



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°30
septembre
2018



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

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

Comité de rédaction

D^r Félix ATCHADE, médecin de santé publique
D^r Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de Progressistes,
P^r Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
D^r Alain BRÉMAUD, Médecin syndicaliste,
D^r Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,
D^r Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste,
M^{me} 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,
D^r Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté de
Médecine Pierre et Marie Curie,
D^r Richard LOPEZ, Ancien Président de la FNCS,
D^r Claire MEIGNAN, Médecin directeur du CMS de Vitry,
M^{me} Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'Économie et Politique,
M^{me} 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,
M^{me} Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,†

Comité de lecture

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

SOMMAIRE

Éditorial:

Sur le PLFSS 2019

Par le D^r Michel Limousin Page 07

Articles:

Ma santé 2022 ou l'uberisation de la médecine

Par le D^r Michèle Leflon Page 09

La stratégie de lutte contre la pauvreté au cœur de la cohérence macroniste et patronale

Par Frédéric Rauch, Rédacteur en chef de la revue Économie et Politique Page 14

Place des centres de santé dans la médecine de ville

Par le D^r Richard Lopez, Président de la Fabrique des Centres de Santé Page 22

Financer forfaitairement les centres de santé: évaluer les résultats et identifier les facteurs favorisant la réussite

Par le D^r Alain Beaupin, Président de l'Institut Jean-François Rey Page 32

« J'aspirais à exercer une médecine globale, complète, sociale, qui ait du sens... »

Interview du D^r May, médecin directeur du centre de santé de Malakoff et directeur de la santé Page 36

« Haemonetics »: une affaire de sécurité sanitaire pour les donneurs de sang

Par Jean-Pierre Basset Page 47

Afrique & lutte contre le SIDA; recruter 2 millions d'agents de santé communautaires d'ici 2020

Par Fousséno Sissoko, Expert Communication en Santé, Page 50

<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 53
-------------------------------------	---------

Les notes de lecture

« Parlez-vous cerveau ? »

De Lionel et Karine Naccache, aux éditions Odile Jacob, Paris 2018, 215 pages,
par Evariste Sanchez-Palencia, membre de l'Académie des sciences Page 61

« Probablement approximativement correct. Les algorithmes de la nature pour apprendre à vivre et à prospérer dans un monde complexe »

De Leslie Valiant aux éditions Cassini, par Michel Limousin Page 62

<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 64
---------------------------------------	---------

Documents

Pénurie du médicament : jackpot pour les laboratoires

Contribution des sénatrices Laurence Cohen & de Cathy Apourceau-Poly au nom du groupe CRCE à la Mission d'information « Pénurie de médicaments et de vaccins » d'Octobre 2018..... Page 69

Déclaration CGT au conseil de la CNAM du 2 octobre 2018

Avis sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2019..... Page 73

Déclaration des Administrateurs CGT CNAF sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2019

Page 76

Conseil d'Administration du 2 octobre 2019 : Déclaration des administrateurs CGT de l'ACOSS sur le projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2019.....

Page 78

Déclaration CGT des administrateurs de la CNAV du 3 octobre 2018 sur le PLFSS 2019..... Page 81

Déclaration CGT à la CATMP du 3 octobre 2018

Avis sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2019..... Page 83

Éditorial

Sur le PLFSS 2019

La présentation du prochain budget de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 par la Ministre de la Santé a confirmé les choix politiques de réduction des dépenses pour les assurés sociaux et des cadeaux fiscaux pour le grand patronat.

Si l'on additionne le remboursement simultané du CICE (Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi) pour l'année 2018 et la baisse de cotisations décidée pour 2019, la nouvelle facture globale des cadeaux pour les grandes entreprises sera de 40 milliards d'euros contre 20 milliards en 2017.

Alors que le Président de la République avait annoncé en avril dernier qu'il n'y aurait « *pas d