Tableau 9. Répartition de l'emploi total selon le statut, 1982-2017

En %	CDD	Intérim	Apprentissage	Emplois statutaires	Non-salariés
1982	4,0	0,5	0,8	76,9	17,9
2011	8,4	2,1	1,4	76,4	11,6
2017	9,5	1,4	2,6	74,9	11,6

Source : Insee, séries longues.

De surcroît, sans surprise aucune, la sélectivité soulignée à propos du chômage se retrouve aussi en matière de précarité de l'emploi, mais selon des modalités qu'il convient de regarder de près. Au total (cf. Tableau 10), les formes particulières d'emploi concernent actuellement en moyenne de l'ordre d'un peu plus de

1 salarié sur 8, mais seulement 6,6 % des cadres et 11,1 % des professions intermédiaires. Au demeurant, cette sélectivité sociale se redouble d'une sélectivité par classes d'âge : ce sont les jeunes de couches populaires qui sont tout particulièrement frappés.

Tableau 10.

Taux de prévalence de diverses formes particulières d'emploi, par catégorie socio-professionnelle, en 2017.

En %	1. Intérim	2. CDD sens large	3 = 1+2 Formes Particulières d'emploi	Temps partiel
Cadres et prof. intellectuelles	0,2	6,6	6,8	10,0
Professions intermédiaires	1,0	10,1	11,1	14,8
Employés	1,4	16,6	18,0	33,5
<i>dont Pers. de services directs aux particuliers</i>	1,3	15,6	16,9	51,8
Ouvriers	9,2	13,5	22,7	12,4
<i>dont ouvriers non qualifiés</i>	15,0	19,4	34,4	20,6
Ensemble salariés	2,6	9,5	12,1	18,8

Source : Insee, enquête emploi 2017

S'en tenir là serait toutefois se limiter à une vision tronquée, oublieuse de ce qui est aujourd'hui un phénomène majeur — et sans doute voué à un succès plus grand encore dans l'avenir — qui est celui du temps partiel. Car, enfin, comment ne pas souligner que le 1/3 des employés sont à temps partiel, dont plus de la moitié des quelque 1,86 million de « personnels de services directs aux particuliers » — dont 1,6 million sont des femmes — et sont ainsi touchés par une précarité de l'emploi liée non à la nature juridique du contrat de travail, mais à sa réalité économique : une durée de travail limitée, synonyme de lourde fragilité économique permanente, du fait des faibles niveaux de rémunération.

Non décidément, la crise, — celle durable du capitalisme depuis plus de trente années, comme son avatar paroxystique ouvert depuis 2008 —, ne touche pas — et n'a, en France, jamais touché — tous les salariés d'une façon qui puisse en quoi que ce soit apparaître comme semblable et être qualifiée de massive. Quasi plein emploi des uns ; chômage massif et précarité d'emploi des autres ; ce ne sont ni les mêmes vies, ni les mêmes destins⁽¹⁶⁾.

Partie II

Deux dynamiques distinctes, quelques questions qui se posent à ce sujet.

4. Bourgeoisie salariale et couches populaires : deux dynamiques sociales distinctes

Cela d'autant moins que cette première réalité fondamentale, celle de l'accès à l'emploi qui commande les conditions concrètes de vie, s'inscrit dans une dynamique sociale qui, dans notre pays, aura été particulièrement marquée et contrastée.

Si la sortie de la ruralité et de la paysannerie caractérise l'ensemble de la période, — de l'après-guerre à aujourd'hui encore —, l'espace de ce quasi-demi-siècle qui nous sépare désormais du premier choc pétrolier a, lui, superposé une évolution d'une autre nature : celle qui a marqué l'acmé, puis le déclin, de la société industrielle et l'avènement d'une société postindustrielle (cf. Tableau 11). Pendant ce dernier laps de temps, en effet, la population des cadres a été multipliée par 3, celle des professions intermédiaires par 2 ; alors que les effectifs d'employés ne l'ont été que par 1,5⁽¹⁷⁾, et que le groupe des ouvriers a perdu le

16 Cf. J. Rigaudiat, « *Le nouvel ordre prolétaire* », Autrement, 2007.

17 Là encore il conviendrait de distinguer. Cette progression d'ensemble sur 30 ans recouvre une progression limitée (11%) des employés qualifiés et une très forte progression des employés non qualifiés.

1/3 de ses emplois⁽¹⁸⁾. De surcroît, cette évolution de l'emploi : plus de cadres et de professions intermédiaires, plus d'employés non qualifiés, se fait au prix d'une polarisation qui est aussi une polarisation sociale. Au

total, sur cette période, numériquement parlant, les couches populaires ont stagné, — la hausse du nombre des employés compensant la baisse de celui des ouvriers —; la création globale d'emploi a ainsi été totalement accaparée par la dynamique positive des couches salariales supérieures.

18 Ce qui recouvre une quasi-stagnation des emplois d'ouvriers qualifiés et la perte de près de la moitié des emplois d'ouvriers non qualifiés.

Tableau 11. Évolution des salariés occupés selon la catégorie socio professionnelle, 1975-2016 en milliers.

CSP	1975	1982	2016	2016/75
Cadres supérieurs	1 496	1 769	4 725	+ 3 229
Prof intermédiaires	3 394	4 427	6 853	+3 459
CSP +	4 890	6 196	11 578	+6 688
<i>Employés qualifiés</i>		3 391	3 718	
<i>Employés non qualifiés</i>		2 260	3 556	
Employés	4 786	5 651	7 274	+2 488
<i>Ouvriers qualifiés</i>	3 745	3 648	3 552	-193
<i>Ouvriers non qualifiés</i>	4 035	3 190	1 869	-2 166
Ouvriers	7 781	6 838	5 421	-2 360
CSP -	12 567	12 489	12 695	+128
Ensemble	17 457	18 685	24 273	+6 816

Source : INSEE, enquêtes emploi

Au-delà du bilan arithmétique qui vient d'en être dressé, cette dynamique, il convient aussi de l'intégrer à son inscription sociale, ne serait-ce que de manière cursive. De ce point de vue, l'utilisation des « catégories socio-professionnelles » n'est pas anodine. Celles-ci, en effet, s'organisent simultanément sur plusieurs espaces ; celui juridique des statuts — salariés ; non-salariés ; celui organisationnel de la subordination propre au salariat — encadrement « supérieur », encadrement « intermédiaire », métiers d'exécution- ; celui, enfin, fonctionnel du type de métier et de la qualification. En arrière-plan, se profilent par ailleurs des espaces implicites : ceux, notamment du niveau de diplôme et de rémunération⁽¹⁹⁾. Tout ceci converge pour donner une légitimité objective à une hiérarchisation de l'espace social (du salariat) condensée, où le « haut » des « CSP+ » (cadres et professions intermédiaires) se différencie d'un « bas » des « CSP- », regroupant les employés et les ouvriers, opposition dont, par ailleurs, les sondages sont coutumiers. On distinguera ainsi désormais la petite et moyenne bourgeoisie salariale des couches populaires.

Force est, en effet, de constater que deux dynamiques s'opposent. D'abord, celle, ascendante, de la petite bourgeoisie salariale : sa forte croissance sur la période suppose d'y recruter bien au-delà de ses propres enfants et, socialement, d'intégrer ces nouveaux immigrés sociaux à ses valeurs et son mode de vie. Recrutement qui doit donc se faire, notamment, parmi les enfants des autres : couches populaires et indépendants, en perte de vitesse. Elle renvoie donc à la nécessité fonctionnelle d'une mobilité sociale ascendante sur une ou deux générations.

Cette dynamique positive fait contraste avec la quasi-stagnation d'ensemble des couches populaires, puisqu'employés et ouvriers représentaient 12,6 millions d'emplois en 1975 et... 12,7 millions en 2017. Stagnation qui, au demeurant, masque de profondes transformations et recompositions internes, puisque les employés y sont désormais plus nombreux que les ouvriers.

Croissance de la bourgeoisie salariale nécessitant un apport socialement exogène ; stagnation globale des couches populaires et, sur certains segments non qualifiés, fort dynamisme ou dépérissement non moins drastique, nécessitant émigration sociale pour les plus chanceux, reconversion vers les tertiaires ou dépérissement sur place,

19 Pour mémoire, selon la DARES le salaire net mensuel médian dans chacune des catégories était le suivant en 2012-2014 : cadres, 2 900€ ; professions intermédiaires, 2 000€ ; employés qualifiés, 1 500€ ; employés non qualifiés, 1 300€ ; ouvriers qualifiés, 1 600€ ; ouvriers non qualifiés, 1 400€.

telles sont en somme les termes sociaux de la période. Ce sont là des dynamiques lourdes et structurelles, dans lesquelles s'inscrit l'histoire de chacun de ceux qui en ont été les sujets et les acteurs.

Au-delà donc des réalités de vie, qui s'inscrivent (ou non) dans le chômage et la précarité, il y a aussi un imaginaire social qui se construit et s'étaye largement sur ces dynamiques objectives de la démographie des couches sociales. D'un côté donc, celui de la bourgeoisie salariale : l'intériorisation individuelle d'une réussite personnelle, qu'elle soit liée à une scolarité, ou perçue comme le résultat des efforts ou des sacrifices consentis pour construire une carrière professionnelle et la perception d'un chômage et d'une précarité largement évités et extérieurs l'espace de vie ; éventuellement, la rupture avec le milieu d'origine dans lequel on a grandi. De l'autre, celui des couches populaires, une transformation très profonde d'un imaginaire qui a longtemps été construit sur deux piliers jusqu'alors solides : le travail masculin et de la qualification ouvrière. Or, ils se sont effondrés

5. Déclin ouvrier et recomposition des couches populaires : la fin d'un monde ?

Car, l'univers de genre des couches populaires a bel et bien basculé (cf. Tableau 12) : les hommes, qui ont globalement perdu plus d'un million d'emplois en trente années, — qui sont tous des emplois ouvriers —, y sont désormais moins nombreux que les femmes (6,2 millions contre 6,6 millions), qui ont, elles, dans le même temps occupé 1,8 million d'emplois supplémentaires.

Tableau 12. La répartition des emplois au sein des couches populaires selon le sexe, 1973-2017.

En milliers	Hommes	Femmes	Variation
Employés			
1973	1470	3083	4553
2017	1760	5544	7304
Evolution	+ 290	+ 2461	+2751
Ouvriers			
1973	5868	1783	7651
2017	4471	1113	5584
Evolution	-1397	- 670	-2067
Ensemble			
Total 1973	7338	4866	12204
Total 2017	6231	6657	12888
Evolution	-1107	+1791	+684

Source : enquêtes emploi

Enfin, les ouvriers (5,6 millions, contre 7,3 millions d'employés) ont perdu la place majoritaire qui était historiquement la leur dans les couches populaires.

Pris dans leur ensemble, tous ces changements représentent une rupture majeure avec la réalité ouvrière classique ; celle de l'organisation familiale, qui court des Maheu de *Germinal* aux familles ouvrières enquêtées par P. Chombart de Lauwe en 1956, comme celle de leurs formes de sociabilité, si bien décrites à la même époque par M. Young et P. Willmott⁽²⁰⁾.

Ce n'est donc pas qu'affaire de nombre, de genre ou de catégorie. La « fierté » ouvrière, s'originait à la fois dans une réalité et se cultivait par un mythe ; pour des raisons différentes les deux se sont évanouis au cours de la période. La fierté d'abord, celle du métier de l'ouvrier qualifié : le mineur, le métallo, et tous les OPQ que l'on a pu connaître. Tout cela a largement disparu, ou ne subsiste plus qu'en quantité homéopathique, emporté par la mondialisation (textile, mines, métallurgie...) ou les transformations technologiques⁽²¹⁾. Il n'y a plus de mines dans notre pays, ni de charbon, ni de fer, n'existent plus désormais que les musées qui en perpétuent le souvenir ! Et il n'est plus possible de « désespérer Billancourt », à l'heure où la plus importante concentration ouvrière est désormais celle d'Airbus à Toulouse. De même, les

20 P. Willmott, M. Young, « *Family and kinship in east London* », Penguin, 1957.

21 Il serait sans aucun doute très instructif de relire aujourd'hui le livre — classique — de R. Lienhart « *L'établi* ».

classifications « Parodi-Croizat », construites autour de la qualification et du métier, ont-elles disparu des conventions collectives à partir de 1975, remplacées qu'elles ont été depuis par les « critères classant », essentiellement organisés autour de la compétence...

Enfin, culture du mythe du rôle universel de la classe ouvrière, assise sur sa fierté et persuadée de son rôle dirigeant dans la société du futur. Avec, entre autres, la chute du « socialisme réel », l'idéologie s'est effondrée tout autant que la réalité... À bien des égards, aujourd'hui la littérature sur la classe ouvrière est désormais une littérature, au mieux, nostalgique ou, au pire, érigeant un monument funéraire à la gloire de la classe ouvrière défunte⁽²²⁾. Et il y a bien longtemps, déjà, que les manifestations ne réunissent plus la « classe ouvrière » autour de ses organisations, mais sont supposées animées par le « mouvement social ».

À tous égards, il semble bien qu'un monde se soit ainsi évanoui sous nos pieds. Comme l'écrit M. Verret dans la préface à la réédition de 1996 de son ouvrage sur la culture ouvrière : « Ce livre écrit voici dix ans ne serait-il déjà plus que le mémorial d'un objet défunt ? La question se pose, en effet, car la culture ouvrière traverse aujourd'hui plus qu'une crise de visibilité, peut-être une crise d'existence... Invisibilisations certes et brutales. Par cette diminution de la masse visible, qui fait perdre à la classe en vingt ans le quart de son nombre et ses grands noyaux de cristallisation (mines, sidérurgie, métallurgie). Par ce déplacement aussi de tous flux fuyants... En haut, petit, ce flux ascendant vers les techniciens... De côté, en masse cette fois, cette latéralisation du salariat d'exécution vers les employés... En bas, en masse, encore, cette grande chute du bas de la classe vers le bas du bas : la pauvreté. Et là ce noyau stable des ouvriers qualifiés, à supposer que la précarité ne l'ait pas déjà déstabilisé, savoir s'il a gardé son principe identitaire »⁽²³⁾.

6. À propos de la montée de la (petite) bourgeoisie salariale : malaise dans les classes moyennes ?

C'est donc une affaire entendue, la montée de la bourgeoisie salariale, petite et moyenne, fait de ces couches, en bonne voie d'être bientôt majoritaires dans la population active — ce qui constituera une novation absolue, les grands gagnant de notre époque. Cela d'autant plus que cette croissance rapide les aura amenées à intégrer « par le haut » bon nombre des enfants des autres couches sociales. Il n'en demeure pas moins que toutes les enquêtes sur la mobilité sociale attestent cependant de la permanence d'une très forte endogamie. Pour aller ici à l'essentiel, sept enfants d'ouvriers sur dix connaîtront le même sort que leurs parents et il en va de même pour les fils de cadres ou de chefs d'entreprise⁽²⁴⁾.

C'est assez dire que les parcours ascendants issus des couches populaires sont limités, qu'ils se font étape par étape et en tout état de cause supposent le filtre du succès dans un parcours scolaire conforme.

C'est aussi dire que si le sentiment de promotion est bien présent dans ces catégories, bien plus que dans les couches populaires : « Plus les personnes se situent en haut de l'échelle sociale, plus elles expriment un sentiment de promotion sociale : 50 % des cadres se considèrent mieux classés que leur père, contre 22 % des employés ou ouvriers non qualifiés. Inversement, les employés et ouvriers non qualifiés sont les plus nombreux (36 %) à se sentir déclassés. »⁽²⁵⁾, le sentiment de déclassement n'y est toutefois pas absent. Cette même étude de l'Insee montre que près d'un cadre sur cinq (et un peu plus d'une personne des professions intermédiaires sur cinq) se sent moins bien classé socialement que son père. Le sentiment de frustration sociale est donc bien présent ici aussi.

22 Par exemple, entre tant d'autres : O. Schwartz qui in « *Le monde privé des ouvriers* », PUF, 1990, constate que « la récession charbonnière allait entraîner la fermeture des puits et la marginalisation économique d'une société qui avait régné sur les corps et les esprits depuis plusieurs générations... » Ou encore M. Pialoux et St. Beaud, in « Retour sur la condition ouvrière », Fayard, 2001, s'interrogent : « n'a-t-on pas tout dit sur la fin de la classe ouvrière... »

23 M. Verret, « *La culture ouvrière* », L'Harmattan 1996, p.

24 On notera le récent regain d'intérêt pour ce thème, vu sous un angle bien particulier, celui des « trans-classes. Ainsi Ch. Jaquet, « Les trans-classes ou la non reproduction », PUF ; Ch. Jaquet, G. Bras, « La fabrique des trans-classes », PUF. Quant à la littérature, les succès actuels d'Annie Ernaux (« *Mémoire de fille* »), de Didier Eribon (« *Retour à Reims* ») ou d'Edouard Louis (« *En finir avec Eddy Bellegueule* », « *Histoire de la violence* ») sont le symptôme de l'omniprésence en milieu petit bourgeois de déchirements personnels : l'ambivalence d'une distance prise non sans remords avec le milieu populaire d'origine, comme l'ambiguïté de son rejet, qui va néanmoins de pair avec un attachement sauvegardé, faute de quoi nulle origine et nulle identité ne seraient possibles. De la distance de classe qui y est toutefois souvent prise avec les milieux populaires non-qualifiés, témoigne un autre succès, celui du travail, « ethnographique », réalisé par Florence Aubenas avec « *Quai de Ouistreham* ».

25 « Malgré la progression de l'emploi qualifié, un quart des personnes se sentent socialement déclassées », Insee 1^{ère}, N°1659, juillet 2017.

Autour de ce thème, les débats sont vifs entre ceux qui estiment que, loin d'être un maillon problématique de la stratification sociale française, les classes moyennes se porteraient bien⁽²⁶⁾ et ceux qui estiment, au contraire, que, loin d'être un problème de psychologie sociale, ce malaise est fondé sur des réalités objectives.

Le nom de Louis Chauvel⁽²⁷⁾ est particulièrement attaché à cette dernière position. Contrairement au constat général selon lequel les classes moyennes seraient en expansion numérique soutenue, bénéficieraient autant ou plus que d'autres de la croissance économique, connaîtraient un courant intense de mobilité sociale ascendante, verraient leur patrimoine s'accroître, et échapperaient donc largement aux affres et aux vicissitudes des couches populaires, il soutient donc que les couches moyennes, — entendues chez lui comme les seules « professions intermédiaires », donc la seule petite bourgeoisie salariale — « sont à la dérive ».

Estimant, non sans quelques bonnes raisons, que « naguère, ces classes moyennes inférieures connaissaient une dynamique collective de promotion sociale, au moins jusque dans les années 1980, et font face maintenant à des difficultés croissantes »⁽²⁸⁾, il fonde principalement son analyse sur deux faits :

- Tout d'abord, l'existence d'un problème salarial avec la stagnation des revenus réels des professions intermédiaires depuis les années 70 et la réduction constante de l'écart les séparant des ouvriers ;
- Enfin, l'indéniable expansion numérique de la catégorie doit être rapportée à celle des candidats potentiels à l'entrée. De ce point de vue, il est indéniable que la généralisation des études secondaires et la banalisation du baccalauréat ont été bien plus rapides encore. Résultat : alors que les simples bacheliers représentaient plus de 40 % des professions intermédiaires, ils ne sont plus aujourd'hui que 20 %. C'est pourquoi « Les générations qui ont connu la seconde explosion scolaire, nées au début des années 1970, continuent de subir cette dynamique de dévalorisation progressive du baccalauréat ». La dévalorisation scolaire est à ses yeux « à la source des angoisses et des frustrations des couches moyennes ». Comme l'écrit par ailleurs la DARES : « La progression des niveaux de formation ayant été plus rapide que la montée en qualification des

emplois, on assiste à une transformation des « normes de qualification »⁽²⁹⁾.

7. Poursuite de la polarisation des emplois ?

La montée du/des tertiaire(s) est patente, tout comme l'est la diminution des emplois industriels, il convient toutefois ici de tempérer ce double constat : pour partie, — celle qui concerne les services aux entreprises, cette montée, comme cette réduction, sont en trompe-l'œil. On ne peut, en effet, faire silence sur le puissant mouvement d'externalisation dont les entreprises industrielles ont été le siège depuis la fin des années 70. D'abord, les services les plus loin du « cœur de métier » sur lequel toutes elles se sont repliées : restauration, entretien, gardiennage, afin de limiter les coûts de main d'œuvre, ne serait-ce qu'en filialisant et, au passage, en changeant les personnels de convention collective. Et puis ensuite, la comptabilité, l'immobilier, la flotte de véhicules, le but étant alors plutôt dans cette seconde phase de limiter le coût en capital immobilisé... Il est évidemment difficile de chiffrer l'ampleur de ce mouvement, mais en 1993, l'Insee pouvait écrire : « la décennie 80 est marquée par l'émergence de nouvelles formes de services rendus aux entreprises. Véritable champion de la création d'emplois, ce secteur a doublé ses effectifs depuis 1975 »⁽³⁰⁾ Ce qui est en moins ici — l'industrie — est en plus là — le tertiaire des services aux entreprises. Passé la vague d'externalisation, ce secteur suit désormais la tendance générale, sans plus connaître de dynamisme particulièrement marqué.

Car sur les trente dernières années, ce sont : « *Les métiers du domaine de la santé et de l'action sociale, culturelle et sportive (qui) ont le plus contribué à la croissance des métiers du tertiaire, avec 1,35 million d'emplois supplémentaires en trente ans. En moyenne, en 2012-2014, ces métiers occupent 2 671 000 personnes, soit deux fois plus qu'il y a trente ans, et représentent désormais plus de 10 % de l'emploi total. Ils regroupent les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes, les médecins, les professions paramédicales, ainsi que les professionnels de l'action sociale et de l'orientation, et de l'action culturelle et sportive. Les métiers du domaine des services aux particuliers sont également été très dynamiques : leurs effectifs ont augmenté de 1,03 million pour atteindre 3 084 000 en 2012-2014, soit 12 % de l'emploi total. En particulier, on compte désormais 1 million d'aides à domicile, aides*

26 Par exemple, D. Goux et E. Maurin, « *Les nouvelles classes moyennes* », Seuil, 2012.

27 Cf. L. Chauvel, « *Les classes moyennes à la dérive* », Seuil, 2012.

28 « *Les raisons de la peur* », L. Chauvel, OFCE, Notes, N° 18, 26 avril 2012

29 « *Comment ont évolué les métiers depuis 30 ans* », Ch. Babet, DARES Analyses, janvier 2017.

30 « *Déclin de l'emploi industriel et tertiarisation accrue* », S. Dumartin et M. Tomasini, Insee 1^{ère}, N°261, janvier 1993.

ménagères et assistantes maternelles, soit trois fois plus qu'au début des années 1980. »⁽³¹⁾

Le tableau 13, ci-après suffit à rendre compte de l'essentiel de cette polarisation des emplois : y figurent d'une part, tous les métiers dont les effectifs ont plus que doublé sur la période (plus de +100 % d'accroissement) et, d'autre part, tous ceux dont les effectifs ont, au contraire, été divisés par au moins deux (plus que -50 % de réduction).

La dissymétrie est évidente et ne nécessite pas vraiment d'autre commentaire que celui-ci : d'un côté, une dynamique fondée sur le développement conjoint de l'encadrement — et plus spécifiquement de l'encadrement supérieur — et des emplois peu qualifiés de service à la personne ; de l'autre, l'implosion des métiers ouvriers et singulièrement des moins qualifiés.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ces réalités qui s'inscrivent dans la durée longue n'ont pas été démenties par la crise de 2008 et ses effets. Bien au contraire : en 10 ans, de 2007 à 2017, elles se sont encore amplifiées au détriment des couches populaires. D'un côté, une réduction des effectifs d'employés qualifiés (-12,5 %) et d'ouvriers, qualifiés (-8,8 %) et non qualifiés (-6,2%) ; De l'autre, les effectifs de cadres supérieurs (+18 %), de professions intermédiaires (+15,6 %), comme d'employés non qualifiés (+4,3 %) ont, quant à eux, continué de progresser... Pendant la crise, les dynamiques sociales de l'emploi ont donc poursuivi leur divergence et la polarisation des emplois s'est aggravée.

Il reste, toutefois, que l'avenir est lourd de vraies interrogations.

Sur l'avenir immédiat, la DARES a sans doute raison d'affirmer qu'à échéance proche, ici 2022, « *L'emploi continuerait (...) de connaître une relative polarisation (cependant moins marquée en France que dans certains pays), avec une forte progression de l'emploi dans les métiers très qualifiés (principalement les métiers de cadres), une diminution du poids des ouvriers et employés qualifiés et une relative stabilité du poids des ouvriers et employés peu qualifiés, les créations d'emploi dans les métiers peu qualifiés d'aide à la personne et autres métiers de services (employés de l'hôtellerie-restauration, agents de gardiennage et de sécurité) compensant les destructions d'emplois d'ouvriers non ou peu qualifiés.* »⁽³²⁾. A court et moyen terme, la

dynamique passée devrait donc se prolonger. Mais à plus long terme ?

Il est aujourd'hui pour le moins difficile de s'avancer avec assurance sur ce sujet. Car les interrogations ne manquent pas : effets sur l'emploi de la robotisation et, au-delà, de l'intelligence artificielle ; mutations attendues, demain, dans le secteur automobile (et de ce fait aussi dans celui des transports) avec le véhicule autonome ; transformations du commerce d'ores et déjà en cours avec le e-commerce ; et, enfin, promesses, vraisemblablement pour partie illusoire, de la transition écologique sur l'emploi... Cela sans même parler des interrogations qui pèsent sur le salariat lui-même, du fait de l'essor récent de formes nouvelles de « para subordination » (auto-entrepreneur...).

Devant tout cela qui s'annonce, il serait sans doute quelque peu aventureux de croire que le passé va se pouvoir poursuivre longtemps encore, dans cet avenir qui s'annonce particulièrement incertain.

Conclusion

La dynamique sociale de ce dernier demi-siècle, qui a vu l'émergence en France d'une société postindustrielle mondialisée puis financiarisée, a ainsi été celle de l'affirmation d'une petite et moyenne bourgeoisie salariée et celle de l'affaiblissement ouvrier et de la profonde recomposition des couches populaires.

Quant à l'avenir, et quelles que soient les lourdes interrogations que l'on peut avoir sur le long terme, elles sont avec quelque vraisemblance promises à s'y prolonger pendant au moins un temps. Comment, in fine, interpréter tout cela ?

Ce dont il est question ici avec l'emploi, c'est de la reproduction de la force de travail. Reproduction physique, au sens, à la fois, de physiologique et des qualités socialement validées permettant d'occuper les différentes places disponibles dans le système productif. Or, la vision qu'offre l'analyse de l'emploi et des métiers sur la longue période décale quelque peu celle du capitalisme et ouvre le regard à d'autres facettes de son fonctionnement. Bien sûr, ces évolutions sont totalement enchâssées dans la mondialisation et la financiarisation ; seuls les développements de la division internationale du travail, à l'échelle mondiale comme européenne, permettent, en effet, d'expliquer qu'au-delà du cas français toutes les économies développées soient peu ou prou affrontées aux mêmes évolutions. Par ailleurs, il n'a pas, ici, été directement question du « rapport salarial »,

31 DARES, « Comment ont évolué les métiers depuis 30 ans », op. cit.

32 « Les métiers en 2022 », DARES, Synthèses Stat, N° 11, avril 2015.

Tableau 13 Les métiers ayant, soit connu plus qu'un doublement, soit plus qu'une division par deux de leurs effectifs entre 1982-1984 et 2012-2014

Familles professionnelles		Evolution en 30 ans, en %
Cadres supérieurs	Cadres du BTP	+119
	Ingénieurs et cadres de l'industrie	+166
	Cadres du transport et de la logistique	+135
	Cadres des services comptables et financiers	+184
	Ingénieurs informaticiens	+725
	Personnels d'études et de recherche	+195
	Professionnels du droit	+157
	Professionnels de la communication et de l'information	+145
	Professionnels des arts et spectacles	+137
Professions intermédiaires	Techniciens agricoles	+148
	Techniciens des services adm. et comptables	+188
	Cadres commerciaux et technico-commerciaux	+103
	Professions para médicales	+110
	Professionnels de l'action sociale	+210
	Formateurs	+240
Employés qualifiés	Aides-soignants	+134
Employés non qualifiés	Aides à domicile, aides ménagères, assistantes maternelles	+200
	Employés de services divers	+118
Ouvriers qualifiés	OQ textile et cuir	-56
	OQ industries graphiques	-54
Ouvriers non qualifiés	ONQ BTP	-48
	ONQ électricité et électronique	-61
	ONQ mécanique	-58
	ONQ industries de process	-53
	ONQ textile et cuir	-92
	ONQ bois et ameublement	-65

Source : Dares, « Comment ont évolué les métiers depuis 30 ans ».

cher à la théorie de la régulation, ni des « normes de consommation » qui l'articulent. Pourtant, ce dernier avatar du fordisme, la « lean production », mériterait, pour le moins, d'être interrogé, tant sur le terrain des modalités d'organisation du travail, qu'il remodèle profondément, que sur celui du « néoartisanat », qu'il simule en permettant une individualisation extrême des produits au sein même de la production de masse.

Au-delà de cette double remarque, je hasarderai, pour ma part, que l'analyse de l'évolution de l'emploi et des métiers permet de donner un contenu actuel — même si largement revisité — à l'analyse de R. Luxemburg sur les conditions de l'accumulation du capital⁽³³⁾. On connaît cette analyse, que je résumerai ici à ce qui m'en paraît l'essentiel : le capitalisme ne peut connaître de reproduction élargie sans un extérieur à absorber.

De ce point de vue, la période qui court de la Libération à aujourd'hui a, en somme, connu deux moments différents.

Le premier va de l'immédiat après-guerre au début des années soixante : la stagnation de la population active qui avant-guerre bloquait la croissance, pousse à la modernisation de l'agriculture/disparition de la paysannerie, dont le maintien tardif était l'une des principales particularités de la France. Des emplois productifs (industriels) et salariaux sont substitués à des emplois faiblement productifs (agriculture et commerce) et non salariaux. Croissance forte, productivité forte, croissance du pouvoir d'achat et salarisation galopante caractérisent cette économie, fermée et keynésienne, qui repose sur l'essor d'emplois industriels faiblement qualifiés pour une main-d'œuvre encore mal formée. D'ailleurs, quand sur sa fin il commencera, pour de multiples raisons, à s'épuiser, il cherchera à se prolonger par le recours à une main-d'œuvre immigrée, que les employeurs iront même jusqu'à aller chercher sur place.

Le second moment, qui court du premier choc pétrolier jusqu'à aujourd'hui, n'est au fond qu'une externalisation poussée jusqu'à ses limites ultimes. L'immense délocalisation qu'a représentée la mondialisation n'est, pour l'essentiel, que la recherche d'une main-d'œuvre abondante et à bon marché. Dans ce mouvement, le Japon d'abord, les « nouveaux dragons » (Corée, Taïwan, Hong Kong, Singapour), ensuite, la Chine et les « nouveaux tigres » (Thaïlande, Malaisie, Viet Nam,

Philippines) désormais, ont constitué d'inépuisables réservoirs, en attendant que, demain, d'autres soient touchés. Dans tout cela, il n'est, au fond, question que d'une gigantesque mise en concurrence généralisée du monde du travail.

Entre les deux, le courant des années soixante, dont 1968 est l'épicentre : une série de contradictions dues aux collisions entre l'ancien et le nouveau. Transformation d'une économie qui commence à véritablement s'ouvrir au « grand vent » de la concurrence internationale ; limites du modèle d'organisation taylorien pour une main-d'œuvre qui commence à être qualifiée — la « révolte des OS », le rejet du « travail en miettes » et la recherche d'une organisation plus « autonome » du travail — . Limites aussi d'une société autoritaire et patriarcale, qui ne laisse guère de place à une jeunesse nombreuse, qui pourtant commence à massivement accéder à la scolarité secondaire. Anticipant pour elle-même un sort meilleur et un statut supérieur à ceux de ses parents, elle revendique en conséquence et son autonomie et sa liberté, elle exige donc son affranchissement.

Ce remodelage entraîne ou suppose des transformations profondes du modèle productif lui-même. Pour l'essentiel et ce qui est ici notre propos, on retiendra ceci : dans la phase actuelle, les économies du « centre » évacuent le procès de production pour le localiser hors du territoire dans les zones à bas salaires et utilisent la sous-traitance pour limiter leur coût en capital⁽³⁴⁾. Elles développent, ou préservent, pour elles-mêmes les phases amont : la conception du produit, et aval : parfois l'assemblage final, toujours la commercialisation sous leur marque. Il ne s'agit plus de d'abord optimiser le procès de production, mais, en amont, d'examiner le mode optimal de segmentation de la filière qui constitue la « chaîne de valeur ». Il s'agit de décider ce qui doit être produit, où et par qui, d'arbitrer entre l'internalisation et l'externalisation des différents segments de la production et entre l'intégration et la désintégration spatiales. Le résultat le plus clair en a été la fragmentation du processus de production au niveau mondial et l'éclatement corrélatif des collectifs de travail.

C'est dans cette réalité-là que s'inscrit très directement la double évolution sociale qui est l'aboutissement de la polarisation des emplois que j'ai analysée ici : le

33 R. Luxemburg, « *L'accumulation du capital* », Petite collection Maspéro, 1969.

34 En 2007, dans « *Le nouvel ordre prolétaire* », J. Rigaudiat op. cit. , j'ai proposé d'analyser ces évolutions comme revenant aux fondamentaux du capitalisme, celui des « marchands-fabricants » de notre XVIII^{ème} siècle et de « l'ordre prolétaire » qui lui est associé. Ce sont certains de ceux-là, les « soyeux » lyonnais, qui, comme l'on sait, ont généré les canuts ... et leurs révoltes !

développement et la prétention à l'hégémonie politique de la bourgeoisie salariée et, pour reprendre le mot si juste de Gorz, la constitution corrélatrice d'une « néodomesticité » à son service. Leur résultat le plus direct? L'effacement progressif des tâches directement productives et l'évanouissement du bloc ouvrier, alors même que, alliés ou adversaires, c'est dans le rapport avec lui que le système politique des démocraties libérales était foncièrement organisé. C'est là un séisme, dont, assurément, les conséquences n'ont pas encore été toutes tirées. Gare donc aux répliques!

La Loi « Travail » : des dispositions pénalisantes pour les victimes d'AT-MP dans un contexte devenu défavorable

Par le Dr Alain Carré,
Médecin du travail

Une nouvelle définition du risque pour la santé au travail des travailleurs qui impacte la notion d'aptitude.

Si, fondamentalement, la Loi « travail » de 2016, dite loi « El Khomri » ne modifie pas le régime accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), elle modifie, d'une part, la notion de risque professionnel et d'autre part, les conséquences, en matière d'incapacité, pour les victimes ce qui en fait une loi socialement régressive, notamment dans ce domaine. Ainsi, la nouvelle réglementation postule qu'il y aurait des travailleurs n'occupant pas des postes à risque et des travailleurs occupant des postes à risque. Cette dichotomie sous-entend que pour certains salariés, ceux affectés à des postes « sans risque », l'hypothèse d'un AT ou d'une MP pourrait être écartée et donc la prévention inutile.

Pour ceux affectés à des postes à risque, la notion de risque est elle-même redéfinie. Ainsi à côté des risques du travail apparaissent des risques liés au travailleur. Ce sont les risques dont il pourrait être responsable vis-à-vis des autres travailleurs et (notion déjà présente dans la loi « dialogue social », dite Rebsamen) les risques dont le travailleur pourrait être responsable pour les « *tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* ». Ainsi à côté de la notion de risque pour le travailleur, liée à l'exécution de son contrat de travail, apparaît une nouvelle catégorie, celle de travailleurs « à risque » responsables éventuels des effets des risques qu'ils feraient courir à des tiers.

Outre la confusion en matière de définition du risque, on voit là une tentation de reporter la responsabilité, notamment en matière d'AT-MP, qui naît pour l'employeur de la subordination, sur le travailleur lui-même. Dorénavant, la mission du médecin du travail, explicitement définie par le nouveau texte réglementaire, et jusqu'alors centrée sur la prévention des altérations de la santé du travailleur générées par le poste de travail, est étendue à la prévention des risques pour les tiers pouvant être potentiellement engendrés par le travailleur.

Cette disposition entrouvre la porte vers une médecine de sélection de la main-d'œuvre sur les « susceptibilités individuelles » pouvant potentiellement générer un risque supplémentaire pour ou par le travailleur. En matière d'AT-MP, cela pourrait accessoirement donner corps aux demandes des employeurs en matière de « part attribuable », c'est-à-dire d'indemnisation limitée au risque lié strictement au travail et excluant ce qui relèverait de caractéristiques personnelles du travailleur.

Une nouvelle définition de l'incapacité qui pénalise particulièrement les victimes d'AT-MP

Rappelons que l'avis, émis par le médecin du travail, d'incapacité au poste de travail c'est-à-dire la demande de reclassement (qu'il faut distinguer de l'aménagement du poste) se traduit, dans plus de 70 % des cas par un licenciement, alors qu'entre 25 % à 50 % des causes de l'incapacité sont professionnelles, notamment celles résultant d'AT ou de MP. Or, en matière d'AT-MP, les obligations de reclassement de l'employeur sont particulièrement rigoureuses : ses propositions doivent recueillir l'avis des représentants du personnel ; l'emploi nouveau doit être le plus proche possible de l'ancien emploi ; le reclassement doit être étendu, si nécessaire, à toutes les entreprises du groupe auquel l'établissement appartient éventuellement.

Depuis la loi « travail », une nouvelle disposition permet de délier l'employeur de son obligation de reclassement, notamment pour les victimes d'AT-MP. Elle passe par un avis d'incapacité du médecin du travail qui peut comporter dorénavant : « *la mention expresse dans l'avis (...) que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* ». Appliquée aux victimes d'AT ou de MP cette possibilité est particulièrement injuste et constitue une sanction sociale très lourde. En effet, cette formule permet à l'employeur non seulement de licencier la victime mais aussi de la licencier pour raison personnelle, c'est-à-dire avec un minimum d'indemnité.

Déontologiquement, cette formule pose un dilemme au médecin du travail. En effet, un médecin du travail est compétent en matière de santé au travail, de maintien ou de modification du **poste** de travail mais il n'a ni compétence ni les compétences pour décider des caractéristiques ou de la possibilité de **l'emploi**. Un médecin du travail n'est pas compétent pour déterminer **si un reclassement est possible ou impossible**. De plus la formule « à un emploi » par son caractère indéfini pourrait entraîner des conséquences pour toute recherche institutionnelle d'emploi après un éventuel licenciement. Pour un médecin du travail, cette formule est un piège. L'utiliser conduit inmanquablement à engager sa responsabilité personnelle civile, du fait du préjudice qu'il fait subir au salarié, et pénale puisqu'il intervient dans un domaine dans lequel il n'a pas les compétences⁽³⁵⁾.

Des entraves aux possibilités de contestation de l'avis du médecin du travail

Avant la loi « travail », le salarié (ou l'employeur) pouvait, dans les deux mois, contester l'avis du médecin du travail auprès de l'inspection du travail. Cela entraînait une expertise du médecin inspecteur attaché à l'échelon régional des services du ministère du travail (DIRECCTE). Cette procédure, qui se déroulait elle-même sur deux mois, était une procédure gracieuse d'ordre public social qui garantissait l'impartialité. En effet, cette procédure incarnait l'obligation régaliennne d'assurer les droits constitutionnels à la protection de la santé⁽³⁶⁾.

La Loi « travail » met à bas ces garanties. Elle est un signe du désengagement de l'État en matière de santé au travail. En effet, elle dégrade cette contestation au rang du conflit contractuel. La victime n'a plus que 15 jours pour contester l'avis du médecin du travail devant le tribunal des prud'hommes. Même si ce tribunal siège, dans ce cas, en référé, les délais de prise de décision sont ainsi rallongés, ce qui va compliquer la situation contractuelle. De plus la victime doit, pour aboutir favorablement, se faire représenter par un tiers ce qui est souvent onéreux. Elle peut également se voir imputer les frais de justice. L'avis médical est une expertise d'un

médecin qui n'a pas de connaissance de la question du travail⁽³⁷⁾. Les débats étant de nature contradictoire, cette procédure pourrait être attentatoire au secret médical.

L'application de ces mesures s'est traduite par une chute vertigineuse des contestations ce qui démontre le caractère dissuasif de la mesure et par conséquent son atteinte aux droits fondamentaux. Il est étonnant qu'aucune QPC (question préalable de constitutionnalité) n'ait été déposée concernant cette procédure.

Un contexte juridique peu favorable: la fin de « l'obligation de sécurité de résultat »

Le soubassement de cette loi, parfaitement invisible pour le non initié, repose sur une modification profonde de la responsabilité juridique de l'employeur en matière d'atteintes à la santé liées au travail. En effet, quand on envisage la situation actuelle en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il faut évoquer obligatoirement les retournements des jurisprudences de la Cour de Cassation (à partir de 2015). En droit civil et pénal cette cour de justice constitue, Conseil Constitutionnel mis à part, la plus haute juridiction et ses arrêts s'imposent à toutes les juridictions de rang inférieur.

Souvent invisibles au non initié, ces arrêts jouent un rôle particulièrement important dans le domaine de la prévention des risques pour la santé au travail. Or, les jurisprudences récentes ont minoré de façon substantielle les obligations de l'employeur en matière de prévention dans le cadre du contrat de travail.

Rappelons que les jurisprudences de la cour de cassation de 2002, conféraient à l'employeur une « obligation de sécurité de résultat » vis-à-vis de ses salariés. Cela signifiait que « du fait du contrat de travail » tout AT ou toute MP pouvait constituer une faute de l'employeur si ce dernier ne pouvait prouver que les mesures concrètes avaient été prises pour éviter l'AT ou la MP **dans la réalité de la situation de travail considérée**.

Cette disposition avait permis de sanctionner des organisations du travail avant même leur mise en place effective. Cela avait entraîné un meilleur niveau de prévention par son lien au travail réel. En matière d'indemnisation AT-MP celle-ci était « forfaitaire » c'est-à-dire ne prenait pas réellement en compte les

35 Article R4127-70 du code de la santé publique : Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

36 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution directement issu du programme du CNR dit « les jours heureux ».

37 La modification par une ordonnance de la présente mandature qui substitue à l'expert judiciaire le médecin inspecteur, s'avère inapplicable et la procédure pose toujours problème.

conséquences extra-professionnelles de l'accident ou de la maladie. La jurisprudence de 2002 avait permis en cas de faute, c'est-à-dire de prévention insuffisante, la montée en puissance de l'indemnisation complémentaire en rendant plus facile l'obtention de la reconnaissance de la « faute inexcusable de l'employeur » via le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

À rebours, les nouvelles jurisprudences de la cour de cassation, depuis 2015, au prétexte de ne pas pénaliser les entreprises, tendent à exempter de ses responsabilités l'employeur, dès lors qu'il a respecté les « principes généraux de prévention ». Le formalisme et la prévention théorique se substituent ainsi à la réalité des situations de travail. Par exemple, la mise en place d'une démarche « qualité de vie au travail » de caractère formel pourrait exempter l'employeur de ses responsabilités en matière d'atteinte psychiques liées à l'organisation du travail. En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP), c'est l'indemnisation complémentaire liée à la faute inexcusable de l'employeur qui est directement impactée par cet affaiblissement des obligations de l'employeur.

Dans ce contexte particulièrement défavorable aux victimes, la loi « travail » met en place les moyens pratiques pour l'employeur de s'exempter en grande partie de ses responsabilités en matière d'AT-MP et lui donne la possibilité de sanctionner les victimes qu'il considère comme « inemployables » par un licenciement à moindres frais, notamment en instrumentalisant l'avis du médecin du travail. Elle constitue un élément essentiel de la construction de l'invisibilité des risques professionnels et de leurs effets sur la santé des travailleurs.

Maladie professionnelle indemnisable, Maladie à caractère professionnel : quel intérêt ?

Par le Dr Nadine Khayi,
Médecin du travail

Il y a un an, je soulignais dans un précédent article⁽³⁸⁾, la centralité du travail dans la construction de la santé de l'individu. Or il est de notoriété publique et de constatation quotidienne que les salariés sont de plus en plus malades de leur travail. Les conditions de réalisation des tâches prescrites et les conditions de vie induites par les conditions d'emploi actuelles ne permettent plus à tout le monde de se maintenir en bonne santé : quand le travail est malade, il provoque des altérations de la santé et des pathologies diverses.

Or toute pathologie provoquée par les conditions de travail n'est pas nécessairement reconnue par le système de soin ou le système de réparation comme relevant de la maladie professionnelle.

MPI

Effectivement, ce qu'on appelle couramment « maladie professionnelle » relève plus exactement du terme de « maladie professionnelle indemnisable » ou MPI. La définition de ces MPI est simplement administrative : « Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles [annexé au Code de la sécurité sociale] et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». La construction des tableaux est le résultat de jeux de pouvoir déterminés par les rapports sociaux. Elaborés dans une instance nationale (COCT : Conseil d'orientation sur les conditions de travail) constituée de 5 collègues : les organisations syndicales de salariés (les victimes potentielles), les organisations patronales d'employeurs (les responsables de l'organisation du travail), l'État (le garant du droit constitutionnel à la santé), les organismes de Sécurité sociale et de prévention (les assureurs et conseillers), les personnes qualifiées (souvent des professeurs de médecine).

Actuellement trois de ces collègues ont pour objectif de resserrer au maximum les dépenses à la charge des

entreprises. Existe-t-il un moyen plus rapidement efficace que de limiter les reconnaissances et la prise en charge par les entreprises des dommages occasionnés sur la santé des salariés ? Lors des mises à jour des tableaux, on voit ainsi modifiées les conditions de reconnaissance qui aboutissent à une difficulté majeure pour « entrer dans le tableau ». Les salariés ne sont pas moins atteints dans leur santé mais ils sont moins reconnus en MPI.

Or le but initial de l'existence de la reconnaissance des MPI est de faciliter la prise en charge des malades mais aussi d'inciter les employeurs à améliorer les conditions de travail pour éviter d'avoir à financer ces réparations ; pour cela les cotisations AT/MP sont liées au nombre et à la gravité des atteintes à la santé **reconnues en AT ou MP**. Le jeu pour certains employeurs, consiste donc à faire baisser le nombre de reconnaissances plutôt que le nombre de victimes. Les moyens utilisés sont multiples : refus de déclaration d'AT, pression pour que le salarié ne demande pas la reconnaissance en MPI, contestation des déclarations, travail dans les commissions du COCT pour définir des conditions en pratique indémontrables (voir tableau 57 A).

MCP

Devant le manque d'efficacité des tableaux de MPI autant sur le versant de la réparation que de la prévention, il existe la possibilité de faire une déclaration de MCP, c'est-à-dire de maladie à caractère professionnel dans l'espoir de faire évoluer ces tableaux.

La définition de MCP prend en compte toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de MPI. Il s'agit donc d'un cadre beaucoup plus large et laissé à l'appréciation du déclarant. Cette notion a été introduite dès 1919 (date de création des premiers tableaux) mais est pratiquement oubliée ou pour le moins très peu utilisée. Pourtant les textes créent une obligation légale de déclaration pour tout docteur en médecine (**article L461-6 du Code de la Sécurité sociale**).

38 Les Cahiers de santé publique & de protection sociale N°27, Décembre 2017, page 27

La motivation semblait louable puisqu'il s'agissait en quelque sorte d'établir une veille sanitaire pour déceler des pathologies émergentes ou qui n'étaient pas encore l'objet d'un tableau afin de pouvoir mettre le sujet en évidence et par la suite créer le tableau adéquat. Dans la réalité, très peu de médecins connaissent l'existence des MCP et encore moins la procédure, même parmi les médecins du travail. Le désintérêt est entretenu par le sort réservé aux déclarations de MCP : elles semblent dormir tranquillement au fond d'un tiroir. Transmises au MIRT (médecin inspecteur régional du travail) rattaché à la DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), le travail d'enquête vient s'ajouter à la charge de travail or leur nombre se réduit de plus en plus faute de candidats (par exemple il n'y a qu'un seul MIRT en Occitanie, c'est-à-dire pour 13 départements comprenant 2 métropoles importantes). D'autre part, les pathologies sont rarement monofactorielles et l'enquête peut être compliquée et peu concluante. Il s'ensuit donc, lorsque la déclaration est faite, un sentiment d'inutilité puisqu'aucune suite n'est visible, pour autant qu'on suppose qu'il y en ait une.

Devant ce dysfonctionnement les MIRT ont décidé de lancer des « campagnes MCP ». Les Pays de Loire ont initié le projet en 2003. Le nombre de régions (anciennes régions) a progressé jusqu'en 2012 (15 régions) mais a diminué depuis. Ces campagnes se font par quinzaines nationales : les médecins du travail volontaires signalent toutes les pathologies ou symptômes, susceptibles d'être d'origine professionnelle ou aggravés par le travail, repérés lors des entretiens avec tous les salariés reçus pendant la période fixée. Les résultats sont analysés par le département santé travail de l'INVS avec la participation d'un MIRT et d'un épidémiologiste. En 2017, un groupe d'experts a rendu un rapport d'évaluation de ce programme de surveillance. Si ce programme est jugé utile et pertinent, plusieurs points faibles sont relevés dont la faiblesse des moyens alloués à cette surveillance par les tutelles. Plusieurs éléments viennent affaiblir la fiabilité ou au moins la précision des résultats.

La non-participation de plusieurs régions (et non des moindres puisque sont concernés entre autres l'Île de France et les départements d'outre-mer) provoque un biais de recrutement ; effectivement, ces régions en particulier présentent à l'évidence des caractéristiques particulières de leurs populations au travail.

La participation de médecins volontaires pose la question de la motivation, mais aussi d'un autre biais de

recrutement concernant les populations suivies par ces médecins qui peuvent aussi présenter des spécificités. Ainsi le taux de signalement relevé lors de ces quinzaines peut varier de 3,5 à 7 %, sans que l'on sache attribuer cette variation à un effet médecin ou population suivie. Les différentes réformes des services de santé, en alourdissant la charge de travail des médecins tout en désorganisant la surveillance médicale des salariés, affaiblissent la relation de confiance médecin/salarié et donc rendent difficile la perception de signaux faibles qui témoignent de l'altération de la santé. La diminution du nombre de médecins et l'adjonction d'IDEST (infirmiers en santé au travail) en compliquant la tâche ont découragé certains médecins qui ne se sentent plus en mesure de répondre à cette demande (d'autant plus qu'ils ont un sentiment d'inutilité).

Un autre biais vient d'un manque de précision du protocole ; par exemple pour ce qu'il est habituel de nommer RPS (risques psychosociaux) certains ne comptent que les dépressions avérées, d'autres incluent les troubles de l'humeur et du sommeil ainsi que la consommation régulière de psychotropes. Il est vrai que la détection de ces difficultés nécessite de passer plus d'un quart d'heure avec le salarié et de poser les bonnes questions sans se contenter de demander gentiment : « tout va bien ? » comme certains le font.

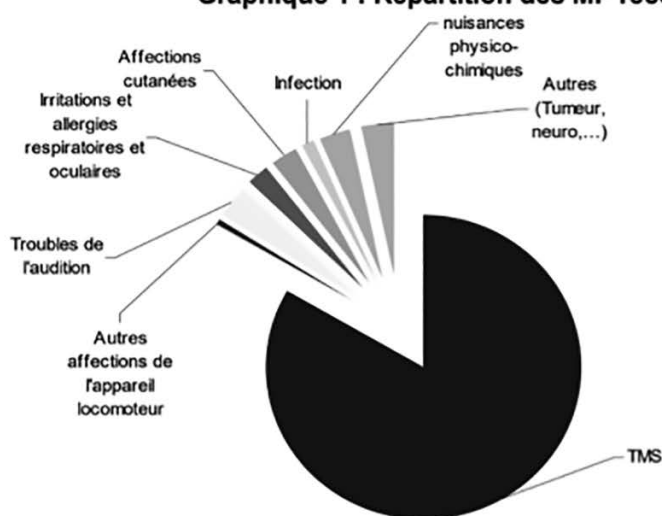
Ce que le rapport souligne également c'est la faiblesse du retour des résultats vers les tutelles. Tout se passe comme si cela ne les intéressait pas. Les experts conseillent d'utiliser mieux les données recueillies mais s'adressent pour cela à la bonne volonté des autorités de tutelle et aux patrons des services de santé au travail (qui ne sont autres que les représentants des employeurs).

Comparaison des déclarations MPI et MCP

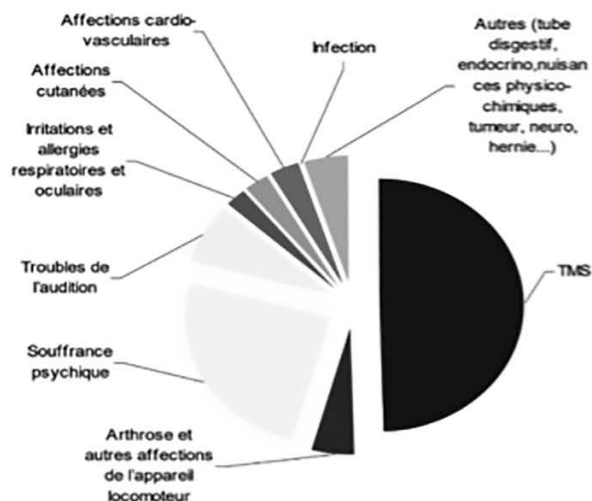
Les principales pathologies relevées par l'INVS sont les TMS (troubles musculo-squelettiques), les RPS et les troubles auditifs. Pour les pathologies de l'appareil locomoteur les prévalences relevées varient considérablement suivant les régions et les années (de 1,8 à 4,8 %) et on constate des nombres de déclarations de MCP de 11 à 13 fois supérieurs aux déclarations de MPI. Le périmètre des pathologies est, certes, différent mais ne semble pas expliquer tout cet écart. La non-déclaration des MPI est également en cause.

Répartition des MP reconnues et des MCP

Graphique 1 : Répartition des MP reconnues et des MCP - Midi-Pyrénées, 2005-2008



Données MP (CRAM Midi-Pyrénées, service prévention)
N=1023 en moyenne annuelle



Enquête MCP (InVS, DRTEFP)
N=1292 en moyenne annuelle

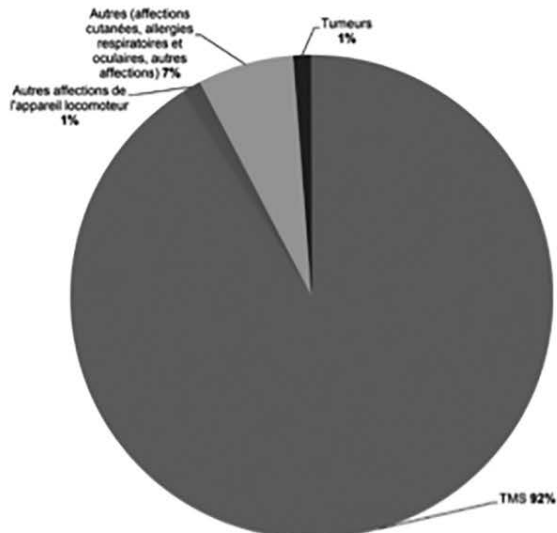
Dans l'exemple ci dessus, on peut voir que des pathologies non négligeables sur le plan numérique comme pour les conséquences possibles n'existent pas dans les MPI (ex : pathologies cardio-vasculaires). De

même les symptômes liés à la souffrance psychique n'ont aucune traduction dans les tableaux de MPI (si l'on exclut le fait que la souffrance psychique peut être un facteur aggravant ou déclenchant des TMS).

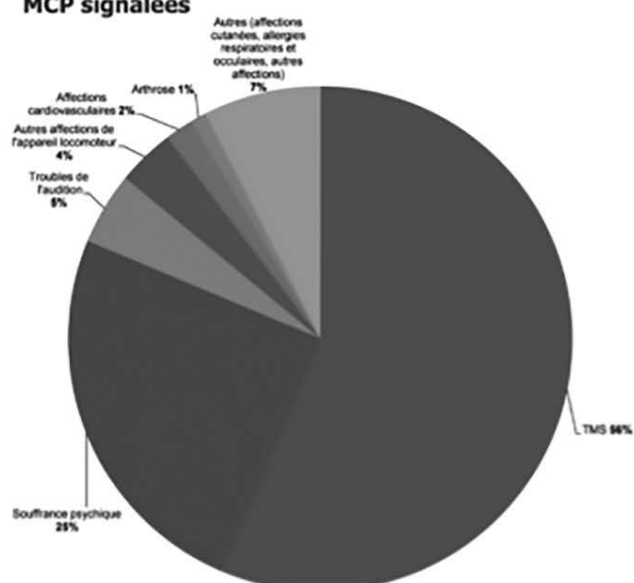
Confrontation des MP et des MCP

Répartition des MP reconnues et des MCP signalées en Aquitaine, 2007-2010

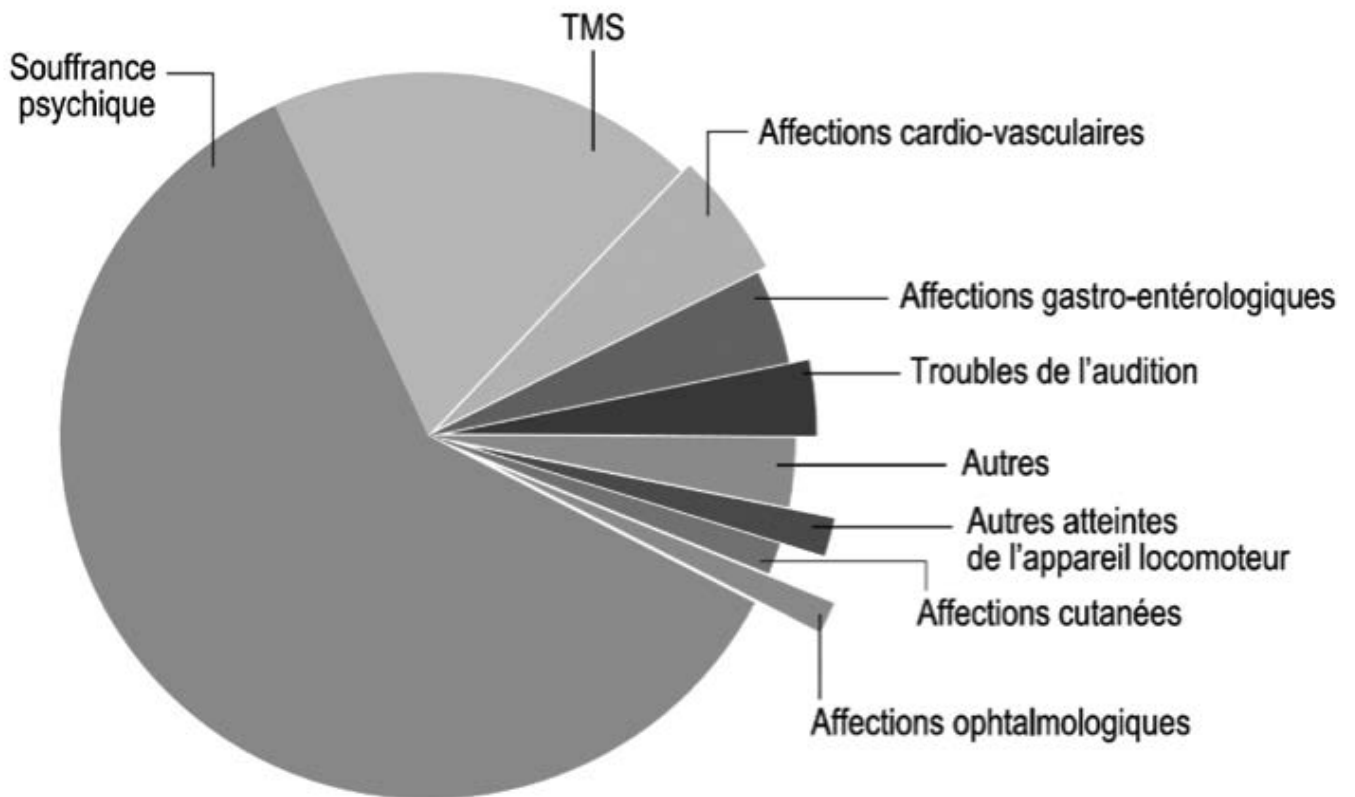
MP reconnues



MCP signalées



Catégories de pathologies signalées



Dans cet exemple, on voit la prépondérance des TMS dans les déclarations de MPI de même que pour les MCP. Cette proportion écrasante pour ces pathologies dont on connaît les moyens de les prévenir pose question sur l'efficacité de la prévention telle qu'elle fonctionne actuellement.

Un troisième exemple s'intéresse aux résultats dans un service autonome d'une grande entreprise publique.

La différence de répartition des pathologies signalées en MCP interroge : le biais de recrutement « médecin » peut éventuellement expliquer une partie de la différence mais ne suffit pas. La (relative!) faiblesse du nombre de TMS ne s'explique-t-il pas par l'efficacité des CHSCT où siègent des salariés en prise avec la réalité de la réalisation des tâches ? En effet les conditions de travail, même si elles sont améliorables, sont notoirement meilleures que dans les PME et TPE (souvent sous-traitantes) qui manquent de moyens pour adapter les postes aux besoins physiologiques des travailleurs. Mais cela démontre bien que l'action sur les TMS est techniquement possible et qu'il s'agit d'une question politique, à savoir, donner les moyens aux acteurs de terrain d'agir au lieu de s'orienter

vers des actions d'information et de sensibilisation des employeurs.

Une autre question se pose au vu du graphique : c'est l'importance de la souffrance psychique dans cette entreprise. Elle montre bien les conséquences sur la santé des différentes réorganisations, restructurations et changement d'orientation des entreprises du secteur public. Peut-on penser que les salariés des petites entreprises sont protégés devant ce risque d'altération de la santé ? Je ne le pense pas ; je pense au contraire que la plus grande disponibilité du corps médical, la meilleure connaissance des postes de travail (dont le nombre n'a rien de comparable avec ce qu'a à connaître un médecin de service inter-entreprise) permet une meilleure évaluation de l'état de santé et du dépistage des signaux faibles, indispensable à une réelle prévention primaire des risques et de leurs effets sur les salariés. Il est vraisemblable que ces signes existent dans les entreprises des services de santé interentreprises mais manquent de mise en visibilité.

Problème des non-déclarations de MPI.

Certaines régions ont comparé les MPI et les MCP relevant de tableaux de MPI. Ainsi en 2007 pour la région Midi-Pyrénées, toutes pathologies confondues (hors souffrance psychique), 44 % des affections déclarées en MCP auraient pu relever d'une maladie professionnelle :

- 23 % pour les TMS du rachis (cervical à lombaire)
- 32 % pour les allergies respiratoires et oculaires
- 34 % pour les troubles de l'audition
- 47 % pour les TMS (toute localisation)
- 75 % pour les TMS de l'épaule
- 95 % pour les TMS du canal carpien

Ces campagnes MCP montrent donc une sous déclaration massive de maladies professionnelles indemnissables. Les motifs de ces non-déclarations sont très divers et tiennent pour une part aux salariés mais aussi aux médecins et au système lui-même de reconnaissance des maladies professionnelles.

• Salariés :

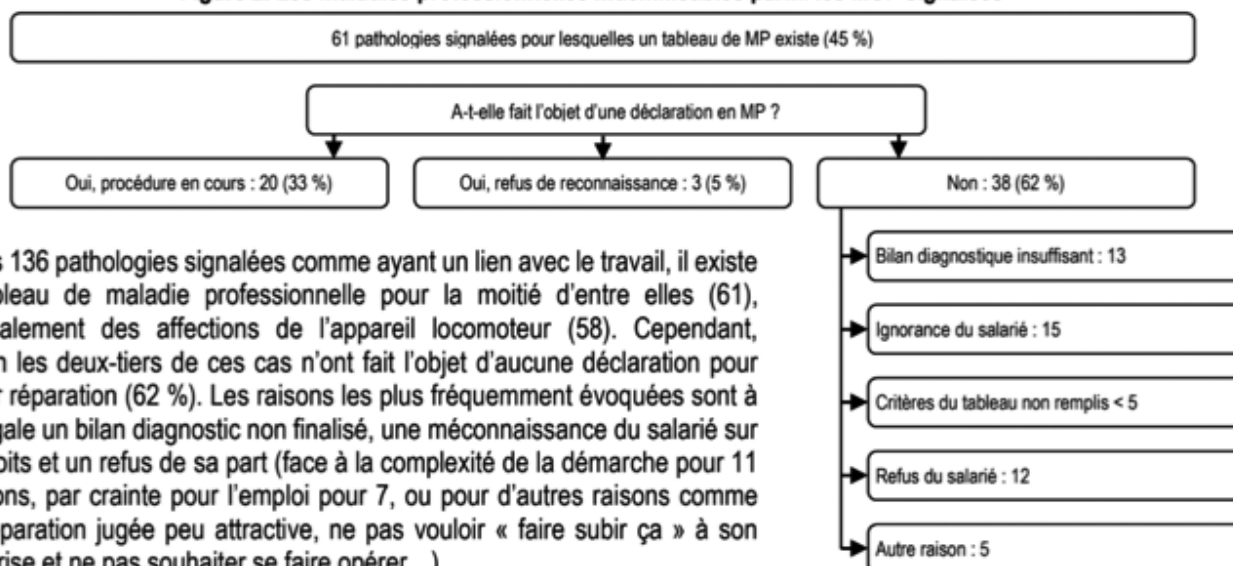
Le salarié ne fait pas toujours le lien entre son état de santé et le travail. Les produits utilisés ne sont pas obligatoirement perçus comme toxiques, surtout s'ils n'ont pas d'odeur ; les salariés n'ont pas toujours conscience que le produit utilisé à l'autre bout de l'atelier ou dans un lieu où ils ne travaillent pas mais dans lequel ils peuvent circuler, peut avoir des effets sur leur santé. Par exemple une secrétaire travaillant dans un bureau attendant à un atelier peut ne pas savoir ce que les ouvriers utilisent à leur poste. C'est alors au médecin du travail de comprendre les conditions réelles de travail et d'établir l'origine des symptômes.

Même s'il fait le lien, le salarié n'est pas toujours informé de l'existence du système de réparation des maladies professionnelles. C'est alors au médecin traitant ou au médecin du travail de lui apporter l'information et de lui fournir les documents nécessaires.

Le salarié est souvent réticent à faire une demande de reconnaissance ; il craint de perdre son emploi, de contrarier son employeur et d'en subir les conséquences dans ses conditions de travail.

La non-déclaration en maladies professionnelles

Figure 2. Les maladies professionnelles indemnissables parmi les MCP signalées



Sur les 136 pathologies signalées comme ayant un lien avec le travail, il existe un tableau de maladie professionnelle pour la moitié d'entre elles (61), principalement des affections de l'appareil locomoteur (58). Cependant, environ les deux-tiers de ces cas n'ont fait l'objet d'aucune déclaration pour obtenir réparation (62 %). Les raisons les plus fréquemment évoquées sont à part égale un bilan diagnostique non finalisé, une méconnaissance du salarié sur ses droits et un refus de sa part (face à la complexité de la démarche pour 11 situations, par crainte pour l'emploi pour 7, ou pour d'autres raisons comme une réparation jugée peu attractive, ne pas vouloir « faire subir ça » à son entreprise et ne pas souhaiter se faire opérer...).

Dans l'exemple ci-dessus, on voit que la non-déclaration concerne presque 2 cas sur 3 (62 %) et pratiquement un tiers de ces cas est dû à un refus du

salarié et un peu moins de la moitié à l'ignorance de celui-ci.

Figure 10 : Part des maladies professionnelles indemnisables, non déclaration et raisons



Source : Programme MCP

* À l'exception des 68 pathologies liées à une souffrance psychique.

** Plusieurs réponses pouvaient être données par le salarié

Dans ce deuxième tableau, la non-déclaration est encore plus importante (74,6 % des pathologies potentiellement déclarables). Les motifs de refus peuvent interroger sur le lien existant entre le salarié et l'employeur : certains salariés sembleraient presque plus protecteurs envers leur employeur que la réciproque.

• Médecins :

La formation des médecins sur le sujet des MPI est à l'évidence insuffisante, autant sur les différentes pathologies décrites dans les tableaux que sur les démarches administratives nécessaires pour aider leurs patients. Les médecins du travail ne sont pas obligatoirement bien

mieux formés. Leur formation continue ne montre pas que leurs directions trouvent un intérêt suffisant à développer cette compétence dans leurs équipes !

D'autre part, le travail est entouré (ou au moins était jusqu'à il y a peu) d'un voile de discrétion assez opaque. J'ai toujours eu le sentiment (et j'ai exercé en tant que généraliste) que pour la médecine de soin, le travail signifiait uniquement « absence du domicile », comme une boîte noire où le salarié entre pour sa journée et ressort, comme une parenthèse dans la journée. La déclaration d'une pathologie en MCP, pourtant obligatoire pour tout médecin et moins contraignante, ne rencontre pas plus d'écho.

- **Système de reconnaissance :**

Le système lui-même par sa complexité, n'incite pas à la déclaration. Le certificat médical doit être très précis : un mot ne correspondant pas au descriptif du tableau peut faire rejeter la demande. Les délais doivent être respectés entre le diagnostic et la cessation de l'exposition. Un système complémentaire existe pour ce qui est hors tableau mais il est très restrictif. Il nécessite une expérience toute particulière pour ne pas se perdre dans la complexité des recours. Recours pour lequel il est judicieux de connaître les taux de reconnaissance de chaque C2RMP (commission régionale de reconnaissance des MP) puisque, en appel, on note des variations majeures entre ces différentes instances.

Le système de réparation, forfaitaire par construction en échange de la notion d'imputabilité, ne répare pas intégralement les dégâts sur la personne, notamment en cas d'incapacité. Certaines pathologies sont supposées guéries par l'intervention du corps médical ; en cas de complication, la situation devient compliquée si les capacités de travail sont compromises, l'attribution d'une invalidité ne sera pas possible puisque la pathologie sera entrée dans la case MPI. Donc pour un canal carpien par exemple, la reconnaissance de maladie professionnelle sera écartée par certains médecins car considérée comme normalement non invalidante et nécessitant une prise en charge brève et habituellement sans suite incapacitante.

La notion même d'imputabilité paraît se rétrécir avec le temps. La tentation d'imposer une « part imputable » au travail dans la survenue d'une pathologie pourrait à l'avenir ouvrir la voie à des débats sur la part que l'employeur aurait à réparer. Par exemple : un fumeur exposé à l'amiante qui développerait un cancer du poumon pourrait voir calculer sa part de responsabilité liée à la cigarette pour limiter la prise en charge par la branche AT/MP de la sécurité sociale. C'est une remise en cause pure et simple de ce qui a été bâti depuis 1919 !

Conclusion

L'existence des tableaux de MPI et leur complément les MCP semble actuellement assez peu efficace pour améliorer la santé des salariés et éviter son altération par les conditions de travail, autant sur le versant réparation que sur celui de la prévention primaire.

L'absence de volonté politique est visible à tous les niveaux. Le PNST (plan national santé travail) affirme la volonté de mieux connaître la situation dans les entreprises mais en même temps, la réorganisation des

services de santé au travail prive les professionnels d'un accès régulier suffisamment fréquent aux salariés pour pouvoir réellement apprécier les évolutions et l'apparition de signaux faibles (la visite médicale est passée à 5 ans et certains salariés ne voient jamais de médecin du travail). Les directions de services de santé se réfugient derrière la réglementation pour ne pas mettre en place d'indicateur pertinent (par exemple : connaître les motifs de départ de l'entreprise des salariés sortis de l'effectif). Les employeurs ne s'empressent pas d'améliorer les conditions de travail qui permettraient de limiter les altérations de la santé ; certains par manque évident de moyens mais d'autre part volonté de ne pas amputer la compétitivité.

Le manque de médecins du travail est connu depuis longtemps et rien n'est fait pour y remédier. La formation médicale pourrait mieux prendre ce sujet à bras-le-corps pour que les salariés soient mieux informés de leurs droits.

La prochaine réforme annoncée par le rapport Lecocq semble loin de résoudre les problèmes de la santé au travail. La cotisation unique incluant entre autres la cotisation AT/MP et les cotisations versées aux services de santé au travail renforce la confusion entre prévention et réparation. La création d'une structure régionale risque de remettre en cause le fonctionnement pluridisciplinaire qui se cherchait encore dans les services de santé au travail et de cantonner les médecins du travail à des missions de maintien dans l'emploi.

Une remise à plat de la prévention pour la santé dans les entreprises est nécessaire ; elle nécessite une volonté politique et de dégager les moyens nécessaires sur le plan humain, technique, financier et législatif. Tant que notre société fonctionnera en donnant la priorité aux profits, la santé et la prévention ne pourront s'appuyer que sur la réglementation, à condition que celle-ci rétablisse l'équilibre en donnant la priorité pour la prévention pour la santé et en définissant des règles claires et les sanctions qui vont avec.

Les données sont issues des publications de l'INVS sur les MCP et du Rapport d'évaluation du programme de surveillance des MCP (Santé Publique France).

Quelle Europe de la santé et de la protection sociale voulons-nous ?

Par le Dr Fabien Cohen
Membre du Conseil national du PCF

Bien commun, la santé est pour la Commission européenne un nouveau produit pour les marchés.

Face à la crise financière de 2008, à ses conséquences économiques et sociales, les politiques de l'Union Européenne n'ont fait qu'aggraver la situation sanitaire et sociale pour les peuples, afin de protéger la finance. Face aux résistances populaires à l'austérité, l'UE est devenue une machine de guerre contre la démocratie, et impose ce modèle à chacun des pays membres, comme en témoignent dans le nôtre, les Lois Bachelot et Touraine, et actuellement la politique d'Agnès Buzyn du gouvernement du Président Macron. Pourtant l'échelon européen pourrait être un échelon efficace pour construire des solidarités, pour combattre les forces de l'argent organisées mondialement, pour relever les grands défis du développement humain, du progrès social, de la recherche, de l'augmentation de l'Espérance de vie en bonne santé. C'est pourquoi, il est important de faire de la santé et la protection sociale un des sujets de débats et de mobilisations à l'occasion de ces prochaines élections européennes.

Si sous des formes diverses, la majorité des pays OCDE ont mis en place un système de soins de santé accessible à ses citoyens, ce droit est de plus en plus menacé. Les citoyens se trouvent de plus en plus dans une position d'inaccessibilité aux soins de santé due aux barrières financières (par exemple, la part non remboursée qui augmente), aux sociétés d'assurances privées qui entrent en jeu pour offrir des protections individuelles qui sont de moins en moins prises en charge par les régimes publics de prévoyance. On assiste partout à renversement complet des systèmes basés sur la solidarité, et l'idée même d'une santé comme un bien commun est remise en cause vers une vision où la santé est une marchandise négociable entre des individus et les fournisseurs sur un marché commercial.

Ceci contraint une part croissante de la population européenne à reporter des soins, voire d'y renoncer purement et simplement que ce soit du fait du prix du soin, de son niveau de remboursement et du reste à charge qui varient en fonction du type de protection sociale

et de la qualité de la couverture, du niveau de revenus, de la disponibilité financière du moment notamment quand l'individu doit avancer les frais.

L'Europe doit mettre un terme à la spéculation sur le médicament, et opposer la force publique aux industriels. Nous devons exiger la transparence des coûts sur les prix revendiqués par les industriels, notamment ceux remboursés. Des mesures de régulation s'imposent sans lesquelles, à terme, des millions d'assurés sociaux ne pourront plus avoir accès aux médicaments. Le prix d'un médicament ne peut être calé sur la valeur de la vie qu'il sauve, et encore moins sur la financiarisation d'une entreprise. Il faut que les États reprennent la main sur la régulation du marché du médicament. Les États sont dans l'obligation de protéger leur population. Ainsi, si son prix est excessif, il met de ce fait en danger la vie des gens, et donc oblige l'État à jouer son rôle, prévu par la législation, en utilisant la licence d'office, qui met entre parenthèses les droits du fabricant. Il faut donc mettre fin au niveau européen au modèle de recherche et de développement qui laisse aux sociétés pharmaceutiques la possibilité de fixer les prix grâce au système de brevets, sans être dans l'obligation de tenir compte du coût de développement et de production réel dudit médicament sous brevet. En même temps, les lobbies pharmaceutiques cherchent à influencer les réglementations européennes sous couverture d'une représentation de conseillers-experts, avec peu de transparence sur les rencontres et leur impact. Les traités de libre-échange veulent inscrire dans le marbre cette démarche. Une initiative publique-privé (IMI) a été initiée entre les institutions européennes et l'industrie pharmaceutique. 2,6 milliards € de l'argent des contribuables européens ont été, en grande partie, versés à l'EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) pour la recherche et le développement des médicaments...

Pour fixer le prix d'un médicament après son développement, des conventions ultrasecrètes sont conclues entre un État et une société pharmaceutique. Ce système opaque permet à l'industrie de ne pas réduire le prix public d'un produit dans le pays où la convention est signée, et donc de ne pas mettre en péril des négociations

de prix dans d'autres pays. Les citoyens n'ont aucun contrôle, ni aucune information, sur la qualité et le coût des médicaments qui leur sont prescrits. En même temps, partout en Europe, on impose des économies qui pèsent sur les professionnels de la santé et sur les patients pour compenser les marges toujours plus élevées laissées aux firmes pharmaceutiques.

Face à ce constat, il est urgent de sortir le médicament de la logique de profit, il est temps de mettre en place un **Pôle public européen du médicament**. Il faut mettre fin au rattachement en novembre 2014 des services liés au médicament ainsi que l'Agence européenne du médicament (EMA) à la direction « Entreprises », au lieu de la direction « SANCO » (santé et consommateurs). L'EMA devra permettre une utilisation publique des brevets.

Dans les hôpitaux publics restant, les fonctions logistiques ou de soutien telles que la cuisine, la stérilisation, la blanchisserie, l'entretien, la maintenance technique, l'informatique... sont progressivement soustraites à des firmes privées. Les activités techniques comme la biologie clinique ou les services d'imagerie médicale font aussi l'objet d'une externalisation par regroupement d'activités. La raison couramment évoquée est de permettre des investissements coûteux. Mais on constate un glissement vers le privé commercial, où l'objet social premier de l'activité « santé » n'a plus sa place.

De ces logiques marchandes qui se déploient largement avec un souci de rentabilité immédiate, découle ce que nous connaissons bien : compression des coûts de personnel au maximum en augmentant notamment leur polyvalence, réduction des frais liés aux matières premières même si la qualité n'est plus présente.

Les États de l'Union Européenne, dont la France, ne sont pas sans responsabilité, car ce sont bien eux qui ont défini les modalités de la construction européenne, et c'est bien la Commission, dont ils nomment les représentants, qui met en œuvre les multiples programmes européens de santé, dont le « nouveau programme 2014-2020 - pour lutter contre les inégalités et promouvoir les innovations en matière de santé (sic) ». C'est bien cette Europe libérale qui abandonne la notion de service public pour celle « de service d'intérêt général » dont les missions peuvent être assumées par des opérateurs privés, entérinant la primauté de la finance sur celui d'utilité sociale. C'est cette UE qui intervient dans les politiques de santé des États, envoyant même des injonctions comme dans le cas de la Grèce, où avec le

FMI et la Banque centrale, elle exige de ce pays que les dépenses de santé ne dépassent pas 6 % du PIB.

L'Union Européenne que nous exigeons, se devra de mettre en œuvre un programme de réparation des dégâts de cette politique sur la santé des populations et de restaurer l'accessibilité comme la qualité des soins.

Une politique de santé alternative, en Europe comme en France, exige à l'hôpital, comme dans tous les services sociaux, de substituer à la logique marchande la logique de la personne. La charte de Barcelone écrite par le Parti de la Gauche Européenne, sur la précarité et la santé, exigeant un travail digne pour tous, peut constituer un point d'appui vers la construction d'une sécurité d'emploi et de formation en Europe ; d'autres indicateurs de santé devraient être intégrés comme la lutte contre la pollution, contre les inégalités de santé ou pour de meilleures conditions de logement pour tous. Un droit explicite à la Sécurité sociale solidaire doit être reconnu. Son développement, en dynamique du financement, doit être garanti, alors que sa fiscalisation conduit à rationner les financements tout en les reportant sur les ménages. Le principe de l'accès gratuit et précoce aux soins pour tous, le développement de la prévention, de la coordination des soins devraient être promus. L'Union européenne doit donner la priorité aux soins de proximité et à la santé communautaire, incluant la prévention.

Elle se doit de faire de l'Europe du Droit des Femmes une exigence, au lieu de remettre en cause le budget du Planning familial. Elle doit combattre tout glissement sur l'idée de « droit à la vie », contenue dans le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) qui ne fait pas référence au droit des femmes à disposer librement de leur corps. La lutte des femmes en Pologne est de ce point de vue exemplaire.

De cette volonté, il en a résulté la création d'un Réseau Européen contre la Commercialisation de la Santé et de la Protection Sociale, à Varsovie, les 6 et 7 octobre 2012. Il a réaffirmé ses axes fondamentaux tels que définis dans la déclaration de Nanterre de mai 2012, à savoir l'accessibilité universelle, un financement public ou basé sur les cotisations, selon les pays, une Santé protégée des logiques marchandes et une démocratie sanitaire réelle. Réaliser ces 4 axes implique de faire échec aux politiques libérales sur un plan régional, national et européen. Dans ce but, le réseau :

- favorise les échanges entre les membres des différents pays ;

- produit des analyses, des propositions et des revendications communes ;
- sensibilise les citoyens et les acteurs de Santé ;
- mobilise et mène des actions.

Le Réseau entend mener une stratégie d'élargissement à tous les niveaux :

- partir de la notion de soins de santé pour agir sur les déterminants de la santé, que sont notamment le droit au travail, les conditions de travail, le logement, l'environnement... ;
- partir des combats locaux et/ou professionnels pour aller vers des actions plus générales et globales, à travers une mobilisation citoyenne ;
- augmenter le nombre de pays participant au Réseau et le nombre d'organisations dans les pays représentés ou existant au niveau de l'Europe, qui adhèrent au socle commun ;
- partir des préoccupations purement liées à la santé pour déboucher sur une stratégie visant les causes de sa dégradation qui sont notamment la convergence des politiques européennes d'austérité, l'instrumentalisation de la dette, l'application des traités européens, dont le pacte budgétaire ;
- élargir les analyses et les actions nationales vers une prise en compte, à travers des débats larges, des enjeux européens.

En 2019, année d'élection au Parlement européen, il propose de faire une année de campagne pour mettre en avant les questions de santé et de protection sociale. Outre l'animation de débats publics et de soutien aux initiatives de défense du système de santé et de protection sociale, un des objectifs de cette campagne est de faire du 7 avril 2019, journée mondiale de la Santé décrétée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une date de mobilisation européenne au cours de laquelle il appelle les signataires de la déclaration de principe, que le Réseau a élaboré, à défendre la construction d'une Europe Sociale.

Dans cette déclaration de principe, il est proposé aux partis et candidats de s'engager à **défendre et généraliser un système de santé et une protection sociale qui assurent à l'ensemble de la population des services accessibles, fiables, de qualité et non commerciaux par un financement suffisant et solidaire, vers une Europe réellement sociale. Elle revient sur l'importance des déterminants de la santé, impliquant également des actions dans de nombreux autres secteurs sociaux, environnementaux et économiques. Les choix politiques, qu'ils soient européens ou nationaux, doivent être faits afin d'assurer à l'ensemble de la population, quelle que**

soit la zone géographique, des services de proximité accessibles, fiables, de qualité, non commerciaux et démocratiques, financés par un système solidaire.

Comme parlementaires, représentants des citoyens européens, les candidats doivent s'engager à s'opposer au démantèlement des systèmes de santé et de protection sociale universels en défendant les axes d'action suivants :

1. **Assurer un financement suffisant** pour les services de santé publics et non marchands des États membres, garantissant un système de protection sociale solidaire, public et universel offrant des services accessibles, de qualité ;
2. **Protéger la population contre les dérives commerciales**, car la santé et la protection sociale sont des biens communs et ne sont pas à vendre ;
3. **Garantir une accessibilité financière, géographique, temporelle, culturelle** à la santé pour toutes les populations, sans restriction d'aucune sorte, en tenant compte des réalités locales ;
4. **Stimuler la démocratie sanitaire** en impliquant la société civile, les travailleurs.euses et les bénéficiaires, dans la définition des objectifs et moyens des politiques de santé ;
5. **Améliorer** la santé en attaquant les causes profondes telles que les **déterminants sociaux, environnementaux, écologiques et du genre de santé**, par l'existence d'un socle de droits réels à toute la population ;
6. **Orienter une politique des médicaments au service de la population** et non des multinationales pharmaceutiques.

Bien entendu, nous ne saurions tout trouver dans ce texte, mais au plan européen, ce serait une avancée d'appeler à les défendre, en les complémentarisant par les exigences exprimées en France comme Europe. Ainsi en est-il de l'expérience au sein « des Mareas Blancas », une organisation bien connue en Espagne, membre aussi du Réseau. Il s'agit d'une forme d'association citoyenne qui travaille comme mouvement social en réseau au plan national pour des objectifs de défense de droits sociaux attaqués, privatisés, marchandisés par le système néolibéral. Il se présente sous diverses couleurs pour identifier leurs différentes luttes : blanc pour la santé, jaune l'éducation, vert le logement, orange les retraites, etc. Dans tous les cas, l'orientation c'est la convergence depuis les différentes « mareas » pour un ensemble de revendications sociales, économiques, démocratiques face à la politique d'austérité imposée par les marchés.

Pour la santé, leurs premières actions ont démarré il y a 7 ans, à Madrid en réponse populaire contre la vente de 6 hôpitaux publics de la région dont l'hôpital de la Princesa (de référence historique) en tête. Les mobilisations chaque dimanche dans les rues de Madrid de milliers de citoyens, travailleurs, tous ensemble ont arrêté cette vente et lancé les luttes pour leur réappropriation « publique ». Après un temps de calme relatif, les agressions contre le système public de santé ont repris avec tellement de brutalité que le mouvement a repris de sa vigueur. Ils travaillent de façon fédérale, avec une convergence volontaire des « mareas blancas » de nombreuses autonomies/régions d'Espagne. Douze des 17 territoires existants sont coordonnés dans « la marea estatal ». Un Manifeste de 38 points de revendications a été édité. Ce document a été présenté au Congrès des députés, aux gouvernements régionaux (compétents en santé) et aux autorités locales. Le slogan peut se résumer par « La Santé publique ne se vend pas, elle se défend ».

Les conditions très pénibles en Espagne des soins de santé, les listes d'attente pour les patients, la situation des services publics et toute la vague de privatisation ont suscité de vastes luttes civiles dans les rues. Les « Mareas Blancas » cherchent à établir des canaux d'information et des contacts réguliers notamment entre le Parti de la Gauche Européenne et ce mouvement social le plus inclusif et étendu agissant en Espagne dans la lutte pour la santé et la santé publique. Ils veulent conserver la réflexion explicite (et réitérée) de ce type de relation entre partis politiques et mouvements sociaux, en toute souveraineté et indépendance réciproques. Une autonomie qui n'implique pas l'ignorance mutuelle, encore moins l'opacité réciproque, ni la nécessaire convergence et collaboration dans les actions.

Parmi les actions envisagées en 2019, ils ont retenu la journée du 7 avril, avec débats et réflexions sur leur système de santé publique, soutien campagnes sociales en cours comme sur la situation des soins primaires, les actions de dénonciation de la politique actuelle et la recherche d'alternatives à la privatisation croissante et la commercialisation de la santé publique, Mais, ils associent à ce combat, les luttes contre la précarité, contre le patriarcat, en faveur de la municipalisation des services de base tels que l'eau ou l'énergie, etc. Ils mettent cela en parallèle avec les autres droits sociaux fondamentaux et universels tels que l'éducation et les services sociaux.

La situation de l'Espagne est un exemple. Il en est de même depuis Thatcher, au Royaume-Uni, où il est à

noter que s'agissant des dégâts causés par la politique ultralibérale sur le National Health Service (NHS), une étude d'Oxford a fait le lien entre austérité et surmortalité, ce qui a mis les Tories en furie. Celle-ci affirme que l'on peut « vraisemblablement » établir un lien entre l'austérité budgétaire, à l'échelle du Royaume-Uni et dans tous les secteurs, et la hausse de la mortalité. Les chercheurs chiffrent la surmortalité provoquée par la politique menée par le gouvernement conservateur à 30 000 décès pour la seule année 2015 par rapport à l'année précédente, l'écart le plus élevé depuis la seconde guerre mondiale. Les coupes dans les budgets sociaux laissent de plus en plus de Britanniques sur le carreau. Pour les auteurs de l'étude publiée en mars 2017, dans le journal de la Société Royale de Médecine, le lien est probable entre les coupes opérées dans les budgets consacrés aux aides sociales et aux services publics de santé. L'austérité infligée au NHS a pour conséquence une attente plus longue avant toute prise en charge. Le temps d'attente moyen à l'hôpital est monté jusqu'à 12 heures, tandis qu'un rendez-vous avec son médecin généraliste peut attendre jusqu'à 3 semaines. Les hôpitaux anglais souffrent d'une des plus graves crises de l'histoire du NHS. Les auteurs ont souligné également les conséquences de l'allongement du temps d'attente aux urgences, de celui avant lequel le patient peut être transporté par une ambulance ainsi que la multiplication des reports d'opérations de routine, notamment en chirurgie.

Le budget du système national de santé tourne autour de 106 milliards de livres. Il aurait augmenté, selon les conservateurs, de 15 milliards entre 2009 et 2015. Pourtant, il est loin de répondre à la demande. Dans le même temps, le budget de l'aide sociale, géré par les collectivités locales a baissé de 3,5 milliards de Livres depuis 2011. Et l'étude insiste sur la baisse de 17 % des dépenses en faveur des personnes âgées, depuis 2009 alors que le nombre de personnes de plus de 85 ans a augmenté de 9 % sur la même période.

Pour le professeur Danny Dorling, « *il peut sembler évident que plus de personnes âgées sont mortes prématurément à cause des coupes budgétaires du gouvernement, mais le nombre exact de décès n'a pas été évalué. Et le gouvernement refuse d'admettre toute responsabilité* ». En Irlande, la couverture santé a été réduite pour les plus de 70 ans et même les bas revenus doivent maintenant payer un ticket modérateur.

D'autres pays ont réduit leurs dépenses de santé à l'occasion de la crise. En plus de la Grèce et du Portugal, la Lettonie, la Slovénie et le Danemark ont accéléré

la restructuration de leur secteur hospitalier. Et les professionnels de santé ont vu leurs salaires réduits en Grèce, au Portugal, en Irlande, mais aussi à Chypre, en Lituanie et en Roumanie. Mais cette politique a aussi suscité des formes de résistances, dans le domaine du droit à la santé et à la protection sociale, qui ont permis la création d'un mouvement original de solidarité notamment au travers des dispensaires sociaux autogérés. Ils ont suscité dans notre pays, comme dans de nombreux autres, un mouvement de solidarité politique et matérielle exemplaire.

Ainsi en est-il de la création, en France, d'un collectif de Solidarité avec la Grèce en soutien aux populations impactées par la situation sanitaire et sociale catastrophique dans ce pays, de fait de la pression de la Troïka qui a été imposée aussi au gouvernement de gauche. Dans cet esprit, ces campagnes de solidarité ont été menées en faveur des dispensaires sociaux grecs. Un collectif national a été mis en place en février 2013 et travaille à recueillir des fonds pour des achats de médicaments et matériels que les dispensaires sociaux solidaires demandent. Dans ce collectif, on note la présence active de partis politiques comme le PCF, de la CGT Sanofi, de Sud santé-social, de l'USP, de représentants de la communauté grecque en France, médical ou non, d'ATTAC, de Transform,...

Parler Europe, c'est encore parler de la transposition dans le droit français de directives de l'Union européenne dans le domaine de la santé, notamment comme en 2013, s'agissant des produits de santé comme les conditions de vente en ligne des lentilles de contact correctrices et l'ordonnance relative à la lutte contre les médicaments falsifiés et à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet. À la suite de la décision du Conseil d'État du 17 juillet 2013, il élargit aussi le périmètre des médicaments pouvant être vendus en ligne sans remettre en cause l'interdiction de la vente en ligne pour ceux soumis à prescription obligatoire. Il instaure, en outre, des mesures facilitant la reconnaissance, dans d'autres États membres de l'Union Européenne, des prescriptions médicales portant sur certains médicaments biologiques, par exemple les médicaments dérivés du sang et du plasma humain et les médicaments de thérapie innovante.

Parmi les questions que nous devons poser dans le cadre de la campagne des européennes, c'est aussi celui de **l'accès à la santé des personnes exilées en France et en Europe.**

Lors de la rencontre « Parcours santé des migrants » au Ministère des Solidarités et de la Santé le 28 novembre 2017, le Directeur général de la santé a rappelé que « La santé est un droit pour tous ». Or nous savons, avec les associations qui ont lancé en février 2018 un appel en ce sens, que cela n'est pas le cas. Pourtant toute personne étrangère et exilée, en France comme en Europe, devrait pouvoir avoir accès à tous les soins, de façon inconditionnelle, sans suspicion constante de fraude. Ces personnes ont pour la plupart subi un parcours d'exil traumatisant et arrivent dans des situations sanitaires et psychiques souvent catastrophiques, qui nécessitent une mobilisation rapide et coordonnée des acteurs de la santé et des acteurs de lutte contre les exclusions pour leur assurer le soutien dont ils ont besoin. Dans un contexte d'extrême tension sur la santé des personnes en situation de précarité, pour lequel il devient urgent de faire des choix politiques ambitieux dans une perspective de santé publique plutôt que de gestion de flux migratoires, le PCF, ses candidat-e-s à l'élection européenne doivent considéré-e-s comme primordial que la politique de santé des étrangers relève d'une compétence du ministère de la santé et non de l'intérieur.

Parmi les propositions que nous pourrions faire, ce serait la facilitation de l'accès aux droits. C'est un véritable parcours du combattant aujourd'hui, pour des personnes dont la situation de précarité est renforcée par la problématique de la maîtrise de la langue, des codes, et la méconnaissance de l'organisation du dispositif de soins en France. C'est déjà le cas pour un tiers des personnes éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] selon le Fonds CMU-C, c'est encore plus vrai pour ces migrants qui sont bien souvent à la rue, parfois avec un traitement, et ont des difficultés à fournir toutes les pièces justificatives demandées. Nous devons exiger que soient pérennisés et renforcés, notamment financièrement, les centres et réseaux spécialisés qui existent déjà sur certains territoires et qu'ils soient créés dans les territoires non pourvus des centres ressources d'appui et d'expertise spécialisés sur l'accompagnement santé des exilés, notamment en santé mentale. Ceci en s'appuyant et en s'articulant avec les projets existants qui ont fait leurs preuves sur d'autres territoires.

Il faudrait qu'ils/elles puissent bénéficier d'une visite médicale pour les étrangers en situation de vulnérabilité (demandeurs d'asile ou non) dès leur arrivée sur le territoire (où les soins somatiques et psychiques seraient disponibles). Ce bilan de santé proposé par la CPAM devrait être adapté pour les personnes allophones

(traduction du questionnaire en plusieurs langues, accès à l'interprétariat, etc.). Cela passe par une meilleure formation des professionnels de santé à l'accompagnement des publics étrangers. Il faut aussi un développement des moyens de l'interprétariat et de la médiation en santé.

Dans un article, « LA SANTÉ EN 2016, LE VÉRITABLE CONFLIT OUBLIÉ », écrit par le Dr Anne Senequier, la chercheuse associée à l'Observatoire mondial de la santé de l'IRIS (Institut de relations internationales et stratégiques) rappelait l'impact de l'écologie et du changement climatique sur notre santé. Un rapport de l'OMS au printemps 2016, rapporte un taux alarmant de 23 % de la mortalité mondiale serait lié à l'environnement, ce qui représente 12,6 millions de décès par an lié à la pollution, la chaleur, les maladies infectieuses. Ne laissons pas dans la campagne, ce sujet aux seuls EELV.

Alors qu'en 2015, la Commission européenne, lancé une consultation autour d'un Socle européen des droits sociaux, la CES (Confédération Européenne des Syndicats) placé parmi les priorités qu'elle a émises le septembre 2016 dans cette phase de consultation, une protection sociale et des services publics forts. Cela consiste en des améliorations tangibles des conditions de vie, non seulement en termes de revenu mais aussi en termes de facteurs affectant la qualité de vie des citoyens et leur capacité de travailler, par exemple la disponibilité de services publics, y compris l'accès à l'accueil des enfants et des personnes âgées, aux transports, aux soins de santé et au logement.

Ainsi on notera les points suivants :

« Les systèmes de protection sociale ne se limitent pas à de l'assistance mais doivent aussi inclure des droits. Le socle des droits sociaux doit par conséquent présenter des recommandations afin de garantir plusieurs droits fondamentaux et notamment :

1. *Le droit à des prestations sociales de bonne qualité dans tous les domaines de la sécurité sociale, y compris le handicap, les systèmes d'assistance sociale et le revenu minimum ;*
2. *Le droit à des services sociaux de bonne qualité, abordables et accessibles, adéquatement financés et prestés par des professionnels qualifiés, y compris les soins de longue durée et l'accueil de l'enfance, les soins de santé préventifs et curatifs de bonne qualité, et le droit à un logement social de qualité, sûr et abordable pour ceux qui en ont besoin ;*
3. *Le droit à une pension adéquate et indexée afin de protéger le pouvoir d'achat. La convergence*

à la hausse des normes au niveau européen doit également être envisagée dans le cadre des réformes des régimes nationaux de pension ;

4. *Une directive européenne sur des régimes de revenu minimum adéquat afin de définir des principes, définitions et méthodes communs en matière de droits pour l'ensemble de l'UE ;*
5. *Une norme européenne commune portant sur le droit à des soins de longue durée professionnels de qualité, y compris la fourniture de soins, le droit à congé et à compensation pour les aidants ;*
6. *La suppression de l'obligation faite aux États membres de lier l'âge légal de départ à la retraite à l'espérance de vie et la prise en compte de la pénibilité du travail. »*

Quand on parle d'Europe, on ne peut négliger la question des traités de libre-échange, notamment en matière de brevets, mais aussi sur la manière dont le néolibéralisme impose de façon de plus en plus prégnante ses règles, ses objectifs, qui affecte les services publics dans tous nos pays, anticipant l'application des objectifs des accords TTIP et CETA. Nos alternatives ne sont pas du tout celles de ces traités, nous devons mener une confrontation sans réserve contre cette menace qui aurait des conséquences irréversibles. La protection sociale, celle des services publics et de l'emploi au niveau européen ne doivent être en aucun cas concernés par des accords commerciaux relatifs aux échanges transatlantiques. Ils se proposent d'abaisser toutes les normes sociales, sanitaires et environnementales, tout en créant un droit des affaires contre les droits humains. Ils proposent la libéralisation de tous les services publics qui ne sont pas financés publiquement à 100 %. C'est aussi le détricotage des normes alimentaires jusqu'à la formulation de nouvelles réglementations y compris dans le domaine des biotechnologies (OGM inclus). Nous avons besoin de traités internationaux, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé qui maîtrisent les échanges en faveur du développement de biens communs partagés. Nous voulons œuvrer à préserver de la concurrence les secteurs correspondant aux besoins humains comme la santé, l'environnement, les services publics et engager une bataille politique pour la reconnaissance de Biens communs européens, et la mise en place d'institutions chargées de leur protection, de l'organisation des coopérations européennes dans ces domaines.

Dans l'Union européenne que nous voulons, il faut un système unifié de santé et de protection sociale entièrement public qui appartient à toutes et à tous, en permettant à la population de le contrôler et d'y participer

pleinement, hors de la logique de consommation et marchandisation. L'Union européenne doit agir pour des instances sanitaires internationales transparentes et totalement indépendantes des intérêts des multinationales et des financements privés.

« Refonder l'Europe » c'est centrer d'urgence le projet européen sur les priorités sociales qui permettent d'ouvrir la voie de manière durable à un véritable co-développement entre peuples européens et impulser un nouveau modèle social avancé, commun à tous les Européens. Cela en tenant compte des réalités de chaque pays et de chaque peuple, de l'histoire et de la culture de chaque nation. Cette refondation porterait le projet d'un nouveau pacte social européen, d'une clause de non-régression sociale et d'harmonisation sociale par le haut. Soit un nouveau modèle de développement humain durable, réellement solidaire et coopératif.

Le droit d'accès universel à la santé, les restrictions imposées par les mémorandums et la politique du gouvernement grec ces trois dernières années (2015-2018)

**Par le Dr Yannis G Baskozos
Membre du Comité central de SYRIZA
Secrétaire Général de la Santé Publique du gouvernement grec**

Traduction : Frédérique Bouvier et Nikos Graikos

Chaque fois que je rencontre des camarades d'Europe, je ressens le besoin de partager avec eux une question : le pouvoir de la gauche radicale valait-il la peine de réclamer et d'assumer le gouvernement d'un pays en faillite, sous tutelle du Mémorandum, dans un contexte politique suffoqué par les politiques d'austérité néolibérales ? Pourrait-il servir dans une certaine mesure, dans ces circonstances, aux intérêts et aux besoins de la majorité de la classe populaires et des groupes de population vulnérables ? Pourrait-il prouver la suprématie de la gauche dans le domaine des droits de l'homme et de l'état social ?

Pourrait-il prouver, alors que le pays n'était plus sous tutelle sévère et sans mémorandum, après des sacrifices et des compromis, qu'il était possible à une administration de gauche de faire un travail et de mettre en œuvre son programme de reconstruction productive, de redistribution de la richesse et du pouvoir aux travailleurs, à la classe moyenne et aux agriculteurs, mais aussi et surtout aux plus jeunes et vulnérables de nos concitoyens dans le contexte d'une hégémonie néolibérale dans l'UE ?

Je pense que le secteur de la santé pourrait offrir une réponse.

En Grèce, avant 2009, avant l'éclatement de la crise et la soumission aux mémorandums, il existait un système de santé, bâti à travers une série d'initiatives, dont la plus importante fut la création du Système National de Santé (SNS), d'interventions pertinentes ou malencontreuses qui, dans une certaine mesure ont couvert les besoins de la population, mais qui cependant avaient certains problèmes inhérents.

1. Financement insuffisant au fil du temps
2. Phénomènes de corruption, de mauvaise gestion, de surfacturation, de gaspillage des fonds publics

3. Extension excessive du secteur privé
4. Phénomènes important de privatisations cachées (dessous-de-table, corruption, clientélisme)
5. Démantèlement du système d'assurance sociale, dont dépend essentiellement le financement, donc l'inégalité à la possibilité d'y avoir accès.
6. Absence des mécanismes d'un réel contrôle
7. Augmentation incontrôlée des dépenses pharmaceutiques
8. Répartition géographique déséquilibrée du personnel de santé et déséquilibre entre médecins et personnels de santé

Donc, au motif et sous prétexte de l'accroissement excessif de la dette, le choix fut fait de la soumission à une tutelle internationale, aux mémorandums et à la troïka.

Ces institutions sont donc venues en Grèce et ont dit : vous avez très mal fait, nous, nous voulons notre argent, vous gaspillez beaucoup d'argent dans le secteur de la santé, après tout vous ne pouvez pas avoir un secteur de santé d'un niveau supérieure à celui auquel vous "avez droit" d'après l'argent dont vous disposez et par rapport à ce que vous devez !

Cette solution simplificatrice, injuste si on considère qui était responsable, et erronée par rapport aux solutions que la logique imposait, a été acceptée par les gouvernements mémorandaires de l'ancien bipartisme. Sont alors arrivées des politiques qui, selon moi, "ont violenté" le corps de la santé déjà mal en point dans notre pays.

Tels des "apprentis sorciers" ils ont commencé à faire des coupes horizontales, souvent irréfléchies, et à désorganiser le système :

- Réduction des dépenses de santé, tant dans le secteur public que privé, de 9,8 % du PIB en 2009, de

8,23 % pour 2014 et de 8,2 % pour 2015 (soit une réduction d'environ 15 %. Moyenne dans l'OCDE: 9 %, moyenne en UE: 9,9 %).

- Réduction des dépenses de santé, tant dans le secteur public que privé, de 23,2 milliards pour 2009 à 15 milliards en 2015 (d'environ 35 % de réduction).
- Réduction des dépenses de santé par habitant, de 2.991\$/2.215€ en 2009 à 2.245\$/1.663€ en 2015 (environ 35 % de réduction. Moyenne dans l'OCDE: 3.814\$, moyenne en UE: 2781€).
- Réduction des dépenses pharmaceutiques publiques, de 5.108 milliards d'euros pour 2009 à 1.945 milliards d'euros en 2016 et e, 2017 et 2018 (environ 62 % de réduction).
- Réduction des dépenses pharmaceutiques par habitant, de 888\$/660€ en 2009 à \$630/€468 en 2014 (environ 30 % de réduction. Moyenne dans l'OCDE: 538\$, moyenne en UE: 402€).

Ces politiques ont abouti au dérèglement complet et à la dégradation du système de santé, à la dissolution du déjà défectueux Système de soins de santé primaires, aux bas salaires, à l'attente de nominations, à l'augmentation des charges pour les patients qui veulent obtenir leurs médicaments, aux dettes envers des fournisseurs privés, à l'application de clauses de "défaite" dans le contrôle des dépenses pharmaceutiques (et des diagnostics) comme par exemple le clawback (récupération) et le rebate (rabais), et au renforcement de la tendance à une hyperconcentration du capital dans le domaine des services de santé au détriment des travailleurs indépendants.

Bien sûr certains outils de contrôle utiles ont été créés (la prescription d'ordonnances par voie électronique), mais les phénomènes de gaspillage et de corruption ont continué et l'obstination des institutions à baisser continuellement le prix des génériques (ce qui dans une certaine mesure était nécessaire) n'a pas apporté les résultats que les initiateurs de cette politique escomptaient en théorie. Dans le même temps bien sûr, le nombre de nos concitoyens non assurés a dépassé les 2,5 millions et en plus les flux de réfugiés ont commencé à augmenter.

Le renversement politique en 2015 qui a amené à la tête du pays un gouvernement ayant comme principale composante SYRIZA qui était à la fois obligé et déterminé à aller dans les directions fondamentales ci-dessous afin de :

1. sauver et remettre sur pied le système public de santé
2. renforcer son caractère public
3. stopper la baisse continue des budgets de santé

4. s'attaquer résolument à la corruption et au gaspillage des ressources sanitaires de toute façon limitées.
5. mettre en place un Système de soins de santé primaires digne de ce nom
6. renforcer les politiques de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé
7. avancer vers une couverture universelle pour chacun indépendamment de son statut d'assuré ou non
8. maintenir l'assistance sanitaire aux réfugiés et aux migrants tout en protégeant efficacement la santé publique.
9. Poursuivre les réformes dans le secteur de la santé en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, la prévention et l'éducation pour la santé.

Mais tout cela en ayant à faire face au besoin de soutien moral et matériel du personnel de santé, qui se trouve au bord de l'épuisement professionnel, qui vieillit et perd patience. Permettez-moi d'exprimer l'opinion que le système tient debout grâce principalement à l'abnégation, à l'intégrité morale, au sens de la responsabilité et aux efforts énormes d'une grande partie du personnel, mais aussi en raison des formes de privatisation cachées comme les rémunérations illégales pour des services proposés dans les hôpitaux publics, comme les dessous-de-table, donnés souvent pour accélérer l'accès aux soins, rémunérations illégales qui résultent de la surfacturation du matériel médical et des médicaments, et dont un pourcentage est versé aux personnels de santé, ce qui permet de maintenir certains en poste (phénomène inacceptable mais qui existe néanmoins).

Tout retard, objectivement inévitable, dans l'amélioration sensible des choses, atteint ses limites tant pour les personnels de santé que pour la société. Par conséquent les cris irresponsables, démagogiques, qui s'élèvent dans l'opposition, affirmant que tout ce désastre est dû au gouvernement, sont à la fois inexacts et dangereux pour le sentiment de sécurité sanitaire et pour l'image internationale du pays. Le processus de réorganisation de ce système a commencé à donner des résultats, loin de nous cependant l'idée d'un soutien naïf au gouvernement qui prétend que tout va bien et que tout est parfait. Parce que la suraccumulation chronique des problèmes, le pourcentage encore faible des dépenses de santé imposées par la tutelle mais aussi l'inertie de l'appareil étatique rendent la solution de l'équation très difficile à trouver.

La vérité est que le "noyau dur" des politiques d'austérité et la prise en charge supportée par les citoyens demeurent intacts, produit d'un compromis douloureux conclu il y a deux ans afin de maintenir le pays debout et de revendiquer à nouveau une position équitable et digne au sein de l'Europe. Les possibilités réelles de l'économie et les contraintes financières qu'entraînent les mesures mémorandaires et les conditions requises par les évaluations, créent une disparité entre les besoins et les ressources dans le pays, dans la société et naturellement dans le système de santé.

Mais la vérité c'est aussi que le Système National de Santé est debout, en place, se stabilise sans cesse, renforcé par du recrutement de personnel, améliore ses performances et augmente sa "capacité", en étant de façon fiable au service de plus en plus de citoyens, sans discrimination et sans exclusion. La vérité c'est aussi que le pays est sanitaire sûr et qu'aucune "bombe sanitaire" n'a éclaté. Nous n'avons pas permis de faire de la question des réfugiés une question de santé publique, nous nous sommes appuyés sur l'excellent potentiel scientifique du pays, nous avons collaboré avec les organisations internationales et les ONG qualifiées, nous avons amélioré considérablement le niveau des soins de santé, nous avons renforcé la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et nous avons évité que des cas sporadiques, dont on savait qu'ils se produiraient, ne se propagent. En mettant l'accent sur les mesures de prévention, sur la vaccination universelle de la population infantile, sur les interventions de la santé publique, nous avons renforcé le sentiment de sécurité sanitaire dans la société et limité l'influence dans la société des « cris » xénophobes, intolérants et racistes. Parce que notre logique est que vous ne pouvez pas garantir la protection de la santé publique si vous laissez des groupes de la population en dehors des soins de santé.

Ce que nous faisons n'est pas simplement une gestion misérable du quotidien vraiment difficile dans les services de santé, mais c'est la première intervention politique sérieuse et cohérente pour soutenir les soins de santé publique depuis de nombreuses années. Le plan global de recrutement de personnel permanent et auxiliaire, mais aussi ceux avec tout autre type de contrat, dans les hôpitaux, les structures du Système National de Santé et des organismes dépendant du ministère de la Santé, dépasse au total 10 000 médecins et autres personnels.

Ce ne sont pas que des mots, ils sont basés sur des données non contestées. Il s'agit de recrues programmées

qui, bien sûr, ne procèdent pas aussi vite que nous le voudrions pour répondre aux besoins pressants du SNS, mais dans tous les cas, elles modifient le climat quotidien des hôpitaux, elles motivent le personnel et créent une attente positive d'amélioration progressive du SNS et de l'amélioration des services aux citoyens.

Mais les conditions matérielles préalables à cette amélioration existent-elles? Le financement nécessaire a-t-il été obtenu? La réponse a été donnée par le budget des hôpitaux et Régions de santé de Grèce d'il y a deux ans, le premier, après 5 ans, à tendre à la hausse, tendance que bien sûr les budgets de 2016, 2017 et 2018 continuent clairement à avoir.

Les 1,388 milliards d'euros initialement prévus dans le budget de 2015 (limite de dépenses) sont devenus 1 556 milliards euros avec l'injection de fonds effectuée en octobre 2015 à la suite d'une redistribution des fonds nationaux vers le SNS. Le budget pour 2016 avait commencé avec une limite de dépenses initiale de 1 634 milliards d'euros pour finalement atteindre 1 754 milliards d'euros à la fin de 2016 et le budget de l'exercice en cours prévoyait 1 772 milliards d'euros, montant qui est resté stable tout au long de l'année 2018 malgré le nouveau cadre stratégique financier à moyen terme 2018-2021. Cela représente un financement supplémentaire de 388 millions d'euros en 2016 (350 millions d'euros pour les hôpitaux + 38 millions d'euros pour les régions de santé / PEDY) et de 390 millions d'euros (352 + 38) en 2017, en tenant en compte du cadre de stratégie financière à moyen terme du gouvernement précédent (2015-2018), qui prévoyait 1 404 milliards d'euros pour 2016 et 1 420 milliards d'euros pour 2017-2018. Pour 2018, le plafond des dépenses hospitalières restera aux niveaux relativement élevés de 2017. Le seul changement observé, selon le budget 2018, est la légère réduction du financement des hôpitaux du Budget Ordinaire d'environ 300 millions d'euros. Ce montant sera couvert par le financement accru et stable des hôpitaux par EOPYY (Organisation nationale des services de santé).

En particulier, les dépenses pour les soins de santé primaires (SSP), qui constituent une priorité politique essentielle pour le gouvernement, les centres de santé et les structures PEDI, s'élèvent à 451 millions d'euros pour 2017 (salaires, coûts de fonctionnement, etc.) alors qu'en 2016, ils s'élevaient à 373 millions d'euros et en 2015 à 363 millions d'euros. C'est la première fois que l'austérité dans le secteur de la santé est légèrement réduite, ce qui sert la décision politique prise pour

lutter contre la « pauvreté en matière de santé », assurer la couverture universelle des citoyens non assurés et augmenter le budget alloué à l'amélioration des soins de santé. Selon ELSTAT, les dépenses de santé publique en pourcentage du PIB sont déjà passées de 4,6 à 4,9 % au cours des trois années précédentes à 5,1 % en 2015 et 2016. Il existe évidemment un écart énorme par rapport à la moyenne des pays de l'UE (6,5 à 7 %), nous sommes donc obligés de promouvoir les politiques de convergence après avoir été libérés du mémorandum et du contrôle financier.

Le gouvernement actuel avec la loi 4368/2016 a déjà soulagé 2,5 millions de citoyens, en permettant à 767 000 ayant-droits à très faible revenu d'avoir accès gratuitement aux médicaments, en couvrant 190 788 citoyens non assurés pour des examens de laboratoire d'une valeur de 21,6 millions d'euros dans les structures publiques et 274 222 pour des médicaments d'une valeur de 62,7 millions d'euros en 2016. Parmi les bénéficiaires d'une couverture pharmaceutique gratuite, 82 000 d'entre eux, déjà depuis le 1er août 2016, se sont vus prescrire, et ont reçu venant de pharmacies privées, des médicaments d'un montant de 19,1 millions d'euros. Tandis que très prochainement se mettra en route la couverture des non-assurés avec des aides médicales, du matériel sanitaire périssable et d'autres fournitures via l'Agence nationale de fourniture de soins de santé pour des maladies telles que le syndrome de Down (la trisomie 21), la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, la thalassémie.

S'ajoute à cela le Cadre de référence stratégique national 2016-2020, avec lequel nous visons à couvrir une partie des besoins du Système National de Santé en infrastructures et équipements, mais surtout à assurer le financement viable de la réforme du Système de soins de santé primaires, le soutien aux services de santé mentale, à ceux qui font face aux addictions et aux services de santé publique. À la place du caractère fragmentaire, du démantèlement et de la logique clientéliste et des travaux au cours des précédents exercices financiers, nous mettons en route l'utilisation rationnelle des ressources européennes pour soutenir un plan cohérent de revalorisation des soins publics et des réformes du système de santé.

Nous revalorisons la gestion électronique dans le domaine de la santé, avec l'achèvement de « l'Atlas » de la santé et bientôt du dossier médical personnel, avec l'interconnexion des systèmes informatiques des hôpitaux au système central d'intelligence gestionnelle

du ministère, avec le développement du Registre des maladies chroniques et l'incorporation de protocoles diagnostiques et thérapeutiques dans le système de prescription par voie électronique, avec la possibilité pour les citoyens de prendre gratuitement, via Internet, les rendez-vous dans les hôpitaux et dans les structures du Réseau national de santé primaire.

Une autre vision pour la politique de santé

La nouvelle stratégie pour la santé, centrée sur l'être humain, envisage ce domaine comme un champ de couverture des besoins sanitaires réels de la population et de protection des droits humains et sociaux mais aussi de redistribution sociale, c'est-à-dire la levée des inégalités. L'État doit sauvegarder d'un point de vue institutionnel, opérationnel et de financement, la fourniture équitable de véritables soins de santé, de prévention et d'éducation à la santé pour tous, indépendamment de la situation de chacun vis-à-vis de l'emploi et de l'assurance, de sa situation économique ou de la légalité de son séjour dans le pays. La réponse politique aux inégalités de santé et aux exclusions créées par la crise est la reconstruction du système de santé en termes d'universalité, d'égalité et d'efficacité. Nous avons besoin d'un nouveau Système National de Santé sans les dérives et les graves problèmes du passé. Un système qui élargit le domaine public de la santé et restreint le marché, qui réoriente les ressources publiques du secteur d'affaires entretenu par l'État vers les structures publiques, en renforçant en priorité le Système de soins de santé primaires ainsi que la prévention, la santé publique, les services de santé mentale, de lutte contre les addictions, les services de rééducation et de convalescence.

Un système qui n'oublie pas la définition holistique que donne l'OMS de la santé, qui rappelle qu'une meilleure santé n'équivaut pas toujours à fournir plus de soins médicaux, qu'il existe des déterminants sociaux de la santé (travail, revenu, moyens de subsistance, alimentation, milieu professionnel et naturel, etc.) qui doivent être renforcés et que les soins médico-pharmaceutiques sont les moyens de prendre soin des gens, mais la santé publique reste l'objectif final.

D'un système qui s'appuie sur une planification démocratique des services de santé, à savoir la distribution de ressources basée sur les besoins, épidémiologiquement prouvés, des sociétés locales, sur l'organisation décentralisée, l'encadrement méritocratique et la gestion participative du système, sur la culture d'une sensibilité démocratique, de comptes rendus publics et d'un contrôle

social que les administrations des hôpitaux doivent adopter, sur l'ancrage d'une autre éthique sociale dans le Système National de Santé, sur le respect de la dignité et des droits des patients.

L'intérêt du ministère de la Santé est l'accès aux médicaments pour tous ceux qui en ont vraiment besoin, mais aussi à l'innovation, à des prix auxquels le budget puisse faire face.

Les politiques de santé traditionnelles et les outils correspondants ne suffisent pas à résoudre le problème. Un changement de mentalité, un nouveau niveau de compréhension, un cadre propice à un dialogue ouvert et à l'échange d'expériences et d'informations et bien sûr des instruments neufs et novateurs, sont désormais nécessaires pour atteindre et maintenir le juste équilibre entre l'accès aux soins, le rapport coût-efficacité et la disponibilité des paiements, en maintenant toujours des coûts abordables. L'égalité d'accès aux produits innovants et la viabilité des systèmes de santé sont d'une importance vitale pour un nouveau contrat social entre l'État, la société et tous les partenaires impliqués. Couvrir les besoins de plus en plus croissants de la population en matière de santé doit être fait dans le respect des droits des patients et avec leur participation au processus de prise des décisions, en renforçant la protection sociale des non-privilegiés et en sauvegardant la santé publique et l'intérêt public dans son ensemble.

L'élaboration d'un cadre européen commun sur les carences en médicaments et plus généralement sur les questions cruciales de la politique pharmaceutique, contribue à l'édification de systèmes de santé publique justes, viables et efficaces, à la défense de la tradition sociale et démocratique de l'Europe mais aussi au renforcement de la cohésion politique de l'UE.

Ce que l'UE et les institutions doivent faire, c'est d'accepter la réalité que la Grèce ne peut pas continuer à avancer en ayant si peu de dépenses publiques de santé, de renforcer le pouvoir de négociation de tous les pays avec l'industrie pharmaceutique et d'intensifier ses efforts pour la transparence, l'efficacité et la répression du gaspillage des fonds publics.

L'industrie doit accepter que la Grèce soit un pays sous surveillance financière, que tout en reconnaissant le droit à une juste récompense de l'innovation et de la recherche à l'origine des produits pharmaceutiques, nous avons besoin, et nous avons droit à une politique des prix et des facilités de paiement afin que l'utilisation

des nouveaux médicaments innovants par ceux qui en ont besoin devienne possible pour que les politiques agressives de promotion et d'influence déloyale qui visent l'augmentation de la prescription de médicaments cessent immédiatement.

Le gouvernement grec, enfin, doit sauvegarder l'accès pour tous aux médicaments réellement nécessaires, renforcer simultanément les outils d'une gestion électronique pour contrôler et prévenir les mauvaises pratiques de prescription en utilisant des protocoles thérapeutiques scientifiquement reconnus, afin d'assurer le plus rapidement possible le remboursement rapide des dettes du secteur public et de l'Organisme national de fourniture de services de santé et dans le même temps de soutenir l'activité productive locale et le développement de la recherche et des études cliniques avec de nouvelles règles claires pour tout le monde.

Priorités dans l'ère post-mémorandum

1. Couverture universelle et égalitaire pour la population, éliminant les inégalités en matière de santé.
2. Élargir l'espace public en donnant la priorité aux soins de santé publics.
3. Une évolution vers les soins de santé primaires, la prévention et la santé publique en tant que réponse stratégique à la crise du système de santé, aux besoins insatisfaits des citoyens et à la demande de soins de santé globaux, fondés sur des preuves et des soins de santé de qualité.
4. Modifications de la politique pharmaceutique (tarification, évaluation, négociation, prescription, perspectives de production) afin de garantir aux patients l'accès aux médicaments innovants, en augmentant la part des génériques de qualité sur le marché et en assurant la durabilité du système de santé.
5. Soins de santé intégrés pour immigrants, création d'équipes de professionnels de la santé sous la coordination centrale du ministère de la Santé pour la fourniture continue de services de soins de santé primaires et de santé publique dans chaque zone hospitalière ouverte, centre de réception et d'identification (KYT) et centre de pré-départ pour les étrangers (PROKEKA). Fournir plus de personnel pour les structures de santé publique adjacentes - afin de fournir aux réfugiés vivant dans des appartements des services de soins de santé (vaccinations, etc.).

6. Un système de santé plus éthique, une gouvernance transparente, une rationalisation institutionnelle dans le domaine des achats et des produits pharmaceutiques, la mise en œuvre du plan d'action contre la corruption dans le secteur de la santé élaboré en coopération avec l'OCDE.
7. Soins centrés sur l'homme et mettant l'accent sur les droits des patients - limitation des « paiements informels » aux services de santé et à l'exploitation économique des patients.
8. Restructuration organisationnelle du système de santé (nouvelles structures organisationnelles des Régions Santé-Hôpitaux-Centres de Santé, révision du domaine des Régions de santé, déconnexion des hôpitaux dans des zones spécifiques, renforcement de la participation sociale et de la représentation des patients dans la gestion) - Changements organisationnels dans les organes de supervision - Réorganisation institutionnelle du Centre hellénique de prévention et de contrôle des maladies (HCDC).
9. Synergie de ressources publiques (impôts généraux - sécurité sociale) pour le financement durable du système de santé - élargissement de la marge de manœuvre financière afin de répondre de manière adéquate et fiable aux besoins de santé modernes et surmonter les obstacles financiers à la couverture maladie universelle. Augmenter les dépenses de santé publique à 6 % dans les prochaines années.

Nombre d'entre eux sont en cours de mise en œuvre. Cependant, garantir l'accès universel à tous au système de santé publique et à une couverture sanitaire des immigrants efficace sur le plan humanitaire et sur le plan de la santé publique nous donne le droit mais aussi l'obligation de dire : oui, cet effort en vaut la peine. Grâce aux efforts que nous avons tous déployés pour changer l'Europe vers une direction démocratique progressive, des projets et des exemples tels que la Grèce gagnent en puissance et en durée.

De grands efforts sont faits dans ce sens, j'espère qu'ils seront couronnés de succès, pour le bien de tous.

Réforme des retraites: mission impossible ou mission cachée?

Par Henri Sterdyniak,
Membre des économistes atterrés

« *Quand le diable t'invite, il faut y aller avec une très longue cuillère.* »

Proverbe africain.

Nommé en septembre 2017, le Haut-commissaire à la réforme des retraites a enfin publié le 10 octobre 2018, un premier texte: « *Vers un système de retraite, plus simple, plus juste, pour tous* ». Ce texte consacre dix pages à critiquer le système actuel, mais n'en comporte que trois pages consacrées à présenter la réforme envisagée. Aucun des problèmes qu'elle pose n'est vraiment résolu. La réforme imaginée par Emmanuel Macron est-elle impossible à mettre en œuvre ou vaut-il mieux cacher ses conséquences?

Le système actuel, ses qualités, ses défauts...

Le système de retraite français est globalement satisfaisant. Public, financé par répartition, c'est l'un des plus généreux au monde. Il assure aux salariés à la retraite un niveau de vie équivalent à celui des actifs⁽³⁹⁾. Jusqu'à présent, ces caractéristiques ont été maintenues malgré le vieillissement de la population, la crise économique et les changements politiques. Le taux de pauvreté des retraités (7,4 % en 2016) est nettement plus faible que celui de l'ensemble de la population (14 %). En 2017, malgré un taux de chômage élevé, qui pèse sur le niveau des cotisations, le système est financièrement équilibré. Il représente 13,8 % du PIB; il est donc obligatoirement dans le point de mire de ceux qui veulent réduire le poids des dépenses publiques comme de ceux qui veulent étendre l'importance des marchés financiers en développant la retraite par capitalisation.

Les nombreuses réformes survenues depuis 1993 ont réduit la croissance des dépenses de retraites; chaque retraité a souffert de pertes de pouvoir d'achat, mais, globalement, compte tenu de la montée en puissance des réformes des années 70 et de l'amélioration des

retraites des femmes, qui ont eu, de plus en plus, une carrière complète, du ralentissement des hausses de salaires, la parité de niveau de vie des retraités et des actifs a été maintenue.

L'âge minimal de départ à la retraite a été porté à 62 ans; la durée de cotisation requise pour une retraite à taux plein a augmenté à 41,5 années et doit progressivement passer à 43 ans (en 2035). Malgré la crise, le taux d'activité des 55-64 ans a augmenté de 39,3 % début 2008 à 56 % début 2018, soit une hausse de 16,7 points, qui s'est partagée entre une hausse de 14,5 points du taux d'emploi et de 2,2 points de la part des chômeurs (de 1,5 % à 3,7 %).

Selon les projections du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) de juin 2018⁽⁴⁰⁾, à législation inchangée, à taux de cotisation fixes, dans l'hypothèse médiane d'une croissance de la productivité du travail de 1,3 % l'an, la part des retraites dans le PIB baisserait de 13,8 % en 2017 à 13,3 % en 2050, cela bien que le nombre de retraités par cotisant passerait de 0,58 à 0,73 (+26 %); le système de retraite connaîtrait un léger déficit en 2050 (0,3 % du PIB)⁽⁴¹⁾.

Faut-il en conclure que l'équilibre financier du système des retraites est assuré? En fait, ces projections comportent un net report de l'âge moyen de départ à la retraite (qui passerait de 61,8 à 64 ans). Les jeunes commencent aujourd'hui à accumuler des droits à la retraite en moyenne à 23 ans, ce qui les obligera à travailler jusqu'à 66 ans pour avoir droit à une retraite à taux plein. Le COR suppose qu'ils pourront le faire; il ne se pose jamais la question: quel sera le besoin d'emploi dans 20 ans? Ces projections font surtout l'hypothèse que les salaires pris en compte et les

39 En 2016, les retraités ont un niveau de vie médian supérieur de 4,8 % à celui de l'ensemble de la population, supérieur de 2% à celui des personnes de plus de 18 ans, inférieur de 5,3% à celui des actifs occupés. Les réformes récentes (hausse de la CSG, désindexation) devraient baisser de 6 % le niveau de vie relatif des retraités.

40 COR (2018) : *Évolutions et perspectives des retraites en France*, juin.

41 Ce déficit provient de l'hypothèse de la forte baisse de la part de la masse salariale de la fonction publique dans les revenus d'activité (de 11% en 2017 à 9% en 2050), ce qui induit une baisse des cotisations employeurs versés par l'État de 0,5 point de PIB.

pensions resteront indéfiniment indexés sur les prix (et non sur le salaire moyen), ce qui permettra une baisse sensible du niveau des retraites par rapport aux salaires, d'autant plus forte que la hausse des salaires sera forte. Ainsi, toujours dans l'hypothèse d'une hausse du pouvoir d'achat des salaires de 1,3 % l'an, le rapport pension moyenne nette/salaire moyen net passerait de 65,3 % à 49,6 %, soit une baisse de 24 %. Est-ce un équilibre socialement satisfaisant ?

En 2003, il avait été décidé que le report du départ à la retraite se ferait surtout par l'allongement de la durée de cotisation requise, ce qui a l'avantage d'épargner les salariés qui avaient commencé à travailler jeune, et de ne pas donner d'avantages indus aux cadres, à longue espérance de vie, mais qui nuit aux salariés à carrière courte ou hachée, en grande majorité des femmes.

Par ailleurs, le système avec ses multiples régimes et leurs règles disparates est compliqué. Même si globalement, les taux de remplacement sont équivalents entre le secteur public et le secteur privé, les disparités, réelles ou ressenties, entre le secteur public et le secteur privé, suscitent toujours un sentiment d'injustice, sur lequel surfent le président de la République et le Haut-commissaire. Ces disparités⁽⁴²⁾ nuisent à la capacité de négociation et d'action des salariés. Le gouvernement et le patronat se sont refusés à ouvrir de grandes négociations unificatrices, sur la prise en compte de la pénibilité, sur les avantages familiaux, sur des objectifs cibles en termes de taux de remplacement.

Emmanuel Macron et les retraites

Dans son programme électoral, Emmanuel Macron écrivait : « *Nous mettrons fin aux injustices de notre système de retraite. Un système universel avec des règles communes de calcul des pensions sera progressivement mis en place. Le fait de changer d'activité ou de secteur sera sans effet sur les droits à la retraite. Nous ne toucherons ni à l'âge de départ à la retraite, ni au niveau des pensions* ».

Il précisait : « *Nous créerons un système universel de retraite où un euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé. Les cotisations, aux régimes de*

base comme aux régimes complémentaires, qu'elles soient versées sur les bases de revenus ou acquises au titre de la solidarité (pour les chômeurs par exemple) seront inscrites sur un compte individuel et revalorisées chaque année selon la croissance des salaires. Ainsi, chaque euro cotisé accroîtra de la même manière la pension future, quel que soit le statut du travailleur et l'origine de cette cotisation. Le total des droits accumulés sera converti au moment de la retraite en une pension, à l'aide d'un coefficient de conversion fonction de l'âge de départ et de l'année de naissance. L'allongement de l'espérance de vie est donc pris en compte en continu, au fil des générations : plus besoin de réformes successives, qui changent les règles et sont anxiogènes et sources d'incertitude. Dans la durée, la réforme aura bien un effet financier en garantissant un équilibre sur le long terme. Cette réforme ne changera rien aux conditions de départ à la retraite de ceux qui sont à moins de cinq ans de la retraite et qui l'ont donc déjà planifiée. Pour les autres, ceux qui ont au moins cinq ans d'activité devant eux, la transition sera progressive, sur une période d'environ 10 ans ».

L'objectif : « un euro cotisé donne les mêmes droits », n'est ni évident, ni facile à atteindre. Il est contradictoire avec le caractère redistributif des assurances sociales. Aujourd'hui, le taux de remplacement est une fonction décroissante du niveau des salaires. Selon le COR, le taux de remplacement net pour la génération 1956 partant à la retraite à 62 ans est de 53,5 % pour un cadre, de 72,6 % pour un non-cadre. Un même montant de cotisation donne plus de droit à un ouvrier qu'à un cadre, à une femme qu'à un homme : le taux de rentabilité du système de retraite est de 1,34 % pour les hommes (soit de 1,53 % pour les moins diplômés à 0,98 % pour les plus diplômés), de 2,24 % pour les femmes (soit de 2,67 % à 1,98 %)⁽⁴³⁾.

L'équilibrage automatique se ferait au détriment de la garantie du niveau des retraites. Il est normal que le système des retraites soit en déficit lors de chocs conjoncturels dépressifs ; ce déficit contribue à la stabilisation automatique de l'économie. Il est légitime que l'évolution structurelle du régime donne lieu à un débat public. La société doit pouvoir arbitrer entre taux de cotisation/ âge de départ/niveau des pensions. Il n'est pas choquant qu'un système social ne soit pas automatiquement équilibré et qu'il soit réajusté en permanence en fonction de l'évolution économique

42 Beaucoup des disparités pointées par le Haut-Commissaire proviennent des réformes du régime général et des régimes complémentaires qui ont désindexé la revalorisation des salaires pris en compte de l'évolution du salaire moyen alors que, dans le même temps, une baisse similaire des retraites dans le public était obtenue par la désindexation du point d'indice sur l'inflation.

43 Selon Yves Dubois et Anthony Marino (2016) : « Le taux de rendement interne du système de retraite français : quelle redistribution au sein d'une génération et quelle évolution entre générations ? », Économie et Statistique, n°481-482.

si deux principes sont maintenus : assurer la parité de niveau de vie retraités/actifs ; offrir une retraite aux seniors que les entreprises refusent d'employer.

Les projections actuelles comportent à terme une nette baisse du niveau relatif des retraites, cela par des mécanismes opaques et jouant progressivement : non-indexation sur les salaires des salaires pris en compte, des pensions déjà liquidées et de la valeur du point. Une réforme, qui mettrait en place un système financièrement soutenable, devra choisir entre augmenter les cotisations, annoncer cette baisse relative des retraites ou rester dans l'ambiguïté.

Elles comportent aussi un net report de moment de départ à la retraite, basée sur l'allongement de la durée de cotisations. En sens inverse, un système basé uniquement sur l'âge de départ et l'espérance de vie moyenne de la cohorte est favorable aux cadres (à forte espérance de vie et à plus grande facilité à se maintenir en emploi) au détriment des ouvriers (à plus faible durée de vie et en difficulté à travailler après un certain âge). Il est profondément injuste car il ne tient pas compte des différences d'espérance de vie selon la carrière effectuée. À 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie de 42,6 ans ; un cadre de 49 ans. Contrairement à ce que prétendent les partisans de ce système, il est impossible d'en tenir compte : comment définir la CSP d'une personne qui a changé d'emplois et de statut ? Comment tenir compte finement de l'emploi occupé ? Faut-il verser une retraite plus faible aux femmes (dont l'espérance de vie est plus longue ? Dans les régimes français actuels, qui fonctionnent par annuités, le taux de remplacement dépend à la fois de la durée de cotisation et de l'âge atteint. Ainsi, dans le régime général, le taux plein est atteint à 60 ans pour quelqu'un qui a commencé à travailler à 18 ans, mais à 65 ans pour quelqu'un qui a débuté à 23 ans. Cette double condition complique le système, mais le rend plus équitable. Elle disparaît dans un système à points, tel que l'envisage Emmanuel Macron.

Depuis son arrivée au pouvoir, Emmanuel Macron a multiplié les mesures en défaveur des retraités⁽⁴⁴⁾. Le discours, « Il faut augmenter le gain à l'emploi », joue obligatoirement contre les retraités, les familles,

44 Pour la petite histoire, Emmanuel Macron, jeune inspecteur des Finances, a été rapporteur général en 2008 d'un rapport du Conseil des Prélèvements Obligatoires : « La répartition des prélèvements obligatoires entre générations et l'équité intergénérationnelle ». Il y dénonçait les avantages fiscaux des personnes âgées, dont une grande partie provenait du traitement privilégié des revenus du capital, que François Hollande supprimera en 2012 et que Emmanuel Macron rétablira en 2017.

les chômeurs. Comme la hausse du coût du travail est exclue, les salariés ne peuvent plus avoir de gain de pouvoir d'achat que par la baisse des cotisations sociales, ce qui impose celle des prestations⁽⁴⁵⁾. Ainsi, la suppression des cotisations salariées, chômage et maladie de remplacement, a été financée par une hausse de la CSG, soit un prélèvement net sur les retraités, une baisse de 1,85 % de pouvoir d'achat. Alors que le système de retraite est en équilibre, le gouvernement a décidé de désindexer les retraites en 2018-2020, n'accordant sur ces trois années que 2 fois 0,3 % de hausse pour une hausse des prix de 5,0 %, soit une perte de 4,4 % de pouvoir d'achat. Les retraites deviennent ainsi une variable d'ajustement des finances publiques. La promesse : « je ne toucherais pas au niveau des pensions » n'a pas été tenue.

Enfin, pour justifier ces baisses de pouvoir d'achat, Emmanuel Macron a déclaré : « *Tout le monde semble oublier que notre système de retraite auquel je tiens profondément est un système par redistribution, c'est-à-dire un système reposant sur la solidarité entre les générations. La retraite n'est pas un droit pour lequel on a cotisé toute sa vie. La retraite est ce que les actifs paient pour les retraités* ». Son astuce cynique est d'utiliser quelque chose d'exact (les actifs paient pour les retraités, les retraites sont prélevées sur la production courante) pour camoufler un déplaisant tour de bonneteau (la retraite ne serait pas un droit). En réalité, la retraite est un droit social. En échange de leurs cotisations, la société s'engage à fournir aux salariés une retraite satisfaisante. Cet engagement doit être respecté, tout autant qu'un engagement financier. Il doit être respecté en tant que droit social ; il est légitime, par exemple, que les retraites subissent des hausses de cotisations maladie, que les hausses de cotisations retraites soient répercutées sur les retraites ; par contre, la désindexation ne l'est pas, d'autant plus que les régimes de retraites sont en équilibre.

Contrairement à ce que pensent Bozio et Piketty⁽⁴⁶⁾, Emmanuel Macron et Jean-Paul Delevoye, la norme d'un système de retraite n'est pas la pure contributivité. La retraite est une assurance sociale, à la fois un salaire différé et un salaire socialisé, et dans ce cadre, il est légitime qu'un niveau minimum de retraite soit assuré à tous les salariés à carrière complète, que les salaires élevés ne soient pas prolongés, que les accidents de carrière ne

45 Sachant que ce qu'ils gagnent en salaire immédiat, ils le perdent en retraite future.

46 Voir Antoine Bozio et Thomas Piketty (2008) : « Pour un nouveau système de retraites », Collection du Cepremap, n°14.

soient pas obligatoirement répercutés sur la retraite, que les femmes aient les mêmes droits que les hommes. Le système de retraite doit rester redistributif.

En sens inverse, il n'est pas obligatoire qu'un professeur terminant sa carrière en tant qu'agrégé, mais ayant commencé comme professeur des écoles, soit pénalisé au niveau de sa retraite par rapport à son collègue ayant directement passé l'agrégation à 25 ans. Il n'est pas obligatoire qu'une personne, ayant eu des difficultés à trouver un emploi à 22 ans, le ressente 40 ans plus tard sur le montant de sa retraite. La retraite doit compenser les écarts de carrière dus à l'élevage des enfants, tant que ceux-ci existent. La pénibilité des emplois doit (ou devrait) être prise en compte. Le système doit être rétributif.

Mission impossible?

Un an après sa nomination, il ne semble pas que le Haut-commissaire soit capable de proposer un système satisfaisant. Est-ce dû à l'impossibilité de remplir la feuille de route par le président de la République, en particulier la promesse d'un euro cotisé qui donne les mêmes droits à chacun, la période de transition de 10 ans? Est-ce dû à certains aspects cachés du projet, la baisse du niveau des retraites, le report de l'âge permettant une retraite satisfaisante. Son ébauche de projet tient en 2 pages et 7 lignes, en gros caractères. Les détails (où, on le sait, se niche le diable) manquent.

1/ Le nouveau système sera un régime unique pour les salariés du public et du privé et les non-salariés. Point favorable : le principe de la répartition est de nouveau proclamé. Les actifs seront couverts, dans la limite de 3 plafonds de la Sécurité sociale, soit 10 000 euros par mois. C'est nettement plus que le plafond du régime général (3 311 euros en 2018), mais moins que l'Agirc actuel (qui va maintenant jusqu'à 8 plafonds). Cela laisse un petit espace pour des retraites d'entreprises (pour 300 000 salariés).

2/ Ce sera un système à points. Tous les salariés cotiseront à 28 % (soit le taux actuel du privé). Les non-salariés pourront cotiser à un taux plus faible, avec des retraites plus faibles. Tous les euros cotisés ouvriront les mêmes droits. Cependant, le texte ne dit rien sur le prix d'achat du point (qui doit augmenter comme le salaire moyen), ni surtout sur la valeur du point (qui lui aussi devrait augmenter comme le salaire moyen pour que le système garantisse un taux de remplacement stable). Prenons un salarié qui fait toute sa carrière

au salaire moyen. Supposons que les points soient exprimés en % du salaire moyen (en points salaire moyen, en PSM) et revalorisés comme celui-ci; au bout de 42 ans de carrière, le salarié aura accumulé 11,76 PSM. Pour que sa retraite soit, par exemple, de 72 % du salaire moyen, il faudrait que le point vaille 0,61 salaire moyen et que la valeur du point reste à ce taux de salaire moyen. Or, le texte du Haut-Commissaire ne fournit aucune garantie ni sur la valeur du point, ni sur son évolution; il ne mentionne pas de taux de remplacement garanti ou objectif.

3/ Dans un tel système à points, le taux de remplacement ne dépend pas du niveau de salaire. Il est le même pour une carrière au salaire minimum et pour une carrière à deux plafonds en moyenne (8 000 euros par mois). Par rapport au système actuel, les bas salaires seraient perdants et les hauts salaires gagnants. Avec un taux de remplacement net de 72 %, un salarié au SMIC pourrait avoir une retraite de l'ordre de 830 euros par mois, alors qu'il a aujourd'hui 950 euros (grâce au minimum contributif majoré) et que le minimum vieillesse sera à 903 euros en 2020. Ce serait trop faible. En même temps on ne peut assurer un tel taux pour des salaires élevés.

Le texte prévoit certes un minimum de pension, mais sans précision. Il ne dit pas clairement que l'ensemble des mécanismes de redistribution seront maintenus (le minimum contributif, le minimum contributif majoré, la cotisation de 2,3 % au régime général au-dessus du plafond n'ouvrant pas de droit, le taux de remplacement plus faible au-dessus qu'au-dessous du plafond).

Il faudra choisir entre le discours du président « un euro cotisé donne toujours les mêmes droits » et le caractère social et redistributif du système. De notre point de vue, il faudrait revaloriser les cotisations sur les bas salaires (par exemple, 1 euro cotisé en dessous de 0,5 plafond donne 1,30 euro de droits) et dévaloriser les cotisations sur les hauts salaires (1 euro cotisé au-dessus du plafond donne 0,70 euro de droit).

4/ Pour les salariés de la fonction publique, la réforme est encore plus délicate. Actuellement, leur retraite représente 75 % de leur dernier salaire indiciaire et ne tient pas compte des primes. Une réforme qui introduirait un taux de remplacement uniforme sur les salaires de l'ensemble de la carrière nuirait certes aux carrières ascendantes (ce qui n'est guère satisfaisant), mais surtout favoriserait les fonctionnaires à fort niveau de primes au détriment de ceux (les

enseignants en particulier) qui n'en ont guère. Le texte promet certes « *qu'une concertation aura lieu sur les conséquences à tirer de la réforme en termes d'évolutions des carrières et de rémunérations au fur et à mesure de la montée en charge des effets du nouveau système* ». Il ne dit pas clairement que les primes des hauts fonctionnaires seraient fortement réduites et que la masse des agents aurait des revalorisations salariales pour compenser la baisse de leur retraite.

5/ Les mécanismes de compensation des périodes interruptions d'activité (chômage, maladie, maternité) devront être maintenus. Reste à savoir à quel niveau? Dépendront-ils des salaires antérieurs (comme aujourd'hui) ou seront-ils forfaitaires? Les pensions de réversion seront heureusement maintenues et harmonisées entre les régimes. Il faudra s'accorder sur un âge minimum (qui n'existe pas actuellement dans la fonction publique) et supprimer la condition de ressources (qui n'existe que dans le régime général). Une formule qui garantirait le maintien du niveau de vie du conjoint survivant fixerait la pension de réversion aux 2/3 de la pension du conjoint décédé - 1/3 de la pension du conjoint survivant. Le texte propose que des points soient accordés pour chaque enfant, dès le premier. Actuellement, des majorations de trimestres sont déjà accordées aux femmes (8 trimestres par enfant dans le privé; 2 dans le public) dès le premier enfant; des majorations de pensions sont accordées aux personnes ayant élevé 3 enfants ou plus. Il faudra résoudre trois questions délicates. Faut-il favoriser les femmes ayant eu 3 enfants ou plus, sachant que ce sont elles qui souffrent le plus dans leur carrière de leurs contraintes familiales? La majoration doit-elle être progressive ou forfaitaire? Doit-elle être réservée aux femmes? Personnellement, une majoration forfaitaire par enfant (avec un supplément à partir du 3^e enfant), versée à l'un des deux parents (la femme en principe) me semble la meilleure formule à la fois pour augmenter la pension relative des femmes et pour compenser l'impact de l'élevage des enfants sur leurs carrières. Sachant qu'elle fait courir le risque de polariser les rôles genrés et qu'elle doit s'accompagner de mesures correctrices (congés paternels, service public d'accueil des moins de 3 ans, lutte contre les discriminations de carrières et de salaires).

6/ Le texte promet que les spécificités de certaines situations seront prises en compte (carrières longues, métiers pénibles). C'est contradictoire avec le principe « 1 euro cotisé donne les mêmes droits ». Il serait effectivement souhaitable de maintenir un dispositif

carrière longue (le droit à retraite est ouvert au bout de 42 ans de carrière, mais la notion de durée de carrière disparaît dans un système à points) et d'introduire un vrai dispositif de pénibilité réduisant l'âge requis pour le départ en retraite en fonction des années passées dans un poste de travail susceptible de nuire à la santé du salarié.

7/ Le texte prétend que la réforme n'a pas pour but de faire des économies, mais qu'il faudra « respecter les grands équilibres financiers actuels » et « assurer la viabilité du système ». Le Haut-Commissaire a proclamé que les 14 % de dépenses de retraites dans le PIB sont un maximum. Cela implique qu'il faudra d'une façon ou d'une autre faire baisser le niveau relatif des retraites, d'environ 24 % d'ici 2050. L'équilibrage automatique se fera par la baisse de la valeur relative du point d'autant que les barrières de 50 % (régime général) et 75 % (fonction publique) n'existeront plus. Cette baisse sera-t-elle clairement annoncée? Cela n'est pas le cas dans le texte actuel. La seule barrière restante sera celle du minimum vieillesse: faudra-t-il accepter que beaucoup de salariés à carrière complète aient une retraite inférieure au minimum vieillesse? Certains hauts fonctionnaires proposent de résoudre la question en faisant désindexer le minimum vieillesse, en la faisant baisser en dessous du seuil de pauvreté. Maintenir le niveau de vie relatif des retraités nécessiterait d'augmenter la part des retraites dans le PIB de 13,8 à 16,5 % et d'accepter une hausse de 5 points des prélèvements sur les revenus d'activité. Mais cette solution (ou une solution intermédiaire) n'est pas sur la table.

8/ Dans un système par points pur, la pension dépend de la valeur du point et pas de l'âge au moment de la liquidation. Emmanuel Macron s'est engagé à ne pas reculer l'âge ouvrant le droit à la retraite. Celui-ci devrait rester à 62 ans. Ce serait alors peu incitatif à la poursuite d'activité puisqu'une année de travail supplémentaire ne rapporterait que 2,5 % de retraite supplémentaire, alors qu'elle rapporte 7,5 % actuellement dans le régime général et que, en conservant le système actuel, l'allongement prévu à 43 ans de la durée d'activité requise pour une retraite à taux plein obligerait beaucoup de salariés à prendre leur retraite à 66 ans. Or, il n'est pas question pour le gouvernement de renoncer au report du départ à la retraite. Aussi, il semble que le montant de la retraite, la valeur du point, dépendra étroitement de l'âge de départ à la retraite. D'une façon ou d'une autre, il y aura un âge pivot, de sorte que partir une année avant cet âge coûtera une pénalité de

5 % (soit 7,5 % de retraite en moins, compte tenu des cotisations manquantes); partir après rapportera 7,5 %. Au cours du temps, compte tenu de la baisse de la valeur du point, les salariés seront obligés de partir de plus en plus tard pour avoir une retraite satisfaisante. Le système sera favorable pour les cadres (qui peuvent plus facilement reporter leur départ) et injuste pour les ouvriers (qui ont du mal à se maintenir en emploi après 55 ans et ont une durée de vie plus courte). Le compromis de 2003 (certains syndicats acceptent un report du départ à la retraite s'il se fait par augmentation de la durée de cotisation) sera oublié.

9/ La question de la transition n'est pas résolue. Une réforme s'appliquant à tous les salariés de moins de 57 ans, suppose un délicat re-calcul des droits acquis dans les systèmes précédents disparates (régime général et assimilés, régimes complémentaires, régimes spéciaux et régimes des fonctions publiques). Un actif de 45 ans a déjà cotisé en moyenne 22 ans, comment en tenir compte ? Le texte nous dit que les droits acquis seront « conservés à 100 % », mais comment les calculer dans les régimes à annuités (régime général et fonctions publiques) où les droits dépendent de la suite de la carrière ? Ces droits dépendront-ils des cotisations versées (mais comment les mesurer dans le secteur public⁽⁴⁷⁾) ? ou des salaires passés (mais ceux-ci n'ont pas été enregistrés dans le secteur public) ? Comment les actualiser (selon l'évolution des prix ou des salaires) ? Ce sera sans doute un sujet de nombreuses contestations, y compris devant les tribunaux.

10/ Certains régimes ont accumulé des réserves pour un total de 155 milliards d'euros fin 2016, dont 71 milliards pour l'AGIRC-ARRCO, 23,5 milliards pour la CNAVPL, 20 milliards pour le RAFP, 16,5 milliards pour le RCI, 7,5 milliards pour l'IRCANTEC, 6 milliards pour la CAVP et 5,5 milliards pour la BDF. Elles devront être mises au pot commun, au grand dam des cotisants de ces régimes.

11/ Le risque existe que la pension unique soit d'un niveau relativement faible, de sorte que les salariés réclameront des régimes supplémentaires (de même que la faiblesse des remboursements de l'assurance-maladie a permis le développement des complémentaires

santé). Ce n'est pas une évolution acceptable, même si c'est celle que souhaitent les assureurs et les banques.

En tout état de cause, les employeurs publics ne contribuant pas à des régimes de retraites supplémentaires, l'équité suppose que les régimes de retraites supplémentaires du privé ne bénéficient d'aucun avantage fiscal autre que ceux actuels des Perp/Préfon : les sommes épargnées doivent avoir subi l'intégralité des cotisations et prélèvements sociaux ; elles peuvent être exonérées de l'IR à condition d'être taxées à la sortie.

Quatre exigences

Quatre points nous paraissent essentiels :

- La retraite est un droit social acquis par les cotisations, qui doit être garanti.
- Le système de retraite doit rester mixte, contributif, redistributif et rétributif.
- Les différences d'espérance de vie et de capacité à rester en emploi selon les professions doivent être prises en compte ;
- Un objectif de taux de remplacement, différencié selon le niveau de salaire, doit être affiché et maintenu.

⁴⁷ La notion d'euro cotisé est ambiguë ; en 2018, le taux de cotisation était de 27,5% pour les salariés non-cadres du privé (16,3% employeurs ; 11,2% salariés) ; de 25,05 %, de 1 à 8 plafonds pour les cadres du privé (15,95% employeurs ; 9,1% salariés) ; de 84,84% du traitement dans la fonction publique d'État (74,28% employeurs ; 10,56% salariés) plus 10% sur les primes plafonnées (5% employeurs ; 5% salariés).

Retraites : quels objectifs pour une réforme de progrès ?

Par Sylvie Durand
Militante syndicale

N.D.L.R. : Nous donnons ici ce texte qui conteste une partie de l'article précédent de M. Sterdiniak, dans un esprit de dialogue. Il s'agit d'animer le débat des idées ; c'est la vocation des Cahiers.

Le Haut Commissariat à la Réforme des Retraites s'est vu confier la conception détaillée d'une réforme de notre système de retraite conforme aux engagements de campagne du Président Emmanuel Macron.

Pour légitimer cette réforme, déjà dans les tiroirs du précédent gouvernement, l'emploi d'outils d'évaluation de notre système de retraite, même inappropriés, a été systématisé. Il en va ainsi de l'indicateur de « *niveau de vie des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population* », défini au premier article du décret du 20 juin 2014, en application de la réforme Ayraut du 20 janvier de la même année.

Aujourd'hui, nombre de journalistes, d'observateurs, de responsables politiques ou patronaux mais aussi d'économistes en tirent argument pour inviter les retraités à en rabattre sur leurs exigences tout en se voulant rassurants pour les générations actives. Il en ressort en effet que les retraités ont, selon les derniers chiffres du COR (Conseil d'Orientation des Retraites) un niveau de vie supérieur de 5,6 % à celui de l'ensemble de la population. Pourtant, toujours selon le COR, « *le rapport entre la pension moyenne brute des retraités et le revenu d'activité moyen brut* » est estimé à 51,4 %.

Des messages aussi contradictoires invitent à examiner comment l'indicateur de niveau de vie est construit, ce que le COR explique clairement dans son rapport du 14 juin 2018 (figure 2.22) : « *le niveau de vie d'une personne désigne le revenu disponible par unité de consommation, calculé en rapportant le revenu disponible du ménage auquel appartient cette personne (somme de tous les revenus du ménage, y compris prestations sociales et revenus du patrimoine, nets d'impôts directs et de prélèvements sociaux) au nombre d'unités de consommation du ménage* ».

La prise en compte des revenus du patrimoine vient ainsi singulièrement biaiser les résultats car rien n'est plus

inégalitaire que leur distribution : 90 % de ces revenus ne sont en effet perçus que par 10 % des retraités !

Cet indicateur, expurgé des revenus du patrimoine, serait-il plus pertinent ? D'abord les actifs ont des enfants à charge que n'ont plus la grande majorité des retraités ce qui réduit le revenu par unité de consommation des actifs.

Ensuite il traduit fondamentalement un choix politique pour le moins contestable. A l'issue d'une vie de labeur les retraités devraient avoir en moyenne une pension comparable au revenu moyen de l'ensemble de la population. Or cet ensemble, précise le COR, comprend « les actifs (y compris chômeurs), les retraités, et les inactifs non retraités (enfants, étudiants, femmes au foyer, personnes handicapées ou invalides, etc.). *Ces derniers ont un niveau de vie relativement faible, ce qui explique que le niveau de vie moyen des actifs comme des retraités se situe au-dessus de l'ensemble de la population.* »

Et c'est bien là que se situe le choix politique : dans cette affirmation implicite que les revenus des retraités sont à comparer aux revenus de jeunes débutants leur activité, d'étudiants, de précaires, de chômeurs, de salariés employés à temps plein ou partiel et même de retraités dont 10 % ont une pension qui flirte avec le seuil de pauvreté.

Privilégier cet indicateur, c'est ainsi faire fi de l'aspiration de l'ensemble des citoyens d'avoir lors du passage de l'activité à la retraite une pension nette leur garantissant la continuité du niveau de vie que leur procurait leur salaire net.

Il existe pourtant un indicateur pour mesurer cela : c'est le taux de remplacement qui rapporte la première pension nette au dernier salaire net. Or, celui-ci n'a de cesse de diminuer au fil des décennies.

Toutes choses égales par ailleurs, un salarié non-cadre né en 2000, dont le salaire est égal au salaire moyen du tiers inférieur de la distribution des salaires des non-cadres, donc un ouvrier ou un employé parmi les plus

mal payés, verra ce taux de remplacement, qui était de 75 % pour la génération née en 1955, s'effondrer à 60 % de son salaire net alors même que la croissance de la productivité du travail se serait établi à 1,8 % en moyenne pendant toute sa carrière (figure 2.30, rapport du COR du 14 juin 2018). On comprend que l'indicateur de taux de remplacement soit éclipsé par l'indicateur beaucoup plus lénifiant de « niveau de vie des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population ».

Or le « toutes choses égales par ailleurs » est malheureusement la colonne vertébrale de la réforme Macron. Il s'ensuit que, selon la prescription européenne, la part du PIB consacrée au financement des retraites ne doit pas dépasser les 14 % alors qu'elle est aujourd'hui de 13,8 %. Jean-Paul Delevoye a, dans divers médias, rappelé que les 14 % constituaient une contrainte budgétaire intangible.

Ce qui nous amène à l'autre axe de la réforme : redistribuer de « *manière juste et équitable* », selon le lexique gouvernemental, les ressources définitivement figées d'un système de retraites qui fonctionnerait alors, comme en Suède, « à cotisations définies ». (Le taux de cotisation est fixé une fois pour toutes et il est intangible. C'est donc le niveau des pensions qui est ajusté à la baisse pour garantir l'équilibre du régime.)

En somme, en donner moins à ceux qui devraient en avoir un peu plus pour en donner un peu plus à ceux qui ont le moins, bref redistribuer la pénurie au sein de la population retraitée pour ne rien prendre à la rémunération du capital. Ce qui, en outre, permet de distiller le venin de la discorde au sein de cette population retraitée et plus généralement au sein du salariat.

Avec une population des plus de 60 ans qui va s'accroître de plus de 6 millions d'ici 2042, et de 9 millions d'ici 2070, la suite est assez évidente : c'est, comme en Suède l'effondrement du niveau, voire du montant des pensions de retraite qui guette tous les citoyens, tout le monde étant perdant, ceux qui perdent le moins étant désignés comme les « gagnants » de la réforme.

Il est très étonnant de constater que cette logique de redistribution de la pénurie entre salariés actifs et entre retraités ne souffre guère de critique, même parmi des économistes qui entendent militer en faveur du progrès social et économique.

Pourtant la lutte des classes, pour remettre au goût du jour une vieille expression qui retrouve aujourd'hui

une actualité toute particulière, ne se joue pas, faut-il le rappeler, entre les composantes du salariat mais entre rémunération du capital et rémunération du travail.

C'est pourquoi l'idée, développée par Henri Sterdyniak, que « l'objectif de taux de remplacement devrait être différencié selon le niveau de salaire » est pour le moins étrange. En clair, ce taux de remplacement devrait être inversement proportionnel au salaire. Plus le salaire est élevé, plus le taux de remplacement devrait être modeste.

Tout d'abord, elle ne correspond pas aux aspirations des salariés qui veulent maintenir à la retraite le niveau de vie que leur procuraient leurs meilleurs salaires de carrière. Aussi, la Sécurité sociale avait-elle retenu, jusqu'à la réforme Balladur de 1993, un calcul sur le salaire moyen des 10 meilleures années de carrière, qu'il convient de rétablir.

Rappelons par ailleurs que les échelles de salaire sont négociées par les organisations syndicales et que dans ce cadre, les pensions doivent à tout le moins garantir un taux de remplacement net de 75 % sur l'ensemble des niveaux de salaire ainsi établis (sans préjudice des minima de pensions). C'est en outre une attente partagée par le monde du travail dans son ensemble.

À défaut ce sont les lobbies bancaires et assurantiels qui triompheront en accueillant une nouvelle clientèle incitée à bloquer sur les marchés financiers, pendant toute leur carrière, une épargne en vue de la retraite, sans garantie aucune de la récupérer, ne fut-ce qu'en partie.

Les produits d'épargne retraite relèvent tous de l'article 83 du Code général des Impôts, caractérisant des produits « à cotisations définies » : le seul engagement contractuel entre l'épargnant et l'assureur (ou le banquier) concerne le taux de cotisation au système. C'est donc l'épargnant qui supporte seul le risque de perdre tout ou partie de son épargne à l'occasion des krachs financiers cycliques.

Enfin, tout ce qui ira au financement de la capitalisation manquera inexorablement au financement de la répartition.

Pourquoi imposer aux 48 % de salariés qualifiés à responsabilités, les ingénieurs, cadres, techniciens supérieurs, agents de maîtrise, un taux de remplacement inversement proportionnel à leur salaire ? Autant leur refuser le droit à la continuité du niveau de vie lors du passage à la retraite accordé aux autres composantes

du salariat. De quel droit accorder aux uns ce que l'on refuse aux autres? Ce serait une remise en cause de l'universalité des droits, l'un des fondamentaux de la Sécurité sociale. Ce serait prendre le risque de les désolidariser du financement de cette Sécurité sociale qui est l'un des progrès sociaux majeurs du 20^e siècle, pour faire le jeu des oligarchies financières.

Il paraît d'autant plus inacceptable de souscrire à une telle division du salariat, opposant ouvriers et cadres, que nous ne pouvons pas nous résoudre à tenir pour un fait définitivement acquis que les 28 % d'ouvriers vont continuer à avoir une espérance de vie réduite par leur travail. Autant abdiquer toute possibilité d'amélioration des conditions de travail d'une composante du salariat certes en recul constant, mais qui ne doit pas pour autant être abandonnée.

Ne confondons pas les batailles : c'est contre les pénibilités qu'il faut lutter, ce qui n'empêche pas les départs anticipés à la retraite revendiqués par tous les militants progressistes, pour tous les salariés qui les ont subies ...

Enfin le moindre taux de remplacement de l'encadrement au-dessus du plafond de la Sécurité ne correspond pas à un mécanisme de redistribution. La baisse du rendement de l'AGIRC n'a pas eu pour corollaire une amélioration du rendement de l'ARRCO mais une économie substantielle sur les cotisations qui a bénéficié aux employeurs et, directement ou indirectement, aux actionnaires. Les mécanismes de redistribution se décident, ils ne se subissent pas!

On ne peut donc admettre que le système de retraite par répartition fasse des « gagnants » et des « perdants », ce qui est dans l'air du temps mais ce qui est également insoutenable, si on veut éviter que les « perdants » ne s'en désolidarisent ce qui compromettrait l'avenir même de la Sécurité sociale.

La répartition doit donc impérativement s'assigner des objectifs conformes aux attentes du monde du travail : un droit à retraite rétabli à 60 ans avec un taux de remplacement minimum de 75 % net du salaire net, pour l'ensemble de la population et pour une carrière complète.

En revanche, il convient de s'interroger sur le bien-fondé du blocage à 14 % du PIB du financement des retraites. En 1955 la part du PIB consacré à ce financement était de 5 %. Elle est aujourd'hui de 13,8 %, soit une

multiplication par un facteur de 2,78. Pour financer une réforme conforme aux attentes de la population, un tel effort n'est aucunement requis puisqu'il suffirait d'augmenter en 40 ans cette part de 5,68 points, soit une augmentation de 0,14 point par an.

En outre, comme nous le démontrerons dans un article à venir, cet effort n'empêcherait pas le pouvoir d'achat des salaires d'augmenter dès lors que la croissance de la productivité du travail serait supérieure à 0,57 % sur la période, ce dont aucun économiste, y compris parmi les plus pessimistes, ne doute.

Les brèves des Cahiers

Vers une décision aidée par l'intelligence artificielle : un algorithme détecte plus tôt la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie du système nerveux processus caractérisé par l'accumulation progressive des protéines bêta-amyloïde et tau dans le cerveau qui entraîne une atteinte synaptique puis la mort neuronale. Elle débute des dizaines d'années avant l'apparition des symptômes cliniques. Les pistes de recherche portent sur deux points : améliorer le dépistage le plus précoce possible et développer des traitements.

Afin d'en améliorer la détection précoce de nouveaux outils diagnostiques ont été développés. Ainsi, les données de l'imagerie par TEP-FDG (tomographie par émission de positons au 18F-fluorodéoxyglucose) ont montré, chez les patients avec une MA, une baisse de la captation du glucose dans certaines régions du cerveau : le néocortex temporo-pariétal et le cortex cingulaire postérieur. Cependant, ces modifications sont très subtiles et diffuses et l'interprétation visuelle par les experts en médecine nucléaire est délicate.

Une équipe de San Francisco a développé un algorithme d'apprentissage profond qui prédit la maladie d'Alzheimer avec une sensibilité proche de 100 %. Ce programme reconnaît des schémas métaboliques caractéristiques de la maladie sur les images fonctionnelles par TEP-FDG des patients, en moyenne six ans avant le diagnostic clinique.

« Nous avons développé un algorithme d'intelligence artificielle qui permet de prédire la maladie d'Alzheimer à partir de l'imagerie cérébrale TEP-FDG avec une spécificité de 82 % et une sensibilité de 100 %, en moyenne 6 ans avant le diagnostic clinique. Par comparaison, nos radiologues utilisant une approche clinique standard associée à des méthodes semi-automatiques obtiennent une sensibilité de 57 % et une spécificité de 91 % » a expliqué au « Quotidien » le 11 novembre le Dr Jae Ho Sohn, du département de radiologie et d'imagerie biomédicale de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF), et co-auteur de l'étude publiée dans la revue *Radiology*.

L'équipe a exploité les données de l'Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI), une vaste étude multicentrique axée sur les essais cliniques visant à améliorer la prévention et le traitement de la maladie. La base de données ADNI comprend plus de 2 100 images

cérébrales de PET-FDG provenant de 1 002 patients. Les chercheurs ont entraîné l'algorithme d'apprentissage profond sur 90 % des données, puis l'ont testé sur les 10 % restants. L'apprentissage profond est en effet une technique grâce à laquelle un programme apprend à reconnaître le contenu d'une image en s'entraînant à partir d'une banque d'images. C'est ainsi que l'algorithme de l'équipe a pu apprendre lui-même à reconnaître les schémas métaboliques correspondant à la maladie d'Alzheimer.

Enfin, les chercheurs ont testé l'algorithme sur une série indépendante de 40 examens d'imagerie provenant de 40 patients. L'algorithme a atteint une sensibilité de 100 % pour détecter la maladie, en moyenne plus de six ans avant le diagnostic final. « Nous sommes très satisfaits de la performance de cet algorithme capable de prédire chaque cas ayant évolué vers la MA », s'enthousiasme le Dr Sohn. Cette démarche doit être développée et il faudra encore attendre plusieurs années avant de conclure. Mais c'est un espoir. Un espoir ? On prend.

Le reste à charge zéro de Macron bénéficie-t-il à ceux qui en ont besoin ?

Le Collège des économistes de la santé a organisé le 14 novembre 2018 une matinée sur le Rac 0 dans les locaux de la Mutualité française. « Le Rac 0, nous trouvions que c'était plutôt une bonne idée. Nous constatons depuis des années que la question du reste à charge était un vrai problème pour l'accès aux soins. » a déclaré Thierry Beaudet, président de la Mutualité française. L'observatoire Place de la santé, mis en place par sa Fédération en septembre 2017 et basé sur les données de l'assurance-maladie, avait largement analysé les conséquences des restes à charge pour les Français. La bonne idée se heurte aujourd'hui à la réalité avec le risque d'une croissance des coûts pour les complémentaires et donc d'augmentation des cotisations, ce qui aurait, bien sûr, des conséquences sur l'accès à ces mêmes complémentaires. Certaines mutuelles, celles qui ont dans leur portefeuille 70 % de seniors, vont être très largement impactées par cette réforme. De plus, les cotisations ont augmenté ces dernières années. Les taxes auxquelles sont soumises les mutuelles à l'issue du prochain Plfss, elles seront portées à 14,08 %. Destiné à permettre un meilleur accès aux soins, le Rac 0 risque pourtant de ne pas bénéficier à ceux qui justement en ont le plus besoin : d'abord 5 % de Français (14 % des chômeurs) n'ont pas de couverture complémentaire et sont donc exclus de fait du dispositif. D'autre part, les petits contrats mutualistes, ceux souscrits par les

Français qui ont le moins de ressources, vont perdre leur caractère « responsable », n'offrant pas les paniers de soins minima requis dans le cadre de la réforme. Leur prix risque de croître, soit par l'augmentation liée au nouveau panier de soins couverts, soit parce qu'ils seront taxés au prix fort des contrats non responsables. Selon Didier Balsan, expert référent à la Direction santé de la Mutualité française, Le Rac 0 pourrait donc coûter aux complémentaires 144 millions d'euros. La revalorisation des actes de soins conservateurs devrait quant à elle, entraîner un coût de 180 millions d'euros. La ministre de la Santé reproche aux mutuelles de profiter de la réforme « 100 % santé » pour augmenter leurs tarifs. « J'appelle ça un sabotage politique et je vais le dire aux mutuelles », a prévenu, sur France Culture, Agnès Buzyn, la ministre de la Santé. Évalué à 1 milliard d'euros, le coût de la réforme doit être pris en charge à 75 % par la Sécurité sociale et 25 % par les complémentaires. Soit une dépense pour ces dernières de 250 millions d'euros sur trois ans, à rapporter à leur budget de 36 milliards. La réforme prévoit la création d'un observatoire des prix qui sera rendu public. Bref, le RAC 0 n'est pas financé de façon solide et les plus pauvres n'en verront pas tous la couleur. Ne vaudrait-il pas mieux tout refondre et établir le 100 % Sécu ?

Inquiétude chez les médecins libéraux sur le basculement du régime des médecins dans un système universel

Jean-Paul Delevoye, chargé de bâtir un nouveau système de retraite, s'emploie à rassurer la profession médicale... Alors que la CARMF craint de disparaître, le Haut-commissaire affirme que le régime universel sera un facteur de solidité extrêmement puissant. « Il est plus pertinent d'additionner les points plutôt que d'additionner les différentes caisses », recadre-t-il. Mais qu'en sera-t-il des droits acquis ? Intégration de l'ASV dans le système universel, concertation sur les réserves, garantie des droits acquis ? Le régime universel garantira pour tous les assurés la prise en compte de leurs revenus d'activité dans la limite de trois plafonds de la Sécu, soit 120 000 euros brut annuels. C'est la fin du régime complémentaire et de la CARMF. Le président de la CARMF Thierry Lardenois redoute une catastrophe. Pour les salariés et fonctionnaires, le taux de cotisation sera proche de 28 % (assurés et employeurs). Les médecins redoutent donc une hausse mécanique des cotisations retraite. L'ASV est menacée. Les syndicats font valoir

qu'il s'agit d'un acquis conventionnel majeur avec la prise en charge des cotisations sociales en secteur I.

En Chine, un robot joue les généralistes pour pallier le manque de médecins

Selon Camille Roux dans un article publié le 17 novembre, en Chine, « on ne mise pas sur les assistants médicaux pour remédier à la désertification médicale mais sur les robots. La société iFlytek a créé « Xiaoyi » (petit docteur en chinois), premier robot-médecin doté d'intelligence artificielle (IA), révèle Sciences et avenir. Après avoir obtenu haut la main son diplôme de médecine en 2017 – il avait décroché 456 points sur 600, 96 points au-delà de la note minimum requise – ce bijou de technologie se met désormais au service des patients. Son algorithme a été alimenté de « 53 ouvrages de médecine, deux millions de dossiers de patients, 400 000 rapports médicaux et plus d'un million d'images ». Il est également doté d'un système d'aide au diagnostic. Sur place, Xiaoyi se met dans la peau d'un généraliste et arpeute les services afin d'établir des prédiagnostics et d'orienter les patients vers les bons spécialistes. Il s'occupe également de la rédaction et de la centralisation des dossiers médicaux... La Chine investit énormément dans le secteur de l'IA et prévoit d'investir 152 milliards de dollars (129 milliards d'euros) dans ce domaine d'ici à 2030. En comparaison, la France prévoit d'investir 1,5 milliard d'euros d'ici la fin du quinquennat ».

La position de l'ordre sur la question de la clause de conscience face à l'avortement : le point de vue du Dr Andrée Parrenin (Vice-Présidente de l'Ordre des médecins)

Elle donne ici la position de l'ordre. Ferme sur le droit à l'IVG, mais attaché à la liberté de conscience des médecins : l'Ordre des médecins est intervenu à plusieurs reprises sur le sujet ces dernières semaines, se démarquant à l'occasion du président du Syngof et critiquant les propos du pape sur le sujet. Elle **défend ici ce positionnement original entre défense du droit des femmes et prérogatives des médecins.**

Article R.4127-18 : IVG et IMG : « *Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que*

dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi ». L'IVG est un acte autorisé par la loi pour répondre à une femme qui désire interrompre une grossesse. L'état de grossesse n'est pas un état pathologique. L'IVG n'est pas un acte de soin comme un autre. Les femmes qui ont recours à une IVG ne viennent pas consulter comme s'il s'agissait d'un acte banal tant du point de vue physique que psychologique. La législation a déjà beaucoup évolué. Initialement, la loi n'autorisait l'IVG que jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA). Puis nous sommes passés de la dépénalisation en 1975, au remboursement par l'assurance maladie en 1982, et en 2003, à la gratuité pour toutes les femmes quelle que soit la méthode utilisée.

Le cadre juridique est aujourd'hui élargi :

- Instauration du délit d'entrave puis intégration de ce délit dans le Code pénal.
- Allongement du délai légal de recours à l'avortement repoussé à 14 SA,
- Aménagement de l'obligation de l'autorisation parentale pour les mineures,
- Suppression de l'obligation de l'entretien préalable à l'IVG sauf pour les mineures.
- Suppression de la notion de détresse et réduction du délai de réflexion qui passe d'une semaine à 48 heures.
- La pratique de l'IVG par la méthode médicamenteuse, a été étendue aux médecins généralistes, aux sages-femmes, et pour la méthode instrumentale aux centres de santé.

La clause de conscience se justifie. Cette clause spécifiquement exprimée pour l'IVG dans la loi (article L 2212-8) et reprise dans le code de la Santé Publique (Article R.4127-18) existe dans deux autres circonstances particulières la stérilisation, la recherche sur l'embryon. Il est indispensable de permettre au médecin de se récuser pour un acte qu'il jugerait, en conscience, contraire à ses convictions personnelles ou professionnelles et il doit pouvoir exciper de « *sa liberté de conscience* » sans en être inquiet, et sans pour autant faire obstacle au droit de la patiente à bénéficier de ce qui lui est permis par la loi et en lui facilitant l'accès à ce droit. Cette clause ne concerne pas que des professionnels de santé (pharmaciens infirmiers, sages-femmes, axillaires médicaux, etc.) mais aussi le personnel hors soins (laborantins, ingénieurs...). Supprimer la clause de conscience reviendrait à forcer un médecin à pratiquer une IVG, ce qui n'est pas concevable. C'est bien parce que l'IVG est une circonstance particulière que la clause de conscience est une condition particulière qui a été établie pour cette circonstance. D'autant que, dans le cadre de

l'IVG, le médecin qui, pour des raisons personnelles, fait valoir la clause de conscience, a l'obligation d'en informer immédiatement la patiente et de la diriger sans délai vers un confrère ou vers un centre spécialisé, qui pourra la prendre en charge rapidement.

La France à la traîne pour la dépense de santé mentale

Plus d'une personne sur six dans l'Union européenne est touchée par des troubles de santé mentale (dépression, troubles anxieux ou liés à la consommation d'alcool et de drogues), selon le Panorama de la santé, Europe 2018 publié le 22 novembre par l'OCDE. Concernant la répartition des dépenses, 260 milliards d'euros sont liés aux taux d'emploi et à la productivité moindre de ces populations. 170 milliards vont aux dépenses de Sécurité sociale et 190 milliards aux soins. Les rapporteurs soulignent la lourdeur de la tâche qui attend les pays européens en matière de lutte pour promouvoir la santé mentale. La France consacre 3,7 % de son PIB (chiffres 2015) en termes de coûts directs ou indirects liés à la santé mentale, loin derrière le Danemark (5,4 %), l'Allemagne (4,8 %) et l'Espagne (4,2 %). La moyenne de coûts dans le secteur dans l'Union européenne est de 4,1 %.

La Ligue contre le cancer souhaite allouer 10 % de la dépense nationale à la prévention

La vaccination HPV sur les jeunes garçons et filles doit se systématiser, préconise la Ligue contre le cancer qui vient de publier ses 11 propositions phares dans un livre blanc. Avec le slogan « *40 % des cancers sont évitables* », parmi ses priorités, elle recommande d'allouer 10 % de la dépense nationale de santé à la prévention organisée qui ne représente seulement que 2,2 % aujourd'hui. De plus, alors que les budgets dédiés sont ridicules, la Ligue souhaite systématiquement consacrer à la prévention 20 % des sommes allouées à la recherche. Autre objectif de la Ligue d'ici à dix ans, les cancers viro-induits qui représentent une part importante des cancers évitables doivent diminuer fortement. Sont visées la vaccination HPV ainsi que la prévention et le traitement des hépatites virales.

L'Organisation internationale du travail (OIT) réclame des hausses de salaires pour les travailleurs.

« Les salaires qui stagnent sont un obstacle à la croissance économique et à la hausse des niveaux de vie ». Guy Ryder, directeur général de l'OIT, a déclaré lors de la sortie du dernier rapport mondial sur le monde, que « les pays ont exploré, avec leurs partenaires sociaux, la croissance et les salaires, réalisés dans 136 pays ». Son message vise en particulier les pays riches, où le ralentissement de la hausse des salaires est le plus marqué. En termes réels, c'est-à-dire corrigée de l'inflation, la croissance salariale mondiale a ralenti de 2,4 % en 2016 à 1,8 % en 2017 et elle devrait demeurer à un niveau faible en 2018. Dans les États « avancés » du G20, la croissance des salaires réels est très faible, souligne l'OIT. Aux États-Unis, elle n'a pas dépassé 0,7 % depuis deux ans. Pour l'Europe de l'Ouest, la progression des revenus est tombée à un niveau proche de zéro l'an dernier. En France, les salaires ont augmenté de 0,1 % et ils reculeront de 0,4 % cette année, selon les estimations en cours. En Allemagne, ils devraient passer de + 0,9 % en 2017 à + 1,7 % en 2018. « C'est plus préoccupant au Japon ou en Allemagne, où le décrochage entre salaires et productivité est plus marqué », ajoute Philippe Marcadent, l'un des auteurs du rapport. Cette faible progression des salaires dans les pays à revenu élevé est « déroutante » alors que le PIB est reparti à la hausse et que le chômage régresse dans divers pays, insistent les experts de l'OIT. Au-delà du ralentissement de la hausse de la productivité, cette évolution inférieure aux attentes peut s'expliquer par « une concurrence internationale accrue et par l'incertitude qui pèse sur les entreprises et les incite à contenir leurs coûts. L'affaiblissement du pouvoir de négociation des salariés (avec une chute drastique du nombre de syndiqués dans certains pays) joue aussi », complète Philippe Marcadent. La situation est très différente dans les émergents, en particulier la Chine (+ 5,6 % en 2017). Au cours des vingt dernières années, les salaires réels moyens ont presque triplé dans les pays en développement du G20 tandis que dans les pays avancés ils n'avaient augmenté que de 9 %, pointe l'OIT. Des États très développés comme le Royaume-Uni et les États-Unis affichent des niveaux d'inégalités salariales près de deux fois plus marqués que d'autres pays matures, comme la Suède.

Le nombre de médecins diminue toujours

La France continue à perdre des médecins, et les inégalités territoriales se creusent. C'est le constat du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), qui publiait le 4 décembre l'édition 2018 de son atlas de la démographie médicale. Les généralistes sont les premiers touchés : ils ne sont plus que 87 801 en 2018, en recul de 0,4 % sur un an et de 7 % depuis 2010. Une situation qui ne va pas s'améliorer : la France devrait en perdre autant d'ici à 2025. Avec 24 % d'omnipraticiens âgés de plus de 60 ans et seulement 21 % en dessous de 40 ans, « le renouvellement générationnel n'est pas assuré », déplore Patrick Bouet, le président de l'Ordre. L'atlas confirme également d'autres évolutions de la profession, comme la part croissante du salariat (47 %) au détriment de l'exercice libéral (42 %). La féminisation se poursuit : 47 % des médecins en activité régulière sont des femmes. Elles sont majoritaires chez les jeunes généralistes (64 %) et chez les chirurgiens de moins de 40 ans (61 %). L'atlas 2018 pointe aussi « des inégalités territoriales qui se creusent », avec des baisses de densité « plus fortes dans les départements déjà affectés » par la désertification médicale. Dans l'ensemble, « la tendance à la baisse de la densité médicale observée depuis 2010 se confirme », selon le Cnom, le nombre de praticiens en activité ayant stagné tandis que la population n'a cessé d'augmenter. Les médecins étrangers représentent 16 % des nouveaux inscrits. Seulement 16 % des jeunes diplômés s'installent en libéral.

Les écrans modifient le cerveau des enfants selon une étude américaine

L'État fédéral américain a lancé une étude menée sur 11 000 enfants et pendant 10 ans et déjà, plusieurs éléments apparaissent. La chaîne CBS vient de rendre publics le 10 décembre 2018 les premiers résultats de la plus grande étude jamais réalisée sur l'effet des écrans sur les cerveaux des enfants et adolescents. À terme, 11 000 enfants vont être suivis pendant une décennie, pour un coût de 300 millions de dollars. Les scientifiques ont déjà fait passer des IRM à 4 500 enfants. En scannant leurs cerveaux, **on constate une différence** chez les enfants de 9 et 10 ans qui passent plusieurs heures par jour devant un écran de téléphone, de tablette, ou de jeux vidéo. On observe en effet un amincissement prématuré du cortex. Les chercheurs constatent ce point commun chez les enfants qui utilisent le plus les écrans.

Cet amincissement du cortex se produit généralement un peu plus tard. Il faudra du temps, suivre l'évolution de ces enfants, à l'adolescence, dans l'entrée à l'âge adulte, pour voir si ça a un effet durable sur le cerveau. Mais ce que montre déjà cette étude, c'est que les enfants qui passent en moyenne plus de deux heures par jour devant des écrans ont de moins bons résultats aux tests de langage et de logique. Et ce qu'elle essaye de déterminer également, c'est si les écrans génèrent chez ces enfants un mécanisme d'addiction, comme une dépendance à une substance.

Au sujet de la CMU, de l'AME et du refus de soins, le Défenseur des droits met en cause les plateformes de rendez-vous médicaux

Le Défenseur des droits, Jacques Toubon, demande dans deux décisions en date du 22 novembre à l'attention des plateformes de prise de rendez-vous médicaux en ligne, dont la société Doctolib que les mentions discriminatoires ciblant des patients précaires ou étrangers soient retirées. Ces décisions ont été demandées par trois associations – Médecins du monde, le CISS (désormais France Assos Santé) et la Fédération des acteurs de la solidarité – au sujet de mentions à caractère discriminatoire à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et de l'aide médicale d'État (AME). Certains médecins opposent en effet un « *refus direct* » de prise en charge de ces patients précaires ou étrangers en raison de leur statut. Cela se traduit par des phrases comme « *les bénéficiaires de la CMU ne sont pas acceptés* » ; « *merci de prendre rendez-vous avec l'hôpital...* » ou « *le docteur n'accepte pas les consultations programmées pour les patients ayant une carte AME* ». D'autres, sans refuser explicitement ces bénéficiaires, imposent des conditions spécifiques menant à une forme de ségrégation : consultations au tarif opposable « *prévues les mardis matin* », ou pour les bénéficiaires de la CMU « *merci de vous munir de votre carte Vitale et de l'attestation à jour* » ou « *apporter la lettre du médecin traitant* ». Le Défenseur des droits invite les plateformes à respecter strictement le principe de non-discrimination en contrôlant les informations publiées. Parmi ses recommandations : formaliser la procédure de création des profils et de modification du contenu affiché par les professionnels de santé ; veiller à l'absence de mentions discriminatoires pendant l'exécution du contrat ; créer un système de signalement avec un motif « *discrimination* » ou indiquer aux patients

la possibilité de signaler les mentions illicites. Dans sa décision, le Défenseur des droits fait également des recommandations à l'Assurance maladie et au ministère de la Santé. Il leur demande d'informer les patients de leurs droits mais aussi de simplifier les procédures des bénéficiaires, d'améliorer le règlement des honoraires ou d'encadrer le fonctionnement des plateformes de rendez-vous en ligne dans le cadre de la généralisation prévue dans Ma santé en 2022.

Les chiffres de la cohésion sociale sur le site officiel du ministère des affaires sociales

- 8,5 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté (987 €/mois)
- 1/3 des familles monoparentales (dans 81,5 % des femmes seules) est pauvre
- 2 296 000 foyers sont bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA)
- 141 500 personnes sans abri ou mal-logées
- 1,02 million de bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- 161 860 enfants accueillis par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) (2015)
- 1 228 000 personnes bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Les jeunes, mal couverts par les complémentaires santé

La proportion de jeunes Français de 18 à 24 ans couverts par une complémentaire santé a nettement diminué en 2018, en particulier chez les étudiants, selon le baromètre annuel du cabinet Epsy pour la Fédération nationale indépendante des mutuelles. « *Le taux d'équipement des jeunes générations dégringole* », affirme la Fnim dans un communiqué. Seuls 66 % des 18-24 ans déclarent être couverts par une assurance santé complémentaire, contre 75 % en 2017 et 79 % en 2016. Parmi les étudiants, cette proportion a chuté en un an de 85 % à 69 %. Pour la fédération, cette évolution est « *certainement l'expression à la fois des difficultés économiques rencontrées et de la défiance envers la protection sociale collective* ». La Fnim juge « *tout aussi inquiétante* » la baisse observée « *dans les ménages aux revenus modestes* » (moins de 20 000 euros par an), dont le « *taux d'équipement* » est passé de 84 % à 80 %.

Forte baisse de la consommation de tabac en 2018

En 2018, pour la troisième année consécutive, les ventes de cigarettes en France ont baissé. Ce qui s'expliquerait notamment par la hausse du prix du paquet. **Les ventes de tabac ont reculé de plus de 9 % en 2018**, d'après l'étude de Logista, principal fournisseur des buralistes. Au cours de l'année, 40,23 milliards de cigarettes ont été livrées aux buralistes, contre 44,36 milliards l'année précédente. Une chute s'expliquant notamment par la hausse d'un euro du prix de paquet de cigarettes, le 1^{er} mars dernier. La politique de santé publique qui consiste à augmenter le prix du paquet de cigarettes est une bonne idée puisqu'elle motive les fumeurs à arrêter de fumer. Le prix devient alors un véritable frein à l'achat. Fumer un paquet par jour coûte aujourd'hui 240 euros par mois. Ce qui représente un budget conséquent. D'ici à novembre 2020, le prix du paquet atteindra 10 euros.

D'autres mesures ont porté leurs fruits : le paquet neutre, les campagnes d'information et notamment le « Mois sans tabac » qui a lieu en novembre depuis deux ans.

Pénurie de médicaments

C'est un phénomène nouveau qui touche tous les pays. 25 % des Français ont déjà été confrontés à une pénurie de médicaments, selon le sondage de France Assos Santé : anticancéreux, antiallergiques, antiépileptique ou vaccin (Pneumovax, pour les personnes en attente de greffe, BCG). 45 % des personnes impactées ont dû reporter, modifier, renoncer à leur traitement. Résultat : une augmentation des symptômes dans 14 % des cas, une hospitalisation dans 5 %. 56 % des Français s'estiment mal informés.

Mais d'où viennent ces ruptures ? À des travaux de rénovation d'une usine par-ci, à une délocalisation par-là. Mais pour France Assos Santé, « *les industriels sont très largement responsables, du fait de leurs stratégies financières contestables !* » En clair, des labos réduisent leur stock pour limiter les pertes et vendent le reste au plus offrant. « Que les pouvoirs publics fassent leur travail, avec une harmonisation des politiques à l'échelle européenne », reprend le président de l'association, qui demande une information « *claire sur les plans de gestion des pénuries* » et aussi des sanctions financières aux laboratoires qui ne respectent pas ces plans.

Le déficit des hôpitaux est prévu à 1 milliard d'euros pour 2019

La Fédération hospitalière de France réclame une mission parlementaire sur le financement des soins et l'ONDAM. Pour Frédéric Valletoux, le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) est obsolète. Cet outil de pilotage des 200 milliards d'euros annuels de soins remboursés ne sert plus, selon lui, qu'à ponctionner des établissements de santé et des maisons de retraite « vertueux » au profit de soins de ville dont le coût n'est pas maîtrisé. En quatorze ans, a souligné Frédéric Valletoux, les plans d'économies sur les établissements de santé ont totalisé 8,6 milliards d'euros. Les sommes ainsi obtenues seraient fléchées vers les investissements hospitaliers, qui sont en berne depuis sept ans, et gravitent autour de 3 milliards d'euros annuels contre 6 milliards précédemment.

Les notes de lecture

« *Le retour des domestiques* »

**La république des idées, Edition du Seuil, de Laurent Carbonnier
et Nathalie Morel par le Dr Michèle Leflon**

Les auteurs se situent dans le cadre économique actuel, proposant simplement de mieux utiliser l'argent public dans le cadre budgétaire contraint actuel, sans même évoquer que cette contrainte n'est qu'artificielle. Leur plaidoyer pour un service public de la petite enfance et d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes n'en a que plus d'intérêt, témoignant d'une création possible à très court terme... Pour autant qu'en existe la volonté politique. Car, ils le disent bien dès l'introduction, la situation actuelle est le fait d'un choix de société, favorisant avant tout les services pour les plus aisés. Une bonne documentation et une écriture agréable complètent l'intérêt de la lecture de ce livre.

Il y avait 1 million de domestiques en France au début du XX^e siècle, 200 000 en 1990. Il y a maintenant 1,23 million de salariés dans les services à la personne, du fait de politiques de soutien à ce secteur depuis 1986 et surtout 1991 puis avec le plan Borloo en 2005. Le but était de répondre à des besoins sociaux et surtout de résorber le chômage en créant un vivier d'emplois peu qualifiés. La France a été la bonne élève d'une stratégie en fait européenne, avec des rapports successifs de l'Union Européenne sur le sujet à partir de 93 et un tournant idéologique en 97 : le discours féministe cède le pas aux préoccupations économiques et à la volonté de développer les emplois de service pour que les femmes qualifiées puissent être plus productives.

Le choix fait en France a été, non de structurer le secteur, mais de solvabiliser la demande par des dispositifs fiscaux, profitant avant tout aux plus aisés, pour un coût estimé de 6,5 milliards d'euros en 2014, un choix que la cour des comptes a dénoncé dans deux rapports, en 2010 et 2014. Et cela pour des emplois de mauvaise qualité, car le changement de vocabulaire, du domestique à la salariée (à 96 % des femmes) dans les services à la personne, ne change pas le contenu, moins encore les conditions de salaires et de travail : temps partiels, employeurs multiples, bas salaires, dévalorisation du travail effectué, insécurité... Avec le plan Borloo, les personnes deviennent des « produits » dans la campagne publicitaire!

L'objectif quantitatif de création d'emplois a pris le pas sur l'objectif qualitatif, posant la question, à la fois du sort des salariés mais aussi de la qualité des services rendus, surtout quand ils s'adressent à des personnes vulnérables. La création du DEAVS (Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) a été un coup d'épée dans l'eau : leurs titulaires n'en retirent qu'un maigre bénéfice financier, trop quand même pour les employeurs et ce diplôme constitue même un frein à l'embauche.

Le champ des services à la personne est très vaste. D'après les études des auteurs à partir de statistiques du ministère du travail, 8 % des heures correspondent à des heures de garde d'enfants, 38 % à de l'aide à domicile pour des personnes âgées et/ou handicapées et donc 54 %, plus de la moitié, à des services de confort.

Après cet état des lieux, les auteurs se livrent dans le chapitre III à l'analyse des conséquences sociales des politiques choisies. Le titre en dit l'essentiel : « *Une subvention au confort des plus aisés.* » L'argumentation est rigoureuse pour démontrer que le choix fait de déductions fiscales a entraîné une redistribution verticale régressive, c'est-à-dire en faveur des plus riches, et non en fonction des besoins. Le décile le plus riche de la population bénéficie de 43,5 % de la subvention fiscale. Réduction d'impôt ou crédit d'impôt ne montre pas véritablement de différence d'efficacité sur les créations d'emplois, que ce soit chez les plus riches, où l'aide apportée n'est pas décisionnaire pour le recours à ces emplois de service ou que ce soit chez les ménages modestes : l'utilisation de ces emplois répond à une nécessité absolue et bénéficie le plus souvent avec d'autres aides (APA, aide à la garde d'enfants). Comme le soulignent les auteurs, ceci conduit à une politique dualiste avec deux régimes :

- les plus modestes ont recours aux emplois de service grâce à la protection sociale.
- les plus aisés bénéficient d'une aide beaucoup moins visible, mais très élevée : 6,6 milliards d'euros.

Ils disent mal comprendre le choix de renoncer à un système universel, sauf que l'explication est sans doute dans l'effet pervers qu'ils dénoncent : une baisse de soutien à la protection sociale dans l'opinion publique. Mais cette dualité ne fait pas société.

Le choix opéré de solvabiliser la demande sans structurer l'offre est lié au libéralisme, qui serait une garantie d'une meilleure utilisation. Mais cela est même en contradiction avec les principes économiques de l'économie de marché, puisque l'allocation de service ne dépend pas du marché mais des revenus des employeurs ! De plus, l'absence de structuration de l'offre par les pouvoirs publics ne leur permet d'en garantir ni la qualité, ni même la répartition géographique, avec des effets très pervers de renoncement aux soins et d'inégalités dans le mode de garde des enfants, alors que de nombreux travaux démontrent l'intérêt pour le développement de l'enfant des services de garde formels.

Les auteurs concluent ce troisième chapitre sur la question des inégalités hommes/femmes : le développement des services à la personne n'a pas pour but de rétablir l'équilibre dans les tâches domestiques, mais de les externaliser. L'enjeu économique de mise au travail des femmes a pris le pas sur l'égalité des sexes, avec le développement des inégalités chez les femmes par un transfert de la charge des tâches domestiques des femmes les plus qualifiées, vers celles qui ne le sont pas. On pourrait regretter que la démarche des auteurs n'aille pas jusqu'au bout des bonnes alternatives : la réduction de temps de travail de toutes et tous, hommes et femmes, mais sans doute est-ce hors sujet !

Cette coûteuse politique est donc en échec, tant en ce qui concerne la réponse aux nouveaux besoins que dans les progrès de l'égalité homme/femme. Les auteurs concluent leur livre sur des propositions d'une autre utilisation de l'argent par le financement direct de services sociaux : service public de la petite enfance et développement des structures d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes et/ou en situation de handicap, avec des effets bénéfiques pour la création d'emplois, pour leur qualité et pour la réduction des inégalités par redistribution.

On pourra regretter que les auteurs n'aillent pas plus loin dans la définition de ces nouveaux services publics puisqu'en note ils affirment ne pas se prononcer sur la manière dont ces services doivent être rendus : institution publique ou financement d'institutions privées. D'autant plus que la description de la situation qu'ils font donne tous les éléments en faveur d'un service public non soustraité, à condition, bien sûr, d'une gestion démocratique de celui-ci, à la fois par les salariés, les usagers et les élus pour en garantir la qualité. Ce sont des vrais services publics qui sont nécessaires :

- pour les conditions de travail et de salaire : la situation actuelle de trop d'associations d'aide à domicile

témoigne de situations dégradées, voire scandaleuses, au nom d'idéaux (gestion non lucrative, activité d'aide à des personnes en difficultés), mais devant répondre aux exigences budgétaires des conseils départementaux ;

- pour la qualité du service rendu, nécessitant formation et reconnaissance de la formation, supposant la résorption des inégalités territoriales :
- pour la dignité des salariés enfin, fonctionnaires au service de ceux qui en ont besoin et non domestiques déguisés.

Même si bien sûr, la construction de ces services publics devra se faire en tenant compte de l'existant : les salariés et tous les bénévoles associatifs sont une aubaine pour la construction de services publics démocratiques.

« *Le plafonnement des indemnités prud'homales, symptôme de la fracture interne de l'État.* »

Le Monde, éditions des 6 janvier 2019, 13, 15 et 19 décembre 2018, 11 septembre 2018
et 9 mars 2016 par Mme Audrey Thory, professeur agrégée de lettres classiques

Macron en rêvait depuis longtemps... et a fini par l'imposer complètement, par voie d'ordonnance. De quoi s'agit-il? De limiter de manière graduelle, selon l'ancienneté du salarié, le montant d'indemnisation qu'un salarié peut espérer obtenir au conseil des prud'hommes pour un licenciement abusif par son employeur.

L'inoculation des plafonnements des indemnités prud'homales.

Acte I: la Loi Macron du 10 juillet 2015 rendait déjà beaucoup plus complexe pour le salarié - et donc dissuasive dans une certaine mesure - la saisine des prud'hommes, en introduisant « *plus de formalisme* »; cela a irrémédiablement eu pour effet de diminuer le nombre de saisines des conseils prud'homaux. Mais il n'avait pas encore pu atteindre pleinement son objectif: le plafonnement des indemnités, qu'il avait inscrit dans le projet de loi avait été invalidé par le Conseil constitutionnel, au motif que le montant de l'indemnité devait pouvoir varier selon la taille de l'entreprise.

Acte II: Macron revient à la charge par le biais de la loi travail El Khomri en 2016; le plafonnement est à nouveau écarté pour ne pas faire capoter les négociations avec les partenaires sociaux. C'est décidément bien irritant, cet acharnement à ne pas reconnaître qu'il a raison.

Acte III: Il a pourtant raison. Et qu'à cela ne tienne, puisque c'est autant d'appuis de patrons gagnés pour les élections: Macron inscrit dans son programme de campagne aux élections présidentielles en 2017 qu'il instaurera, parole d'homme, ces plafonds d'indemnisation. Et le plus sûr, maintenant qu'on est bien installé au pouvoir, c'est, notamment sous couvert d'« efficacité » dans le train des réformes, et de sa « responsabilité » d'homme politique fort, pour démontrer qu'il garde le cap en mettant à exécution ses promesses de campagnes — deux termes dont le chef de l'État n'est pas avare au niveau discursif, même au plus fort de l'affaire Benalla à l'été 2018, on s'en souvient... de faire passer cette mesure par ordonnance sur le Code du travail. Le 22 septembre 2017, c'est chose faite: voici enfin promulgués ces damnés

plafonds d'indemnisation... Ouf! [Sa] « justice » est enfin rendue!

Le ver est dans le fruit

On peut en être encore abasourdi, mais tout cela est effectivement bien passé dans le train effréné des réformes de la rentrée présidentielle. Et si d'aucuns ont encore pu s'émouvoir de ce procédé qu'est l'ordonnance, au prétexte que son usage répété pourrait relever d'une atteinte à l'exercice d'une démocratie sereine et réfléchie, les jours ont passé... L'eau a coulé sous les ponts, emporté dans le courant les petits cailloux qui menaçaient pourtant, comme en 2017, de gripper les rouages: un plaignant en référé conteste le plafonnement, comme contraire à la convention 158 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Heureusement, le Conseil d'État — et le Ministère du Travail ne manque pas de s'en féliciter — balaie rapidement ces vétilles; il reconnaît pourtant que sa décision ne préjugait pas de son appréciation sur la légalité des ordonnances — le Ministère oublie de le préciser, mais par miracle, ce problème, qui eût pu, somme toute, finir par être embarrassant, disparaît bientôt: avec la ratification de l'ordonnance à l'automne 2017, cela échappe désormais à sa compétence; c'est une épine dans le pied opportunément enlevée avant même que cela ne s'infecte, le monde est bien fait! L'ordre enfin semble se rétablir; le conseil prud'homal du Mans en septembre 2018 déclare même que l'ordonnance de 2017 respecte la convention de l'OIT. Nous voilà rassurés.

Mais voici qu'à nouveau à la fin de l'année 2018 des salariés jouent les trouble-fêtes. Non, pas de gilets cette fois, mais leurs licenciements reconnus comme abusifs (« *sans cause réelle et sérieuse* »), et les conseils prud'homaux de Troyes et d'Amiens, coup sur coup, dénoncent de surcroît le caractère contraire à la convention 158 de l'OIT des textes de la réforme de 2017. La réponse du Ministère du Travail, en l'absence de question des conseils prud'homaux, ne se fait pas attendre: ce jugement « *soulève à nouveau la question de la formation juridique des conseillers prud'homaux* ». Et toc. « *Propos insultants* » s'émouvent les collègues salariés et employeurs concernés, en invitant le Ministère à un « *rappel à l'ordre, voire à*

la loi » : oui, mais cette fois, justement, pas de réponse du Ministère... Bon, c'est vrai que Nicole Belloubet aussi, actuelle Garde des Sceaux, s'était déjà exprimée publiquement sur un autre sujet, certes, pour réclamer des « *sanctions exemplaires* » contre les gilets jaunes ; on ne va donc pas s'émouvoir pour si peu du mélange des genres. Décidément, le petit personnel est bien susceptible de nos jours.

Les germes de la discorde

Macron et l'exécutif, en imposant ces plafonnements d'indemnités prud'homales, affiche ouvertement son souci de « *renforcer la prévisibilité des conséquences qui s'attachent à la rupture du contrat de travail* ». Le Ministère, fin 2017, se félicitait d'ailleurs du nombre décroissant de recours aux prud'hommes dans les licenciements en faisant le lien avec l'ordonnance – dont l'incidence ici doit pourtant être relativisée puisqu'elle n'a pu peser que sur un quart environ de la période envisagée. La tendance remonte en fait à 2008 avec la mise en place de la rupture conventionnelle. Et faut-il s'en réjouir ? Quand Mme Pénicaud assure que désormais salariés et employeurs ont à 100 % renoué le dialogue, quand un syndicat d'avocats d'entreprises minimise la portée du jugement du conseil prud'homal de Troyes en légitimant le plafonnement par deux principes de réalité, à savoir la référence à d'autres pays européens tels que l'Italie, la Grande-Bretagne, la Belgique, la Suède ou la Finlande, et le fait que cette loi permet d'inciter l'employeur à recourir au CDI plutôt qu'à des CDD à répétition généralement de manière illégale, le professeur à l'école de droit de la Sorbonne, Pascal Lokiec, livre une analyse sensiblement différente : « *Le législateur a sciemment mis en place un système fait pour décourager les salariés à aller en justice et qui empêche les juridictions de réparer intégralement le préjudice subi par ceux-ci* ». Les conseillers prud'homaux considèrent que les plafonds d'indemnisation constituent « *un obstacle à l'exercice de leur fonction de juger, dont on peut rappeler le caractère fondamental dans tout État de droit* » ; ils se sentent bridés dans leur rôle essentiel de « *réparation du préjudice* », ajoute Pascal Lokiec. Le Syndicat des Avocats de France, de son côté, est également résolu à poursuivre le combat contre le barème à l'occasion de contentieux ultérieurs.

Sans même évoquer le détail des plafonnements, dont, par exemple, celui correspondant à moins de deux ans d'ancienneté ne laisse comme marge de manœuvre qu'un demi - mois de salaire, et ceux pour plus de 15 ou 20 ans d'ancienneté limitent drastiquement l'indemnisation respectivement à 12 et 15 mois (contre 20 et 24 par la

jurisprudence), c'est le principe même du plafonnement qui peut choquer : que dire sur le plan éthique d'une loi qui fixe par avance une limite financière à une faute, quelle qu'elle soit, indépendamment de sa nature et de sa qualification ? Et qui plus est, sécurise et protège le fautif ? Et encore la partie la plus forte (l'entreprise), au détriment de la partie la plus faible (le salarié) ? Peut-on encore parler d'État de droit ? A-t-on perdu de vue ce qu'est l'intérêt général dans cette loi ? Puisque les employeurs souvent contournent la loi sans prendre leur responsabilité, en embauchant en CDD là où se justifieraient des CDI, il faudrait donc brider l'exercice des juges, dissuader les salariés en limitant la possibilité de leur recours... ? C'est en tout cas ainsi que l'État semble répondre aujourd'hui à cette situation de fait.

Rupture ou agonie du contrat social ?

On a pu qualifier d'« État voyou » (« *rogue state* » en Anglais) celui qui mène des actions, le plus souvent en matière de politique extérieure, contrevenant aux lois ou accords internationaux ; ici, peut-être conviendrait-il de trouver un nouveau terme pour qualifier un État qui mine de l'intérieur ce qui a fait l'un des principes-mêmes de sa fondation, en faisant fi de sa légitimité fédératrice pour fragmenter la société qu'il est censé gérer. Sur le plan juridique, puisque nous y sommes, le *Traité de science politique* de Georges Burdeau définit l'État comme « l'ensemble des pouvoirs d'autorité et de contrainte collective que la nation possède sur les citoyens et les individus en vue de faire prévaloir ce qu'on appelle l'intérêt général, et avec une nuance éthique le bien public ou le bien commun ». Ces mots ne sont pourtant pas vides de sens. Soit c'est donc la mission de l'État qui s'est dénaturée, soit ce sont les contours de la société qu'il entend gérer qui ont évolué ; la société encore digne d'être considérée aujourd'hui ne rassemblerait-elle plus que les tenants et partisans inconditionnels de cette idéologie néolibérale destructrice, scellant l'exclusive contre ceux qui ne comptent pas pour ce gouvernement, et qui pourtant pourraient avoir besoin de la protection d'un État digne de ce nom ?

« HESAMAG n° 18 »

Par le Dr Nadine Khayi

Le dossier du n° 18 de la revue HESAMAG de l'institut syndical européen porte sur cancer et travail. Il est une bonne illustration de l'article sur les maladies professionnelles.

Plusieurs articles portent sur les difficultés des salariés à prendre conscience des risques auxquels ils sont exposés (surtout peut-être les femmes qui sont souvent supposées travailler sur des postes sans risque majeur). Les employeurs ne signalent pas toujours la toxicité des produits utilisés surtout s'ils ne font pas partie du processus de fabrication mais entrent dans des tâches annexes souvent occultées et même parfois ignorées des responsables. Une fois cette étape franchie, il reste l'étape administrative où le but semble plus souvent de ne pas reconnaître la cause professionnelle pour éviter d'avoir à indemniser (ne pas alourdir les « charges » de l'entreprise). Celle-ci semble être aussi compliquée, longue et épuisante pour les malades dans tous les pays européens.

Une lueur d'espoir pourrait venir d'une démarche initiée par le GIS COP 93 et qui pourrait s'étendre de la même façon qu'en région PACA avec le GIS COP 84. Il s'agit d'un accompagnement pluridisciplinaire des patients porteurs de cancers pour traquer les expositions professionnelles et aider à la reconnaissance de la maladie professionnelle. Une démarche à explorer et dupliquer dans toutes les régions, surtout lorsqu'il y a une forte densité d'industrie ou d'agriculture intensive.

À côté de ce dossier intéressant, la revue analyse les ressorts et les impacts du lobbying sur les instances européennes. L'article donne quelques chiffres pour en montrer l'importance et décrit les mécanismes utilisés pour influencer les décisions prises. Il met en évidence le risque majeur de conflit d'intérêts. La bataille du glyphosate est analysée pour montrer les armes utilisées par les lobbyistes du « big business » et les résultats que permet la mobilisation citoyenne. L'auteur termine son texte en soulignant l'intérêt que peuvent avoir les élections européennes « *pour exiger la mise en œuvre d'une action ambitieuse visant à contrecarrer l'influence des grandes entreprises* ».

« *Le numérique au secours de la santé* »

Par le Dr Nadine Khayi

Ce document est édité par Fondapol. Présentée comme un lieu de réflexion ouvert, libéral, progressiste et neutre, cette structure est en fait le lieu d'élaboration des « stratégies gouvernementales 2.0 ». La revendication de neutralité lorsqu'on sert le gouvernement (et non l'état) me rend toujours suspicieuse; il s'agit le plus souvent de refus d'élaboration des conflits de logiques ou d'intérêts.

Serge SOUDOPLATOFF lui-même semble être le stéréotype de l'« entrepreneur » d'aujourd'hui et totalement intégré dans les éléments constitutifs du système macronien. Sa biographie lui attribue la paternité d'une nombreuse famille de start-up et de quelques associations et autres clubs (dont FONDAPOL) au service des employeurs. Certainement très brillant pour manier les chiffres, algorithmes et autres concepts mathématiques, les notions de philosophie ne semblent pas occuper l'essentiel de ses préoccupations. Or, pour l'avoir vécu lorsque j'étais étudiante en mathématiques, on peut facilement perdre le contact avec la réalité quand on joue avec ces outils-là.

Dans tout cet écrit, l'idéologie néolibérale transpire dans toutes les lignes. La technique y est considérée comme extérieure à l'humanité qui la porte. L'outil s'émancipe de son créateur. Mais l'outil ne présage pas de l'utilisation qui en est faite : un marteau sert à enfoncer un clou, mais il peut servir à tuer. Le contrôle de la technologie n'est jamais envisagé, ce qui laisse la main

au marionnettiste qui, derrière le rideau (de fumée), tire les ficelles. Comment ne pas craindre le pire quand les marionnettistes sont les GAFA.

Partant de problèmes réels du coût de la santé (prix des traitements et équipements) et de l'augmentation des maladies chroniques, il n'envisage pas de voir ce qui peut réduire ces indicateurs mais en fait la source de profits. Il est plus profitable de faire gérer le diabète par le patient en lui vendant une série de gadgets pour contrôler son activité, son alimentation, son traitement, plutôt que de l'éduquer, de le soutenir dans ses efforts (c'est difficile), de comprendre ce qui l'empêche de progresser. Et en fait la santé est rarement améliorée car les patients laissent tomber rapidement. La technique seule ne sert pratiquement à rien.

Mettre tous ses espoirs dans l'intelligence artificielle pour venir à bout du manque de médecins et de soignants, en proposant de former des personnes formées au rabais pour utiliser les outils numériques, c'est naïf ou hypocrite. Que l'intelligence artificielle puisse être une technique d'aide au diagnostic est tout à fait envisageable mais on voit à quoi conduit actuellement la médecine technicienne qui oublie qu'il y a des êtres humains des deux côtés de la relation.

Un texte à lire pour être informé mais sans oublier de voir la réalité derrière l'image qui est décrite.

Documents

Mesures sur la CSG et éléments de cadrage sur le financement de la protection sociale en France

Par Mme Fanny Chartier

N.D.L.R. : Cette note propose un chiffrage et une analyse des dernières mesures concernant la CSG en les replaçant dans le cadre plus général du financement de la protection sociale en France.

Contexte : Le 10 décembre dernier, Emmanuel Macron a annoncé que la hausse de 1,7 point de la contribution sociale généralisée (CSG), qui devait s'appliquer aux retraités gagnant plus de 1 300 € nets par mois ne concernera pas ceux dont les revenus nets par mois sont supérieurs à 2 000 € nets par mois (pour une personne seule).

I- Les dernières mesures sur la CSG (2018-2019)

1) Qu'est-ce que la CSG ?

La Contribution Sociale Généralisée (CSG) a été créée par la loi de finances pour 1991 (gouvernement de Michel Rocard). C'est un **impôt** qui est assis sur l'ensemble des revenus des personnes résidant en France. Elle est **prélevée à la source** sur la plupart des revenus, à l'exception des prestations sociales et familiales tels que :

- les revenus d'activité (salaires, primes et indemnités diverses...);
- les revenus de remplacement (pensions de retraite, allocations-chômage, indemnités journalières...);
- les revenus du patrimoine (revenus fonciers, rentes viagères...);
- les revenus de placement (revenus mobiliers, plus-values immobilières...);

La CSG **visait à diversifier le mode de financement de la protection sociale** qui, avant la création de cet impôt, reposait essentiellement sur les cotisations sociales.

2) 2018 : Hausse de la CSG de 1,7 point

Pour rappel, depuis le 1^{er} janvier 2018, le taux de la CSG est réévalué afin d'augmenter les recettes provenant de cet impôt. Cette hausse, fixée à 1,7 point, concerne aussi bien les salaires que les pensions de retraite ou les revenus du patrimoine.

Pour les salariés, la hausse de 1,7 point fait passer la CSG à 9,2 % aujourd'hui, contre 7,5 % avant 2018. Cette mesure est toutefois « compensée » par la suppression

des cotisations chômage et maladie prélevées sur les salaires, dont le taux en 2017 était de 3,15 % (0,75 % pour les cotisations maladie et 2,4 % pour les cotisations chômage). Au final, la hausse du salaire net consécutive à ces allègements est donc supérieure à l'augmentation de la CSG. Les salaires nets versés ont donc légèrement augmenté. C'est évidemment une hausse totalement artificielle. Ce gain de pouvoir d'achat n'a toutefois eu lieu qu'en deux temps en 2018. Dans un premier temps (1^{er} janvier 2018) la cotisation maladie (0,75 %) a été supprimée tandis que la cotisation chômage a été ramenée à 0,95 %. La baisse totale de 3,15 % a ensuite eu lieu le 1^{er} octobre 2018, avec la suppression définitive de la cotisation chômage (devenue effective à partir du salaire du mois d'octobre).

Pour les fonctionnaires, la hausse de la CSG est compensée par le versement d'une prime compensatoire (1,67 % de la rémunération brute) donc sans gain de pouvoir d'achat.

Application du taux de CSG selon le montant du revenu fiscal de référence de 2016

Taux de CSG	2018		
	0%	3,80%	8,30%
1 part	< 11 018€	11 018€-14 404€	> 14 404€
1,5 parts	< 13 960€	13 960€-18 250€	> 18 250€
2 parts	< 16 902€	16 902€-22 906€	> 22 906€

Source : Acoiss.

Pour les retraités, cette hausse a été très décriée puisque contrairement aux salariés aucune contrepartie n'était envisagée (mis à part la suppression de la taxe d'habitation, pas encore en vigueur). Les retraités ne bénéficiant ni d'une exonération de CSG ni d'un taux réduit ont vu leur taux de CSG passer de 6,6 % à 8,3 % (+1,7 point). Concrètement, cela concernait les retraités seuls avec un revenu fiscal de référence supérieur à 14 404 €; 22 906 € pour un couple, soit près de 70 % des retraités, 10,5 millions de personnes. Après l'été, le gouvernement avait fait un premier recul en annulant cette hausse pour près de 300 000 retraités modestes.

3) 2019- création d'un nouveau taux de CSG

Taux de CSG estimé selon le montant du revenu fiscal de référence de 2017

Taux de CSG	2019			
Quotient familial	0%	3,80%	6,60%	8,30%
1 part	< 11 018€	11 018€-14 404€	14 404€-22 580€	> 22 580 €
1,5 parts	< 13 960 €	13 960€-18 250 €	18 250€-28 322€	> 28 322€
2 parts	< 16 902 €	16 902€-22 906€	22 906€-34 600€	> 34 600€

Source : presse.

Emmanuel Macron a annoncé l'annulation de la hausse de 1,7 point pour les retraités qui perçoivent une pension entre 1 200 et 2 000 euros par mois. Pour ces derniers, le taux reviendra à 6,6 % contre 8,3 % en 2018. **Cela crée de fait un nouveau seuil de CSG** pour cette catégorie de la population : jusqu'ici il existait trois taux de CSG distincts (0 %, 3,8 % et 8,3 %) selon le niveau

du Revenu Fiscal de Référence. En 2019, les nouveaux seuils seraient les suivants : 0 %, 3,8 %, 6,6 % et 8,3 %. Mais selon les dernières annonces, l'annulation de cette hausse prendrait plutôt la forme d'un remboursement des ménages concernés à l'été 2019 (des problèmes techniques ont été avancés).

Chiffrage de l'annulation de la hausse de la CSG pour les retraités.es

Taux de CSG	Exonéré	Taux réduit	Taux pas plein	Taux plein	Total
	0,00%	3,80%	6,60%	8,30%	
Actuellement					
Nb de retraités (en M)	3,1	1,9		10,5	15,5
%	20%	12%		68%	100%
Masses de pension (en Md€)	32,1	26,3		235	293,4
%	11%	9%		80%	100%
Recette de CSG (en Md€)	0	1	0	19,5	20,5
En intégrant les annonces du PR					
Nb de retraités (en M)	3,1	1,9	6,6	4	15,5
%	20%	12%	42%	26%	100%
Masses de pension (en Md€)	32,1	26,3	102	133	293,4
%	11%	9%	35%	45%	100%
Recette de CSG (en Md€)	0	1	6,7	11	18,8

Source > DREES, EIR 2016.

En bref, les personnes concernées par l'annonce d'Emmanuel Macron sont donc :

- les retraités célibataires ayant un RFR inférieur à 22 580 euros ;
- les couples de retraités ayant un RFR inférieur à 34 600 euros ;
- les retraités avec 1,5 part fiscale ayant un RFR inférieur à 28 322 euros.
- Nombre de retraité.es concerné.es : environ 6,6 millions.
- Coût de la mesure : 1,7 milliard d'euros. [La commission économique de la CGT a repris les chiffres des Échos qui chiffrèrent à 1,5 milliard].

II) Quel financement de la protection sociale en France?

1) Une dynamique de fiscalisation de la protection sociale et de déresponsabilisation patronale

Les ressources de la protection sociale en 2016

Montants en milliards d'euros, évolutions et parts en %

	Montant	Evolution 2016/2015	Part dans le total des ressources
Cotisations sociales dont...	461,3	1,1	60,8
Cotisations d'employeurs	250,5	1,1	33,0
Cotisations de salariés	96,9	3,3	12,8
Cotisations de travailleurs indépendants	23,7	-4,0	3,1
Autres cotisations effectives*	33,8	0,9	4,5
Cotisations imputées	56,4	1,0	7,4
Impôts et taxes affectés (ITAF) dont...	184,1	0,5	24,3
CSG	96,6	1,8	12,7
Impôts sur le revenu et le patrimoine (hors CSG)	19,3	-1,2	2,5
Autres impôts sur les produits (y compris transferts de recettes fiscales)	28,4	-0,7	3,7
Taxes de type TVA	11,7	4,6	1,5
Impôts sur les salaires et la main d'oeuvre	23,8	1,5	3,1
Impôts divers sur la production	4,4	-21,5	0,6
Autres ressources dont...	113,3	9,8	14,9
Contributions publiques	93,7	11,9	12,4
Produits financiers	8,0	1,6	1,1
Ressources diverses (y compris ressources du compte de capital)	11,6	-0,1	1,5
TOTAL	758,7	2,2	100,0

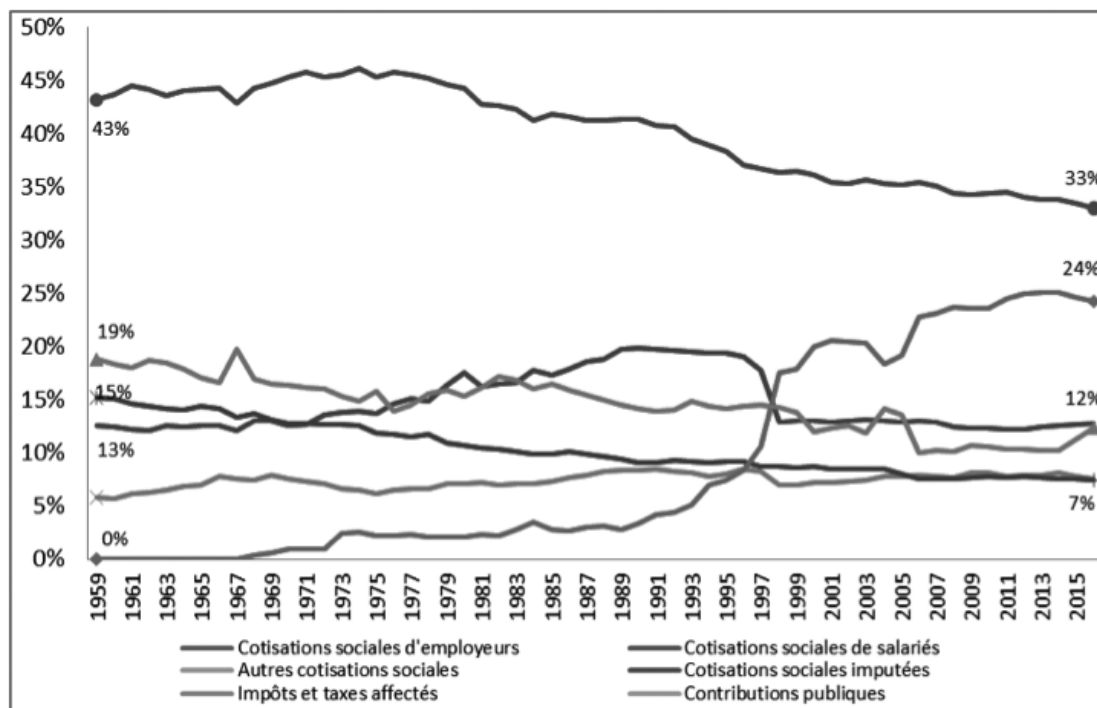
Note > Les ressources indiquées ici s'entendent hors transferts internes à la protection sociale.

Source > DREES, CPS.

Le rendement de la CSG est important : 96,6 milliards d'euros en 2016, soit plus que l'impôt sur le revenu, dont le produit s'élevait à 76,5 Mds € la même année, et elle représente plus de la moitié des impôts et taxes affectés à la protection sociale. Aujourd'hui, 1/4 des ressources de la protection sociale provient des prélèvements fiscaux. Ces dernières années :

- +3,3 % pour les cotisations salariés VS 1,1 % pour les employeurs ;
- +1,8 % sur la CSG et 4,6 % sur les taxes type TVA ;
- +12 % des contributions publiques (c'est-à-dire dotations directes au financement de la protection sociale en provenance des budgets de l'administration).

Évolution de la part des ressources de la protection sociale (1959-2016)



Source > DREES, CPS.

À la fin des années 1950, la Sécurité sociale était financée ainsi : 3/4 cotisations et 1/4 contributions publiques. Aujourd'hui : 60 % cotisations, 25 % impôts et taxes et 15 % contributions publiques. Une double dynamique de fond depuis les années 1970 :

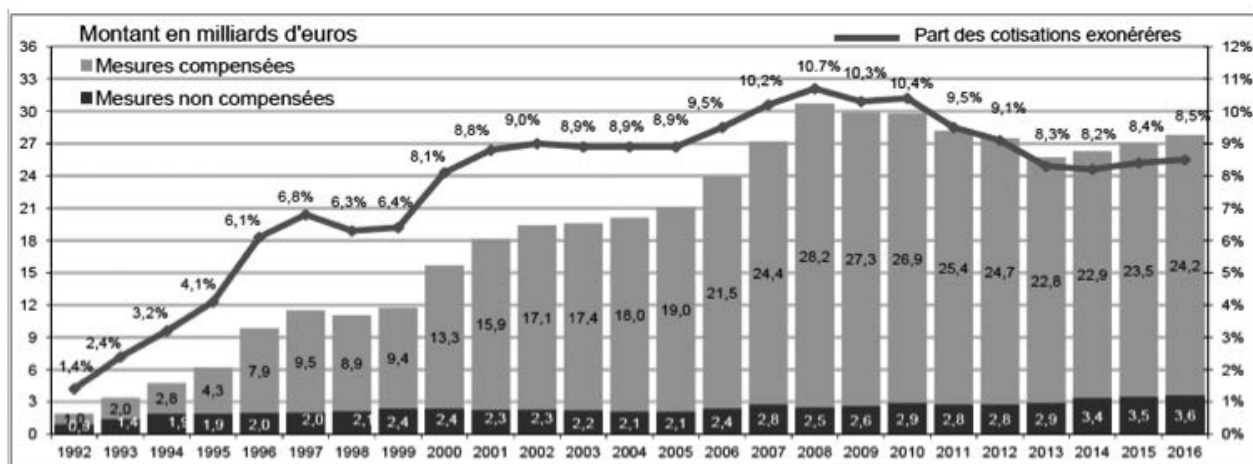
- **Baisse de la part des cotisations employeurs** depuis le milieu des années 70 (-10 points de la part des

cotisations employeurs depuis 1959 et -7 points pour les cotisations sociales imputées⁽⁴⁸⁾).

- Baisse qui a été **compensée par une hausse de la part des impôts et taxes** dans le financement depuis le début des années 90 : +24 points depuis 1959, explosion depuis le début des années 90 avec la mise en place de la CSG.

48 Les prestations sociales fournies directement par les employeurs à leurs salariés, anciens salariés et autres ayants droit qui n'est pas financée par des cotisations sociales effectives à la charge des salariés, notamment les retraites des fonctionnaires de l'État et de certaines grandes entreprises nationales.

Évolution des exonérations depuis 1992



Source : AcoSS-Urssaf

Depuis 2000, chaque année entre 8 et 10 % de cotisations sont exonérées (cotisations patronales majoritairement). Depuis 2012, plus de 17 % des cotisations patronales sont exonérées. La majeure partie est compensée mais la part des cotisations exonérées non compensées progressent sans cesse depuis 1992 (3,6 milliards aujourd'hui contre 2,5 au moment où le taux d'exonérations était le plus fort). Selon le PLFSS 2019, le coût total des exonérations compensées s'élèverait à 30 milliards d'euros pour 2017, 31,6 milliards en 2018 et 56,9 milliards en 2019! Le CICE étant supprimé pour être transformé en exonérations de cotisations sociales (cf. PLFSS de 2019).

2) Le sens des propositions communistes

La hausse de la CSG, associée à la généralisation des exonérations de cotisations sociales patronales qui repartent à la hausse depuis trois ans, accentuée la fiscalisation du financement de la Sécurité sociale. Les prélèvements fiscaux pèsent sur les ménages, c'est-à-dire, en écrasante majorité, sur les salariés. À l'inverse, les cotisations sont un prélèvement sur les profits et permettent de financer les prestations sociales au-delà des salaires, sur le principe du « chacun contribue selon ses capacités, et chacun perçoit selon ses besoins », donc de la solidarité collective.

Le transfert des cotisations vers les impôts, notamment la CSG, porte un double danger :

- Le **désengagement des entreprises** du financement de la protection en le basculant vers la fiscalité ;
- **L'ouverture aux assurances privées** du marché de la santé ou encore la **capitalisation** en vue de la retraite, le financement par l'impôt ne permettant d'assurer qu'une couverture minimum.

Pour répondre aux immenses besoins de protection sociale – santé, retraites, famille, soins aux personnes âgées... il faut notamment :

- **En finir avec les exonérations de cotisations sociales patronales.** C'est pourquoi le PCF propose notamment de les moduler en fonction de la politique d'emploi et de salaires des entreprises.
- **Augmenter les salaires** (combiné avec la fin des exonérations sinon c'est l'État qui compenserait). La hausse des cotisations sociales liée à l'égalité de salaires entre les femmes et les hommes est par exemple estimée à 24,43 milliards d'euros par an par la Fondation Concorde.

Il faut les compléter par des prélèvements sur les revenus financiers des entreprises et empêcher l'optimisation et l'exil fiscaux. La proposition d'un

prélèvement à la source des entreprises qui va être présenté à l'Assemblée nationale en mars peut également entrer dans ce cadre (même si on ne sort pas de la fiscalité).

3) Des appuis existent dans les consciences des travailleurs pour nos propositions

Résultats du Baromètre d'opinion de la DREES 2017 (environ 3 000 personnes interrogées).

- Un attachement croissant au rôle de la collectivité dans le système de protection sociale :

60 % des personnes interrogées déclarent que la solidarité devrait avant tout être l'affaire de l'État, des collectivités locales ou de la Sécurité sociale VS 50 % en 2009.

75 % sont tout à fait d'accord avec l'idée que « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public », 72 % pour le système de retraite VS 65 et 64 % en 2015.

- Un net recul de l'idée que la protection sociale est une charge excessive pour la société

« Il y a trop d'interventions de l'État en matière économique et sociale » : -11 points depuis 2014.

« La France consacre environ le tiers du revenu national au financement de la protection sociale. » : -8 points parmi ceux qui pensent que c'est excessif depuis 2014

-7 points de « Totalemment d'accord » depuis 2014 à l'idée que « le système de sécurité sociale coûte trop cher à la société »

- Une forte aspiration au maintien du niveau des prestations

59 % des personnes interrogées estiment plus important de maintenir au niveau actuel les prestations sociales et les remboursements d'assurance maladie que de prendre des mesures pour réduire le déficit de la Sécurité sociale VS 53 % en 2015.

« Êtes-vous prêt à accepter une diminution des prestations pour payer moins d'impôts et de cotisations? » : Progression du rejet, et ceux pour tous les types de prestations sociales.

Conclusion

Ce qui se joue dans le financement de la protection sociale :

Sur qui pèse le financement? Les entreprises ou les ménages? Les profits (cotisations) ou les revenus des ménages (impôts)? Que doit assurer la collectivité? Une couverture minimum assurée par le public complétée par des entreprises privées via l'épargne ou les cotisations individuelles? Ou l'assurance publique de l'ensemble des besoins par la socialisation des richesses?

C'est autour de ces enjeux décisifs que nous devons avancer nos propositions en s'appuyant sur les exigences déjà portées par les travailleurs et les travailleuses.

Bibliographie

- « La protection sociale en France et en Europe en 2016 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2018 », Panoramas de la DREES
- La protection sociale depuis 1959 (p38-39)
- Les ressources de la protection sociale en France (p41-47)
- « Un recul du sentiment selon lequel la protection sociale représente une charge excessive » (p134-140)
- « En 2016 les exonérations progressent pour la troisième année consécutive », ACOSSTAT n° 260, décembre 2017
- « CAHIER STATISTIQUE 2016 », DGFIPP, janvier 2017
- PLFSS 2019

Augmentation du SMIC, des salaires Chiffrages et logique

Par Frédéric Boccaro & Clément Roll

Niveau = SMIC Horaire *net* actuel = 7,61 € (9,88 € bruts) ;

SMIC Mensuel = 1 153 € (1 498 € bruts)

Augmentation = +1,32 € de l'heure ; + 200 € par mois (+260 € bruts, avec 60 € de cotisations sociales)

Cela ferait 8,93 € nets / heure ; 1 353 euros nets (1 760 € bruts).

Attention, beaucoup de Smicards touchent moins, car ils ont un emploi à temps partiel.

A- Que demandons-nous, Qui cela concerne et Combien ça coûte? (*on ne traite pas ici des retraites et pensions*)

- Augmentation du SMIC de 200 euros nets par mois et par personne⁽⁴⁹⁾, et donc environ 260 euros bruts car il faut aussi financer la protection sociale = +17 % d'augmentation. Cela concerne près de 4 millions de personnes, dont 2,1 millions dans les entreprises (yc intérim), 310 000 dans le secteur domestique, 400 000 apprentis, 900 000 dans la fonction publique (hospitalière notamment). = 12,5 milliards d'euros pour une année.
 - Mais aussi cela concerne les salariés qui gagnent actuellement moins de 1 353 euros nets, qui ne sont actuellement pas smicards et se retrouveraient en dessous du SMIC après l'augmentation. Au total Smic pour « rattrapés » = 20 % des salariés, dont 30 % des salariées femmes. Peut-être 6 milliards de plus.
 - Il faut augmenter les autres salaires, et pour cela ouvrir les négociations, dans les entreprises, comme dans les 3 fonctions publiques car
 - Nous ne sommes pas pour la smicardisation massive de la société, les salaires sont trop bas ; la moitié des salariés gagne moins de 1 710 euros en 2018⁽⁵⁰⁾ !
 - Au-delà des ouvriers, la moitié des employés, professeurs des écoles, techniciens (=professions intermédiaires) gagne moins de 2 100 euros
 - Il faut en effet reconnaître les qualifications =
- Une question de dignité
 - Une question d'efficacité (produire correctement)
- Par exemple en augmentant chaque premier niveau des grilles dans chaque branche : aussi bien le salaire du smicard, que le salaire d'embauche de l'ingénieur, du technicien, mais aussi du prof, ou de l'enseignant du supérieur.
- Exemple*: un maître de conférences à l'université (bac +8) a pour salaire d'embauche 1 812 € nets par mois (salaire indiciaire, c'est-à-dire hors primes) !
- Cela représente plusieurs dizaines de milliards (entre 12 et 18 Md€ pour le SMIC, et peut-être autant pour les autres salaires, donc un total de 40 Md€). C'est beaucoup. On peut le faire en deux temps (1^{er} janvier + 1^{er} juillet) + une partie en baisse de taxes. Et de toute façon il faut des mesures pour les PME/TPE.
 - Il faut aussi augmenter les pensions, dans les mêmes proportions que les salaires, ce qui représente environ 9 milliards d'euros.
 - Il faut également augmenter les minima sociaux dans les mêmes proportions que le SMIC, soit 4 milliards d'euros.
- Le montant total des sommes en jeu se situe donc entre 50 et 55 milliards d'euros. Soulignons enfin qu'il faudrait 135 milliards d'euros pour porter le salaire moyen des femmes au niveau du salaire moyen des hommes.

49 Certains smicard.e.s ne travaillent pas à plein temps, donc gagnent par mois, moins que 1.154 euros. Les caissières, par exemple.

50 90% des salariés gagnaient en 2014 moins de 3.600 euros par mois, en incluant les ingénieurs, les cadres, les profs, etc. !

B - Quels moyens et quelle logique?

7. Si cela ne se fait pas, c'est que s'y opposent le capital et les grands patrons. Le capital exige son profit et exerce ses pouvoirs. L'adversaire, l'ennemi: c'est le capital et ses pouvoirs, appuyés par l'État de E. Macron.
8. Il y a énormément d'argent à disposition des entreprises et les banques. Mais il faut l'utiliser autrement. Actuellement, il est utilisé en dividendes (180 Md€ euros) pour alimenter les grandes fortunes, en charges d'intérêts bancaires (67 Md€), en spéculation, en évasion fiscale ou en exportations de capitaux (75 Md€ en 2017) sans conditions pour développer l'emploi et la production en France. Il faut baisser le « coût » du capital (ses prélèvements), pas celui du travail. Et engager des dépenses nouvelles d'efficacité (R&D, qualifications, investissements nouveaux) qui vont baisser l'ensemble des coûts.

C - Comment?

En baissant le « coût » du capital (Baisser le CICE)
 + En finançant à taux zéro l'investissement efficace
 + En attaquant la spéculation, l'évasion fiscale...

a) Premièrement baisser les dépenses pour le capital, les ultra-riches et la finance (« partage des richesses »: pour payer de meilleurs salaires, il faut baisser le coût du capital, c'est-à-dire:

Entreprises: baisser les prélèvements du capital sur les entreprises: dividendes payés aux actionnaires (180 Md€) + charges d'intérêts payés aux banques (67 Md€), en 2017, d'après l'Insee. Cela concerne principalement les grandes entreprises.

État, il faut baisser les intérêts versés aux marchés financiers et banques (42 Md€ par an) et arrêter les cadeaux au grand patronat (CICE: deux fois 20 milliards en 2019 = 40 Md€).

Ménages: Diminuer la TICPE et toutes les taxes à la consommation, c'est-à-dire les impôts indirects (TICPE, TVA, etc.), ou seulement proportionnels (CSG) qui sont très inégalitaires et injustes, et revaloriser une fiscalité progressive. Le fond, c'est de ne pas pénaliser ceux qui gagnent de l'argent par leur travail et activité, même quand ils gagnent « bien », mais taper très fort sur tout ce qui est gagné par l'argent qui dort, le capital, les dividendes, la spéculation, les placements et l'évasion fiscale. Imposer relativement moins les revenus du travail, et plus les revenus du capital des ménages.

Pour les PME/TPE (elles emploient 44 % des smicards des entreprises), il faut un dispositif spécifique: leur faire une avance, à 0 %, en mobilisant notamment le système public bancaire (BPI, CDC, Banque postale). Et leur donner les moyens de rattraper cette hausse par des gains d'efficacité en leur prêtant à taux bas pour investir pour une modernisation efficace: investissement matériel + recherche + formation + qualifications et embauches.

Pour baisser le coût du capital sur les grandes entreprises, deux leviers:

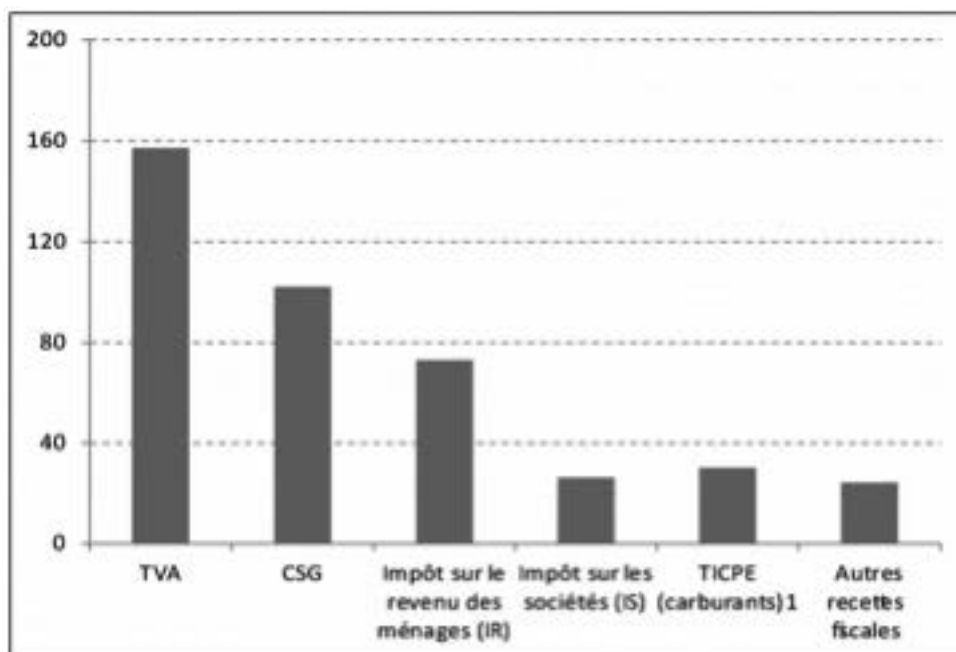
* Une fiscalité modulée: taux élevé si beaucoup de dividendes payés aux actionnaires et si augmentation des salaires, taux plus bas sinon,

* Alléger les charges d'intérêts des entreprises: reprise par le pôle public bancaire (BPI, CDC, Banque postale) de leurs emprunts passés, mais en changeant les conditions: en les finançant à 0 %, si les salaires sont augmentés. Cela donne une marge de plusieurs milliards...

b) Deuxièmement: d'autres dépenses, une autre production: R&D et Investissement efficace. Pour que cela marche, il faut que les entreprises produisent autrement et mieux. Sinon, le surcroît de pouvoir d'achat fera des importations et/ou des licenciements. Il faut donc amener les entreprises à faire d'autres dépenses pour une autre production: R&D, embauches, salaires, qualifications et formation, autre investissement. Il faut appuyer ces dépenses nouvelles non seulement par la baisse du coût du capital, mais aussi en mobilisant les banques qui doivent appuyer cette transition sociale. Cela permet en plus une transition écologique.

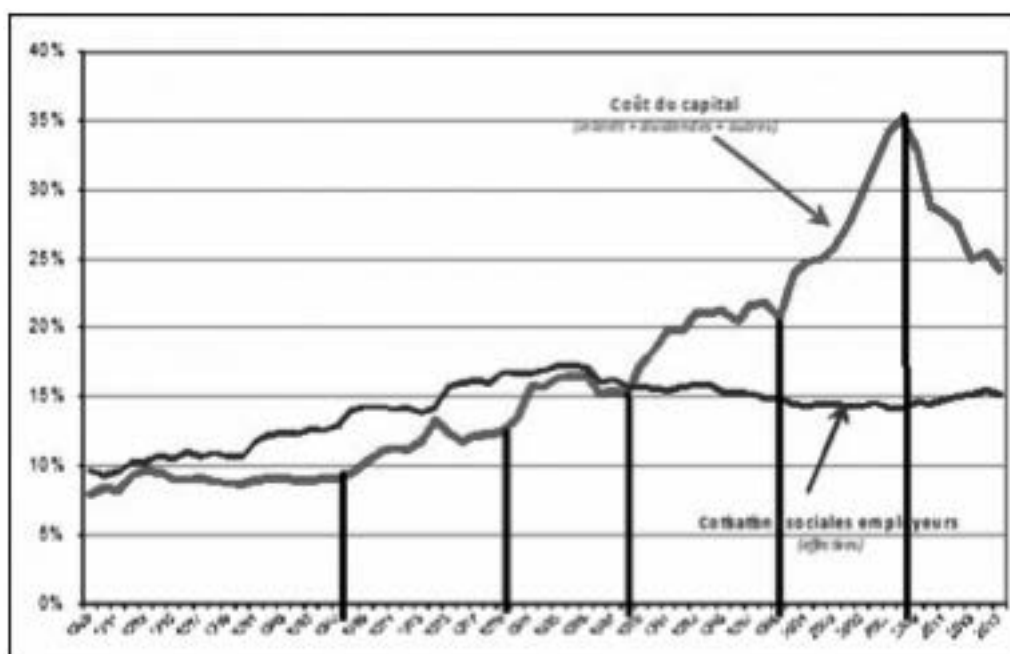
Ni social punitif, ni écologie punitive, mais appui au développement efficace, écologique et social. Tout le système doit être mobilisé en ce sens, jusqu'à la BCE! Au-delà, de ce qui est possible immédiatement, il faut mettre en cause l'organisation de notre société qui donne tant de pouvoir égoïste aux banques, aux actionnaires, qui organise le monopole du pouvoir aux patrons dans les entreprises, ainsi que l'austérité. Il faut appuyer une autre logique: avec d'une part un nouveau crédit bancaire et même des nationalisations nouvelles, et d'autre part de nouveaux pouvoirs des salariés des entreprises et des habitants sur la gestion des entreprises. Changer l'utilisation de l'argent public ET « privé » (banques, entreprises).

Coût du capital (entreprises) (en % de la valeur ajoutée)



Source : Insee, comptes nationaux

Recettes fiscales 2017 y compris CSG (en Milliards d'euros)



Source : Loi de finance rectificative, PLFSS + divers

Quelques recettes fiscales (y compris CSG)
Année 2017, en milliards d'euros

	Recettes
TVA (produit brut)	157
CSG	102
Impôt sur le revenu des ménages (IR)	73
Impôt sur les sociétés (IS)	26
TICPE (carburants)*	30
Autres recettes fiscales	24
Recettes fiscales	293

* dont 17 Md€ pour l'État, le reste pour les régions et départements

Dix moyens d'augmenter le SMIC, les salaires, les pensions et les minima sociaux

En même temps que l'augmentation du SMIC (200 euros nets, 260 euros bruts par mois), le gouvernement doit décider l'ouverture de négociations salariales exceptionnelles dans toutes les branches pour le relèvement des minima et la reconnaissance des qualifications. Au total, c'est 40 milliards d'euros à dépenser en plus pour les employeurs publics et privés. Il faut aussi revaloriser les pensions et les minima sociaux: c'est environ 15 milliards de dépenses supplémentaires pour la Sécurité sociale, l'État et les collectivités locales. En outre, il faut baisser les taxes sur la consommation: TICPE, TVA.

C'est beaucoup? Ce n'est pas trop pour vivre dignement!

1. L'argent existe: en 2017, **les entreprises ont versé 180 milliards d'euros à leurs actionnaires, 67 milliards d'intérêts aux banques et autres financiers!** Les rémunérations scandaleuses des PDG du CAC40 et des traders sont la partie visible de cet iceberg. À cela s'ajoute ce que l'évasion fiscale orchestrée par les banques (60 milliards) et les exportations de capitaux (75 milliards) ont coûté à l'économie française. Ce prélèvement sur les richesses créées par notre travail, c'est tout cela le coût du capital, c'est à cela qu'il faut s'attaquer!
2. Bien sûr, le patronat, les actionnaires, les marchés financiers ne lâcheront pas cet argent de leur plein gré. L'État a des moyens pour pousser les grandes

entreprises et les banques à assumer leurs responsabilités face à la colère populaire:

- le bâton: **un impôt sur les sociétés modulé**, alourdi au-delà de 33 % pour les entreprises qui licencient, délocalisent, refusent d'augmenter les salaires;
 - la carotte: **des prêts bancaires à taux zéro** pour les entreprises qui investissent pour l'emploi, la formation, la recherche, l'environnement... avec l'appui de la CDC, de BPI France et de la Banque postale.
3. Parallèlement, **des mesures spécifiques (crédits bonifiés, aides ciblées) aideront les PME** à résoudre leurs problèmes de trésorerie et à développer leur activité pour pouvoir augmenter leurs salariés.
 4. N'oublions pas que **la hausse des salaires, c'est bon pour l'économie!** 40 milliards de salaires en plus, c'est 30 milliards de cotisations sociales supplémentaires pour financer, en particulier, l'augmentation des retraites.
 5. L'effet sera encore bien plus fort (jusqu'à 75 milliards de cotisations supplémentaires) le jour où le **saire moyen des femmes** sera porté au niveau de celui des hommes.

Mais nous ne préconisons pas seulement la relance de la « demande ». Nous avons des propositions précises pour renforcer la capacité de l'économie à créer des **richesses** dans le cadre d'un nouveau mode de développement alliant efficacité sociale, économique et écologique.

6. La première condition pour y parvenir, c'est de **sécuriser l'emploi et la formation pour toutes et tous**. Trois millions de chômeurs officiellement recensés (en réalité beaucoup plus), soit 10 % de la population active, c'est autant de personnes qui ne peuvent pas faire bénéficier leurs concitoyens de leurs capacités à créer des richesses. À l'inverse, trois millions d'emplois qualifiés en plus, ce serait donc – toutes choses égales par ailleurs – 10 % de valeur ajoutée en plus, 220 milliards de PIB, dont une partie servirait à augmenter les salaires et dont 100 milliards viendraient chaque année augmenter les recettes de la Sécurité sociale et de l'État.
7. À ces recettes s'ajouteront le rétablissement de l'impôt sur la fortune (3,5 milliards d'euros), le renforcement de la progressivité de l'impôt sur le revenu et **la**

suppression du CICE (40 milliards en 2019) qui n'a servi qu'à baisser le « coût du travail » pour les employeurs et non à créer des emplois.

8. **Voilà de l'argent pour réparer et développer les services publics!** C'est une revendication majeure du mouvement social en cours, **c'est crucial pour lutter contre le réchauffement climatique**, et c'est aussi un facteur d'efficacité pour l'économie. Nous soutenons les syndicalistes de la SNCF, les usagers, les économistes, les juristes qui ont lancé un appel pour que l'argent créé par la BCE finance le développement des services publics ferroviaires en Europe.
9. Pour aider le mouvement social à imposer ces mesures, le gouvernement doit convoquer un Grenelle des services publics et des territoires, et des conférences régionales et nationale sur l'emploi et la formation.

Et l'Europe?

10. Au **Portugal**, un gouvernement soutenu par toute la gauche a rejeté les normes d'austérité budgétaire européennes. Les entreprises de l'automobile, de la chaussure ou du textile ont recommencé à investir et le chômage a été divisé par deux. Résultat: le déficit budgétaire a diminué. En Espagne aussi, la gauche veut augmenter fortement le salaire minimum et revaloriser les pensions.
11. En France, en 2017, l'État, les collectivités locales et les services publics hospitaliers ont payé 43 milliards d'euros d'intérêts aux marchés financiers et aux banques – l'équivalent du budget de l'éducation nationale! Il faut nous libérer de ce coût du capital en remplaçant les emprunts sur les marchés financiers par une autre utilisation de l'argent créé par les banques et par la BCE. Comme le propose Ian Brossat, les 3 000 milliards d'euros que la BCE a prêtés aux banques à 0 % ou injectés, sans aucune condition, sur les marchés financiers depuis la crise de 2008 doivent alimenter un fonds de développement **économique**, social et environnemental solidaire européen pour le financement de projets concrets de développement des services publics dans chaque pays de l'UE.

Déclaration de Barcelone du 16 novembre 2018

Par le Réseau européen contre la commercialisation et privatisation de la santé et de la protection sociale

Réuni ce 16 novembre 2018 à Barcelone, le **Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale** a dû constater que les mécanismes de privatisation et de commercialisation de la santé et de la protection sociale s'amplifient dans toute l'Europe, poussés par les politiques néolibérales du « tout au marché ». Ce constat s'appuie sur les réalités de nombreux pays dans des secteurs très divers de la santé et de la protection sociale.

La commercialisation de la santé produit des effets désastreux sur l'accessibilité aux soins de santé (géographique, économique, temporelle, culturelle)⁽⁵¹⁾ et donc une exclusion croissante de groupes importants de population, parmi lesquels les femmes, les jeunes, les sans-emplois, les aînés, les personnes porteuses d'un handicap, les migrants... sont les premières victimes. La précarisation, la peur et la résignation, qui s'ensuit créent un terrain fertile pour l'extrême droite démagogique. L'absence d'Europe sociale et les politiques néolibérales de l'Europe permettent aux autorités locales de désigner l'Europe comme étant la cause et responsable unique de tous ces maux.

Plus que jamais le Réseau européen réaffirme la **nécessité de protéger et généraliser le patrimoine social européen que constituent les systèmes de protections sociales** telles que la sécurité sociale, mais aussi, les politiques sociales visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé (enseignement, logement, conditions de travail, environnement)⁽⁵²⁾, ainsi que le proclame la Charte Sociale européenne.

Les participants à la rencontre de Barcelone ont, sur ces bases :

- décidé de poursuivre et intensifier les actions inscrites dans **l'année européenne** de lutte contre la commercialisation de la santé lancée le 7 avril 2018
- adopté la proposition de **déclaration de principes** ci-jointe, qu'ils vont soumettre à adoption aux groupes parlementaires européens et aux candidats aux **élections européennes** de mai 2019
- décidé, dans le cadre d'une mobilisation européenne, d'organiser à Bruxelles, autour du 7 avril 2019 – journée européenne de lutte contre la commercialisation de la santé – une **manifestation** européenne et une **conférence** avec les groupes parlementaires signataires. Il s'agira de diffuser les grands principes qui doivent garantir l'action politique européenne en matière de santé
- décidé, d'ici-là, d'informer, sensibiliser et **mobiliser localement**, via les organisations membres et les réseaux amis, afin de créer un front **unitaire et pluriel** de luttes.

Il s'agira de faire converger les luttes locales de défense d'une santé publique vers une réelle **capacité d'action à l'échelle européenne**.

Lutter ensemble pour une Santé publique pour toutes et tous !

51 Géographique : éloignement des services de santé par suppression et fusions, déserts médicaux
Économique : la part de financement des bénéficiaires (« out of pocket »)

Temporelle : les listes d'attente et les reports de soins
Culturelle : les prises en charge sont de plus en plus standardisées

52 En annexe, la Déclaration de Varsovie du Réseau

La création d'un centre de santé répond-elle aux attentes initiales de leurs promoteurs?

Enquête par entretien à au moins un an de l'ouverture des CDS créés en France au cours des 5 dernières années.

Synthèse par la rédaction de la thèse d'État de Docteur en médecine soutenue à Rennes par
Boris Campos Jarquin le mardi 30 octobre 2018

N.D.L.R. : Le Dr Éric MAY a été le directeur de cette thèse qui a été soutenue financièrement par la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques des centres de santé, (FNFCEPPCS). Cette thèse a pour but d'évaluer les difficultés rencontrées lors de la création des centres de santé. Pour avoir la totalité des réponses des interviewés, il faut se reporter au texte complet de la thèse.

Introduction

Dans son introduction le Dr Campos souligne que peu connus du public et des professionnels de santé, les centres de santé (CDS) existent en France depuis plus de 50 ans et on en dénombre plusieurs centaines. Ils répondent à une définition légale spécifique, incluant la dispense d'avance de frais et la tarification conventionnelle du secteur 1. L'étude EPIDAURE-CDS, réalisée en 2009, a mis en évidence les caractéristiques sociales, économiques et démographiques des patients pris en charge, notamment la proportion élevée de personnes socialement vulnérables. Les CDS ont pour objectif de « *maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercices des professionnels* ». La crise de la démographie médicale entraîne un regain d'intérêt pour la pratique en CDS puisqu'une dizaine a été créée au cours des dernières années. Les gestionnaires de ces CDS sont le plus souvent des collectivités locales, parfois des hôpitaux (Marseille) ou des associations (Poitiers, Échirolles). La motivation des promoteurs de type collectivités est principalement la résolution d'un problème de démographie médicale. Le mode d'exercice en CDS répond à une évolution des attentes des soignants, en particulier du personnel médical. Attrait potentiel du salariat mais aussi construction de protocoles pluriprofessionnels, concertation pluriprofessionnelle, partage des compétences, action de médecine préventive

qui sont autant d'éléments susceptibles d'intéresser les médecins et futurs médecins.

La question traitée par cette thèse est de savoir si ces nouveaux CDS répondent bien aux objectifs qu'il leur a été initialement attribué, en premier lieu aux yeux des porteurs de projet. Au moins un an après leur ouverture, la création d'un CDS répond-elle aux attentes initiales de leurs promoteurs?

Matériel et Méthode

1 - Méthode

Ce travail est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens étaient menés auprès des personnes identifiées comme porteuses du projet de centre de santé ou de leurs représentants. Le porteur de projet est défini comme la personne morale gestionnaire du CDS. Il s'agit pour un CDS municipal de la collectivité, représentée par son maire ; pour un CDS associatif de l'association, représentée par son président ; pour un CDS hospitalier de l'établissement de santé, représentée par son directeur. Au vu de la problématique de l'étude, la méthode qualitative a paru la plus pertinente en ce qu'elle permet d'explorer les opinions et représentations des enquêtés, ainsi que leurs émotions, leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle permet l'émergence de réponses non attendues par l'enquêteur. Le guide d'entretien initial, élaboré après recherche bibliographique sur la méthode et le sujet, a été retravaillé pour améliorer la compréhension des questions et la richesse des réponses. La version finale du guide d'entretien abordait sept grands thèmes sous la forme de questions ouvertes :

- I - Circonstances de créations et attentes initiales vis-à-vis du projet ;
- II- Freins et obstacles ;
- III- Facteurs favorisant ;
- IV- Budget et accord national ;

- V- Bilan ;
- VI- Objectif d'amélioration ;
- VII- Recueil de doléances.

Les entretiens ont duré entre 39 et 65 minutes. Tous les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur, qui s'est déplacé dans chaque CDS, et ont été menés à terme. Une analyse a permis de codifier les entretiens et de repérer les éléments communs pour ensuite les classer en thèmes et sous-thèmes.

2 - Critères d'inclusion/d'exclusion :

Les CDS, médicaux ou polyvalents, devaient employer des médecins généralistes. Les CDS devaient être récemment créés (ouverture après le 1^{er} juillet 2012) et avec un recul suffisant pour l'analyse (ouverture au plus tard le 1^{er} juillet 2017, soit une période de 5 ans). La couverture territoriale était la France métropolitaine. Ont été exclus les CDS tournés vers une activité spécialisée (centres de PMI, centres de dialyse, etc.) et les autres modes de gestion. Le choix de ces critères avait pour but d'inclure des structures dont l'activité était comparable à celle des médecins exerçant en cabinet, cabinet de groupe ou maison de santé.

3 – Déroulement de l'étude :

Un premier contact était établi auprès du secrétariat du CDS ou de la mairie. Les entretiens ont eu lieu entre février et avril 2018 (3 mois).

4 – Échantillon :

La liste des CDS incluables a été établie à partir des indications du directeur de thèse. Les mails à l'ARS ainsi qu'à la Fédération Nationale des CDS sont restés sans réponse. Nous avons recensé au total 20 CDS répondant aux critères d'inclusions, dont 17 ont été contactés. 3 CDS ne répondant pas malgré plusieurs relances ont été mis de côté. La taille de notre échantillon nous semble représentative (14 CDS sur 20 inaugurés sur la période, dont 1 sur 3 CDS hospitaliers et 2 sur 3 CDS associatifs).

Résultats

1 – Caractéristique des CDS inclus

Au total, l'étude porte sur 14 centres de santé : 11 CDS municipaux (communes de 900 à 13 000 habitants), 2 CDS associatifs (communes de 36 000 et > 50 000

habitants) et 1 CDS hospitalier (commune > 500 000 habitants). Ils sont répartis dans 12 départements et 7 régions différentes. Ils ont ouvert entre novembre 2012 et juin 2017 (intervalle de 4 ans et 8 mois).

2 - CDS municipaux : des attentes qui découlent d'une histoire stéréotypée

Il semble se dégager un scénario à la trame similaire pour l'ensemble des CDS municipaux : confronté à une situation de crise démographique médicale en cours ou à venir, les élus locaux s'emparent de la question. Leur volonté est renforcée par les sollicitations des habitants. L'échec des solutions libérales amène à envisager la création d'un CDS.

a - Désertification médicale

L'origine du projet, "c'est d'abord le constat d'une offre de soin qui diminue.", il n'y "avait plus possibilité d'avoir un médecin traitant". C'est un constat partagé par l'ensemble des CDS, à des degrés divers : "les circonstances de la création sont relativement simples : c'est que nous n'avions plus de médecins". Ce constat s'établit dans un contexte de crise démographique médicale nationale : "on avait une offre de soin localement qui était déficitaire mais surtout replacé dans le contexte où on sait qu'on était dans un contexte défavorable, c'est-à-dire qu'on n'allait pas se dire "ça va aller mieux l'année prochaine". Donc on sait très bien que (...) le problème de déficit de l'offre de soin est un enjeu national."

b – La mairie : interlocuteur de premier recours pour les habitants

En cas de départ d'un médecin, c'est parfois des patients que vient l'alerte. Une personne interrogée a "été prévenue avec le conseil, les élus, par l'intermédiaire de patients..." du départ à la retraite d'un médecin de la commune. Aux yeux des habitants, il semble donc que l'élu local, représentant de proximité des pouvoirs publics, soit un interlocuteur légitime pour satisfaire ce qu'ils considèrent comme un droit, celui de l'accès à la santé. C'est probablement, du moins, le plus accessible. Toujours est-il que du point de vue de la mairie, "nous avons constamment des demandes des citoyens.", que ce soit via le secrétariat ou l'interpellation directe des élus lors des permanences ou des rencontres fortuites. Ces sollicitations provoquent ou renforcent la volonté des élus de s'emparer de la question.

c - Échec des solutions libérales

Pour faire face à cette situation, la solution la plus évidente est d'essayer de recruter des libéraux. "Comme

tout le monde on a essayé de recruter des généralistes mais bon, c'est la campagne, c'est loin de Paris, ça ne marche pas". Et ce, malgré des mesures incitatives: "on va communiquer pour dire voilà y a des locaux qui sont pas chers en location, venez vous installer, messieurs, mesdames les médecins libéraux. (...) On a passé presque deux ans, dix-huit mois, à communiquer. On a eu aucun retour". L'étape suivante consiste à monter un projet de santé pour créer une dynamique de groupe et rendre le territoire plus attractif sur le plan professionnel. Mais la nécessaire implication des médecins du territoire n'est pas forcément acquise: "les médecins généralistes installés sur le territoire ont dit "non, on ne participe pas à ce projet de santé de territoire".

Si l'étape du projet de santé est franchie, la commune s'oriente vers une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Mais là aussi, le projet peut buter sur l'implication des médecins du territoire. "Au départ on avait nos quatre cinq médecins généralistes, l'idée était qu'ils se réunissent mais bon ça, pour diverses raisons ils n'ont pas souhaité travailler ensemble". De plus, la construction de la MSP ne garantit pas une augmentation de l'offre existante, comme cela pouvait être constaté une fois la MSP construite: "on a une maison de santé pluridisciplinaire qui a été rempli par le transfert déjà de cabinets existant. Donc c'était pas de nouveaux arrivants (...)" ou comme cela pouvait être anticipé: "on sentait que ça n'allait pas augmenter l'offre. On allait quelque part investir dans des bâtiments, on allait relocaliser l'offre existante mais sans pour autant l'accroître. On réglait pas le problème de fond".

Au terme de la démarche, plusieurs collectivités locales se sont retrouvées avec des locaux vacants: pour diverses raisons, les médecins libéraux n'ont finalement plus souhaité intégrer la structure. "on a continué à avancer. Et ils ont décrit le bâtiment dans le détail. Toutes les salles ont été faites par les médecins, les infirmiers, les kinés. Et quand on a déposé le permis de construire, on nous dit: "non, c'est pas dix euro, là c'est ou cinq euro et on veut pouvoir acheter les locaux et puis on veut pas de projet de santé déposé à la région parce qu'on veut pas s'engager" etc. Mais on peut pas, c'est de l'argent public, on peut pas fonctionner comme ça. Auquel cas ils ont dit "si c'est ça, on fera pas parti du projet". Donc on s'est retrouvé avec un bâtiment sans médecins, sans infirmiers".

Éléments évoqués expliquant la réticence des libéraux aux projets de MSP: Divers éléments ont été avancés pour expliquer la réticence des médecins en exercice aux solutions libérales. L'absence de culture du travail d'équipe diminue l'intérêt d'un regroupement. Un âge proche de la retraite semblait être un frein. D'abord parce que cela demandait un investissement personnel

après des années d'un fonctionnement déjà bien établi. Ensuite parce que certains médecins pouvaient garder espoir de tirer un bénéfice de la vente de leur cabinet ou de leur patientèle, comme ils avaient dû le faire à leur entrée en exercice. Enfin parce qu'à ce niveau de la carrière l'investissement initial a été amorti puisque les médecins sont généralement propriétaires de leurs locaux. Par conséquent, louer, même à un prix en dessous du marché, aurait inévitablement engendré une augmentation des charges. Un mauvais accueil du ou des médecins déjà installés est aussi décrit comme un "très très gros inconfort", soit pour des questions relationnelles soit pour des questions de mise en concurrence.

d - Le CDS: solution de dernier recours bien étayée

La création d'un CDS municipal est souvent décrite comme une solution de dernier recours. Les expériences témoignant de l'existence d'un modèle économique viable et la perception d'un attrait pour le salariat chez les jeunes médecins rendent l'option crédible.

• Des expériences qui circulent

L'expérience des CDS circule chez les professionnels ou les élus des collectivités locales, que ce soit par le bouche à oreille, la discussion avec d'autres maires: "j'ai eu connaissance de l'expérience (d'une commune voisine) pour avoir échangé avec le maire à ce sujet.", le biais de lectures: "On a vu l'expérience dans des lectures spécialisées collectivités territoriales, du style "la gazette des communes", "la lettre du cadre", où donc on a vu des expériences nouvelles, dans la Sarthe.", l'expérience personnelle: "quand il était en région parisienne il connaissait.", ou enfin des recherches sur internet: "Et donc tout simplement j'ai cherché (...). Donc j'ai utilisé Google. Et puis j'ai cherché, j'ai cherché... Et je suis tombé sur des centres de santé.". Dans un cas, ce sont des médecins libéraux en exercice qui ont suggéré les premiers l'option salarié.

• Perception d'un attrait pour le salariat chez les professionnels médicaux

La perception d'un attrait pour le salariat permet d'espérer une plus grande facilité de recrutement. "On s'était notamment basé sur une enquête qui avait été menée auprès des étudiants en médecine où on disait aujourd'hui y a 66 %, en gros les deux tiers des étudiants en première année, qui veulent devenir salariés, seulement 10 % qui sont sûrs de devenir médecins libéraux. Le travail en équipe, la libération des tâches administrative, la conservation d'une mobilité en raison de l'absence d'investissement initial, la féminisation de la profession et la multiplication des temps partiels sont parmi les principaux arguments cités pour expliquer cet intérêt pour le salariat.

e - Attentes principales vis-à-vis du CDS municipal

Voici qui illustre les attentes qui semblent émerger de l'ensemble des entretiens vis-à-vis du CDS municipal : *“principalement c'était offrir un service à la population, anticiper la désertification médicale et puis essayer une nouvelle forme de pratique de la médecine qui permette d'attirer dans les territoires un peu reculés entre guillemets, territoires ruraux, d'attirer des praticiens.”*

3 - Autres attentes initiales

a – Complémentarité ou alternative au mode d'exercice libéral?

Les CDS semblent avoir deux significations différentes. Appréhendé comme un complément, peut être seulement conjoncturel, à l'offre libérale, il s'intègre à l'organisation des soins de premiers recours. Pour d'autres, ce mode d'exercice est appelé à supplanter l'offre libérale.

- *Vision complémentaire à l'offre libérale*

Les deux modes d'exercices peuvent cohabiter et le CDS peut tout à fait servir de tremplin vers le libéral : *“on est pas bloqué sur le statut de salariat, c'est juste qu'on se substitue à la carence privée en fait. Enfin, on constate une carence du libéral donc on prend le relais mais ça peut n'être qu'un relais”,* le temps d'*“appréhender sa profession dans de bonnes conditions pendant un certain nombre d'années. Et puis après pourquoi pas se lancer derrière. C'était ça le concept”*. Il est donc attendu du CDS une augmentation de l'offre de soins, qu'elle soit, à terme, libérale ou salariée.

- *Ou embryon d'une nouvelle organisation des soins de premiers recours?*

Certains porteurs de projet envisagent le mode d'exercice en CDS comme une forme d'organisation des soins de premiers recours alternative au modèle libéral actuel. *“aujourd'hui on s'aperçoit que le modèle sur lequel on a vécu depuis des années craque, donc voilà il faut que la collectivité, la puissance publique soit en capacité de proposer un nouveau modèle et je pense que les CMS, les Centres Municipaux de Santé, ou intercommunaux de santé, ça fait partie de ce nouveau modèle.”* Cette proposition est nourrie d'une vision où les soins de premier recours *“service public de base”* jusque là *“délégué”* aux médecins libéraux seraient intégrés au service public de la santé. *“On défend un service public voilà, qui répond à un accès, à la gratuité, à un accès universel, voilà, la notion que dans nos centres de santé on est dans le service public”*. Est donc attendu un des fondements des CDS : le paiement à la fonction. L'indexation du salaire à l'activité du praticien est jugée comme *“quelque chose qui était pas supportable du point de vue de l'éthique professionnelle d'un médecin en centre de santé, aussi bien pour la relation avec les patients que pour la relation entre nous professionnels”*. La

gestion collective du CDS peut également faire partie des attentes. *“Le centre de santé en tout cas ça désaxe les questions budgétaires sur quelque chose de totalement collectif obligatoirement. C'est à dire que c'est la structure qui gagne les sous, c'est la structure qui fait les contrats de travail, c'est la structure qui décide comment les gens vont être payés. Alors que la maison de santé nécessite au minimum que y ait une partie de l'argent qui est gagné par les professionnels de santé libéraux individuellement soit mise dans un pot commun et du coup une réflexion sur qu'est ce qui est mis au pot commun, pour faire quoi et tout ça. Et du coup ça nous semble beaucoup moins facile à la base et en plus beaucoup moins bien politiquement, ça nous convient beaucoup moins”*.

b – CDS: un modèle qui permet aux non médecins d'être à l'initiative

- *Aménagement du territoire*

L'offre médicale, comme d'autres services, contribue à la vitalité d'un territoire, en particulier du centre d'une commune rurale. L'offre de soin s'intègre donc à une vision d'aménagement du territoire et le maintien d'une activité économique indirecte (pharmacies, petits commerces, etc.) peut dès lors devenir un des objectifs secondaires attribués à un CDS. *“L'idée aussi c'est de positionner (...) le village en pôle de service.”* On peut voir l'obtention de certains financements comme une reconnaissance indirecte de cette contribution à l'aménagement du territoire de la part des CDS.

- *Modèle qui permet un portage de projet par les habitants*

La forme associative peut paraître plus pertinente lorsque l'initiative repose sur un groupe d'habitants *“comment imaginer développer un modèle de maison de santé avec à la manoeuvre des habitants? Ça paraît compliqué quand même”*.

c - Santé communautaire et approche globale de la santé.

Un porteur de projet parle explicitement de la volonté initiale de s'orienter vers une démarche de *“santé communautaire”*, c'est-à-dire un CDS *“où on travaille le commun, ce qui y a de commun dans les questions de santé individuelles sur un territoire”*. Sans faire explicitement référence à cette notion de santé communautaire, d'autres porteurs de projet témoignent d'une même préoccupation de tisser des liens avec des habitants d'un territoire. Le projet lui-même a pu être le fruit d'une démarche communautaire : des habitants en conflit avec le bailleur social ont constitué sur l'ensemble d'un quartier des groupes de réflexions composés d'habitants, ils ont bénéficié d'un accompagnement associatif contribuant à leur démontrer *“qu'ils étaient capables de prendre les*

choses en main” malgré un niveau socio-économique supposé faible, la réalisation d’un diagnostic de territoire, comportant entre autre la constitution d’un questionnaire “distribué à 2 600 exemplaires par les habitants du quartier, a montré que 99 % des personnes se prononçaient sur des problèmes de santé.” leur servant d’appui pour proposer un contre-projet, intégrant un CDS. L’équipe d’un porteur de projet affichait dans sa conception du soin la nécessité de travailler sur les déterminants sociaux de la santé, possibilité offerte par les CDS.

d - Autres attentes

- *La possibilité d’une gestion collective horizontale : l’autogestion*

Un des porteurs de projet parle d’*“une équipe avec une volonté totale de maîtrise de tous les paramètres de notre outil de production”*. L’équipe dont il fait partie s’est donc tournée vers un statut associatif permettant une organisation interne horizontale aussi appelée “autogestion” : reposant sur l’absence de hiérarchie entre professionnels.

- *Pas de retentissement sur les impôts locaux*
L’équilibre budgétaire est une préoccupation évoquée par plusieurs élus locaux.

- *Répondre aux besoins d’une population cible*

Un des projet affichait comme objectif de contribuer à répondre au problème d’accès aux soins d’une populations cible : les patients présentant des pathologies psychiatriques. Cet objectif a servi de base pour construire un partenariat avec le CMP du secteur et plus largement avec l’hôpital psychiatrique.

- *Actions de prévention*

Un porteur de projet témoignait d’une attente en termes d’actions de santé publique : *“un CMS c’est pas que (l’offre de soin ambulatoire), c’est aussi de l’éducation à la santé”*.

- *Tiers Payant*

Un porteur de projet voyait dans le tiers payant la possibilité d’accueillir des personnes *“qui avaient pas possibilité d’avancer 25 euros pour une consultation”*. Le CDS permettait donc d’améliorer l’accès aux soins.

4 - Freins et obstacles

a – Un sentiment de prise de risque.

Les collectivités locales voient leur budget de plus en plus contraint, notamment par une baisse des dotations publiques. Elles sont astreintes à une politique de baisse de la masse salariale dans la fonction publique. La création d’un CDS va à rebours de cet impératif, tant économique que politique.

- *Une prise de risque économique*

La viabilité financière de la structure est le point de fixation des premiers débats. Les porteurs de projet doivent dissiper la crainte d’un *“gouffre financier”*.

- *Une prise de risque politique*

Un risque économique est calculé, certes, mais il n’empêche qu’il existe une dimension politique à cette prise de risque. Ce qui fait dire à certains qu’il faut pour se lancer un certain *“courage politique”*. D’abord, l’élu local est conscient qu’il devra en assumer les conséquences politiques en cas de déficit. Une des interlocutrices rapporte que *“systématiquement”* les premières questions, chez *“l’ensemble des porteurs de projet, elles portent sur la crainte de la réaction des libéraux en face.”*

b – Le prix de l’innovation : la méconnaissance d’un mode d’exercice minoritaire.

Les CDS récemment créés ont la particularité de se localiser dans des zones géographiques où il n’y en avait pas jusque là. Comme cela nous l’est mainte fois rappelé, ils étaient les premiers à se lancer dans le département ou la région. À l’acquisition d’une nouvelle compétence pour la commune s’ajoute la méconnaissance du mode d’exercice de la part des acteurs institutionnels locaux.

- *Une nouvelle compétence pour la commune*

Disposant d’une clause de compétence générale, les communes peuvent et doivent intégrer cette compétence nouvelle. En interne, les collectivités doivent donc s’atteler à la création d’un nouveau service. En externe, elles sont confrontées à de nouveaux interlocuteurs. L’ARS, la CPAM, le milieu médical : *“il a fallu cette phase qu’on apprenne à se connaître et puis à décortiquer les langages de chacun”*, l’ARS étant qualifié de *“technocratie”*. Le rôle de chacun doit être précisé.

- *Un manque de formation des interlocuteurs institutionnels*

Si le cadre juridique est relativement bien défini nationalement, celui ci n’est pas forcément bien intégré par les relais locaux de ces institutions. Les délais peuvent notamment s’expliquer par des va et vient dans l’institution, ce qui peut également générer de la frustration chez le porteur de projet. Ce manque d’expérience peut aussi engendrer une perte de recettes. Globalement, il se dégage de l’ensemble des entretiens une évolution sensible et positive des institutions comme l’ARS et la CPAM. Elles sont passées d’une phase de découverte à un cheminement commun pour, dans la plupart des cas, devenir aidantes. Mais la phase initiale de découverte a été indéniablement un frein.

c – Autres blocages administratifs ou juridiques.

• Médecin ambulatoire salarié : un statut bancal

Sans toujours être déclarée comme un frein majeur, la contractualisation du médecin est pourtant toujours décrite comme une étape source de contretemps. Que ce soit auprès de l'Ordre des médecins, qui doit valider le contrat de travail, auprès de la préfecture, qui peut demander un contrôle de légalité et/ou auprès de la chambre régionale des comptes, qui peut réaliser un contrôle de gestion, les porteurs de projets doivent réunir un argumentaire solide pour franchir cette étape. C'est qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de statut de médecin prescripteur dans la fonction publique territoriale. Le recrutement des médecins généralistes se fait dans un cadre légal décrit comme "un peu bâtard" : celui de contractuel de la fonction publique. En effet, la loi "permet que sur les activités de catégories A qui n'ont pas de cadres d'emploi dans la fonction publique territoriale, on peut le recruter, c'est l'article 3, l'alinéa 3 de la loi de 83 modifiée, on peut les recruter sur un contrat de trois ans, renouvelable une fois et au bout de six ans : CDI". Les grilles indiciaires sont distinctes. Sur le montant de la pension de retraite : "pour la retraite ça change tout. C'est pas pareil. Si on fait toute sa vie contractuelle, à la retraite c'est 33 % du salaire net, si on est fonctionnaire c'est 84. Quand on a fait ses annuités bien sûr" (CDS13).

• Le casse tête de la permanence des soins

Le cadre dans lequel peut s'effectuer la participation à la permanence des soins est décrit comme "pas du tout adapté". Les interlocuteurs rappellent que c'est sur la base du volontariat, "l'employeur ne peut imposer à un médecin de faire des gardes".

• La gestion du Tiers Payant

Au démarrage, la mise en place du tiers-payant intégral est fastidieuse en raison du grand nombre de complémentaires santé, chacune devant faire l'objet d'une convention avec le CDS. Après sa mise en route, la réalisation du tiers-payant intégral nécessite du temps de travail dédié à la gestion des impayés pour ne pas amputer les recettes. En raison de la surcharge de travail que cela représentait un des CDS ne pratiquait le tiers-payant que sur la part obligatoire.

• Comptabilité

Certaines communes avaient fait le choix d'un budget annexe, d'autres d'intégrer le budget du CDS à leur budget global, sans évoquer de reproches de la part d'acteurs institutionnels. Des difficultés ont toutefois été soulevées dans le cadre de la gestion hospitalière, où les règles comptables sont visiblement différentes.

• Absence de prévision dans les plans d'urbanisme

Faut d'espace dédié prévu dans le plan de rénovation urbaine, un porteur de projet explique avoir été retardé

dans l'ouverture du CDS en raison de la difficulté à trouver un local, "avec la mairie qui savait pas ou nous mettre".

• Un cadre légal mouvant

Plus globalement, une des difficultés évoquée est le changement régulier du cadre légal. Cela pose particulièrement des difficultés concernant la visibilité budgétaire.

d– Opposition au modèle : le lobby libéral.

Le mode d'exercice salarié génère une résistance des partisans du modèle libéral. Plusieurs explications sont avancées à cela.

• Après de l'ARS et de la CPAM

Plusieurs témoignent d'une action auprès de l'ARS ou de la CPAM, via l'Ordre ou des syndicats libéraux, pour influencer ces institutions afin de bloquer ou freiner le processus de création de CDS, notamment en cherchant à décrédibiliser les porteurs de projet. Cette pression a pu aller jusqu'à engendrer le refus par l'ARS de délivrer un numéro FINESS, l'élu ayant dû "intervenir à l'ARS au niveau national pour que l'ARS (régionale) nous donne un numéro FINESS mais après qu'ils aient un ordre du ministère en disant "ils respectent toutes les règles, vous avez pas le droit de faire ça".

• Après des hôpitaux

Une commune avait passé un accord avec l'hôpital de proximité pour installer le CDS dans un de leurs locaux. L'opposition de certains libéraux, "très vive", a notamment reposé sur une forme de "chantage (...) à l'hôpital, en disant "si vous les hébergez, nous on oriente plus chez vous". Ca a été aussi sec que ça. Donc l'hôpital a fait marche arrière et finalement à trois semaines de l'installation il a fallu qu'on réhabilite tous ces locaux en urgences".

• Après des élus

Plusieurs porteurs de projet ont déploré "un lobby qui s'exerce auprès des politiques" dans le but de "faire intervenir le levier politique pour bloquer le projet".

• Après des étudiants

Il a été déploré l'absence de formation et d'information des étudiants au sein du cursus universitaire. Un porteur de projet, s'étant rendu à l'université pour y déposer des documents au sujet de son centre, est revenu avec le constat que les CDS n'était "pas tellement porté à la connaissance des étudiants qui y étaient. Tel que c'était fait, je vois pas comment on va arriver à se faire connaître auprès des étudiants là-bas."

• Via l'Ordre Des Médecins

L'ODM doit valider les contrats de travail du CDS. Des cas de blocage de recrutement ont été rapportés. Pour des médecins hors CE mais avec autorisation d'exercer :

“l’Ordre départemental nous a fait un petit micmac et ces gens ont été découragés et ils ont été ailleurs”. Mais aussi pour des médecins formés en France.

- Actions propres des médecins du territoire

L’opposition peut être exprimée publiquement ou en tête à tête. Il a été rapporté une mobilisation collective de médecins libéraux opposés au projet de CDS municipal.

e– Difficultés de recrutement du personnel.

Méconnaissance du mode d’exercice. “Les jeunes médecins ne nous contactent pas. Donc je pense que y a un déficit de communication. On ne nous connaît pas, on sait pas quel est le statut, comment ça fonctionne”.

- Liées au territoire

Nouveauté relative des CDS dans le monde rural.

Importance du zonage de l’ARS pour convaincre de la légitimité du projet et déployer l’ensemble du panel d’aide.

Concentration des spécialistes..

Mise en concurrence pour attirer médecin...

- Lié à la rémunération

- Lié à la culture

- Difficulté à recruter un médecin coordonnateur

- Professions non rentables

Accueil: “je sais très bien que c’est pas possible d’équilibrer une mission paramédicale par exemple. Salarier un infirmier, c’est pas possible de l’équilibrer avec les actes qu’il va faire en face quoi.”

- Turn Over

“Après on a eu effectivement ces soucis de turn-over, de changement dans l’équipe qui sont pas satisfaisant par rapport à la population parce que un médecin on traite pas des boîtes de petits-pois quoi, c’est des gens. Et à chaque fois les gens sont obligés de réexpliquer leur situation à un nouveau médecin.”

- Erreurs de recrutement

- Création d’un marché

- Personnel d’origine étrangère

- Activité dentaire: un problème d’investissement initial

f– Difficultés liées au calendrier électoral.

Rares oppositions au sein du conseil municipal.

g– Crédibilité du porteur de projet.

Les porteurs de projet de trois CDS ont fait part de difficultés du fait de marqueurs sociaux entachant leur crédibilité auprès des acteurs institutionnel. L’origine sociale peut être à l’origine d’un manque d’écoute. Un projet “était présenté par des personnes d’un quartier

populaire et pour eux c’était impensable que des gens de quartiers comme ça puisse prendre en main des problèmes de santé, un projet comme ça.” Tel qu’elles l’ont vécu, il a fallu “se battre” pour arriver au bout du projet.

b– Non prévision dans la rénovation urbaine.

5 - Facteurs favorisant

“Le premier acte c’est la délibération en conseil municipal, pour acter l’intention et démarrer les travaux d’un projet de santé etc., etc. Lorsqu’on sait qu’un conseil municipal a émis l’intention de monter un CMS, normalement personne n’a la possibilité de s’y opposer. Alors il vaut mieux l’ARS et la CPAM comme alliées {sourire} dans ce genre de démarche mais à partir du moment où, si y a la volonté politique, il n’y a pas un droit de veto possible de l’ARS ou de la écu si on fait bien les choses. L’État est là pour surveiller que les choses soient faites correctement mais d’un point de vu opportunité, voilà. Donc quand vous savez ça... Et le Conseil de l’Ordre n’a pas non plus de moyen juridique de s’y opposer. Ils sont juridiquement, le seul moment où ils sont consulté de façon officielle c’est leur avis sur le contrat de travail.”(CDS13)

a – L’existence d’une structure modèle.

Les porteurs de projet se sont tous appuyés sur l’expérience de CDS déjà existants. Le modèle municipal le plus fréquemment cité est celui de la Ferté Bernard, dans la Sarthe, ouvert en septembre 2011, cité y compris par des CDS éloignés géographiquement. Les autres CDS cités sont soit des CDS créés dans les environs, soit des CDS de la banlieue parisienne. La prise de contact était soit directe soit suite à une orientation par la Fédération Nationale des CDS. Les CDS associatifs cités sont les suivants: la Case de santé, CDS communautaire associatif à Toulouse, le réseau de CDS AGECSA à Grenoble, le CDS de Belfort.

L’accompagnement a consisté en des visites, des échanges entre élus et entre fonctionnaire en amont de l’ouverture et au décours. En particulier pour la rédaction du projet de santé, la constitution d’un budget prévisionnel, la mise en place des outils informatiques, la relation avec la trésorerie et les relations comptables, l’aspect technique du tiers payant avec la CPAM et les complémentaires.

b – La Fédération Nationale des Centres de Santé et l’Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé.

Quasiment tous les centres étaient membres de la Fédération. Son action a été jugée dans l’ensemble de manière très positive, comme celle du syndicat, citée à deux reprises comme accompagnateur de projet. Il ressort à l’évocation de ces organismes ressources une expertise pour répondre aux questions réglementaires et techniques, la capacité de fournir un argumentaire aux porteurs de projets, l’apport d’une vision globale, d’un regard extérieur, facilitant les échanges de pratique, attirant l’attention sur ce qui peut être bloquant, et la possibilité de porter des problématiques jusqu’au ministère, levier politique inaccessible pour une petite commune à elle seule. L’action de la fédération a pu se traduire par des interventions directes, en se déplaçant sur site pour débloquer des situations, notamment auprès d’institutions comme la préfecture. Le congrès a été cité, comme étant un temps de recueil d’informations, de partage d’expériences, permettant de prendre du recul.

c – Une reconnaissance ... tardive.

d – Soutien politique local et national.

Plusieurs témoignages convergent pour dire que l’ouverture d’un CDS nécessite *“qu’il y a ait un certain soutien politique derrière, surtout pour une petite commune”*, que ce soit un député, un sénateur, un préfet, un président de région, un maire (pour les CDS associatifs), voire un appui ministériel : *“on a mis en lien aussi l’institution hospitalière et la Fédération Nationale pour que au niveau du ministère, le projet soit posé au niveau du ministère pour qu’après quand ça redescend sur l’ARS locale, régionale, y a un soutien institutionnel national par l’intermédiaire de tout ce réseau là aussi, qui nous a été très utile hein, ça c’est sûr”*.

e – Facilité de recrutement / Perception d’un attrait pour le salariat.

Conditions d’exercices, salaire. Candidatures spontanées : *“il y a quand même des gens qui ont envie de travailler en centre de santé et qui du coup cherchent vraiment à le faire par divers moyens.”* ; *“le niveau de salaire n’est pas mauvais. Ça aussi c’est un élément de recrutement important, c’est que c’est attractif de façon durable pour les médecins”*.

f – Interlocuteur institutionnel motivé.

g – Recrutement de personnel ayant travaillé en CDS ou impliqué.

Plusieurs porteurs de projet citent le recrutement de personnel administratif ou médical connaissant le sujet comme un facteur important de réussite. À propos de l’encadrement administratif : *“il faut vite recruter un cadre de santé ou en tout cas un responsable administratif et financier du centre de santé (...) pour qu’il puisse porter, finaliser la question.”*

h – Patrimoine immobilier de la commune déjà existant.

i – Diagnostic de territoire.

Un diagnostic de territoire, en précisant les besoins, peut servir d’appui pour défendre la légitimité du projet auprès des financeurs.

j – Mise en lumière par les médias.

k – Participation de soignants du territoire.

Un accueil favorable de la part de certains médecins libéraux en exercice est facilitateur.

l – Autres acteurs du territoire.

Association : de locataire (CLCV), tissu associatif du quartier (association d’habitants, ATD Quart Monde, retraités CFDT, association de réinsertion,

Coopératives d’éducation populaire (Le Pavé, Rennes ; Lorage ; Grenoble)

Laboratoire de recherche : Phare pour l’égalité

Institutions municipales : CCAS, Centre socio-culturel, atelier santé-ville

6 - La question budgétaire

7 – Bilan

a – Vitalisation du territoire.

“Donc depuis l’ouverture du centre de santé les commerçants, y en a encore six ou sept, les commerces n’ont pas fermé, et même eu un regain d’activité parce que c’est quand même difficile de maintenir une activité tant pour le boulanger que le boucher dans les petits villages, donc tout le monde en a profité un peu. C’était un des objectifs collatéraux”

b – Recrutement.

c – Difficultés de recrutement.

- d- Opposition au modèle.*
- e- Blocage administratif ou juridique.*
- f- Difficultés liées au territoire.*
- g- Crédibilité du porteur de projet.*

8 - Objectifs d'amélioration

- a - Un sentiment de prise de risque.*
- b - Le prix de l'innovation.*
- c - Difficultés de recrutement.*
- d- Opposition au modèle.*
- e- Blocage administratif ou juridique.*
- f- Difficultés liées au territoire.*
- g- Crédibilité du porteur de projet.*

9 - Doléances

- a - Un sentiment de prise de risque.*
- b - Le prix de l'innovation.*

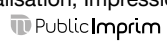
Efficiencia de la depense publica? "Mais avec les aides à l'installation et ainsi de suite, les contrats praticiens - santé territoire, enfin bon, vous devez connaître ça mieux que moi, mais en fait tout ça c'est des incitations pour les libéraux à s'installer dans des locaux mais à mon sens c'est inefficace parce que quelque part ça change pas vraiment leurs pratiques puisqu'ils restent libéraux, ils sont mis quelque part, enfin ça change simplement le lieu de l'exercice mais ça change pas fondamentalement l'attractivité que peut avoir le territoire. Je pense que c'est pas parce que vous allez mettre à disposition d'un praticien de beaux locaux tout neuf qu'il va venir quoi. Je veux dire à la limite il peut louer un pavillon et s'installer comme l'a fait un praticien dans une commune à côté. Donc de se concentrer dans cette logique purement immobilière des maisons pluridisciplinaires à mon avis c'est de l'argent public qui est mal dépensé."

- c - Difficultés de recrutement.*
- d- Opposition au modèle.*
- e- Blocage administratif ou juridique.*
- f- Difficultés liées au territoire.*
- g- Crédibilité du porteur de projet*





Réalisation, Impression :



Dépôt légal : juin 2018

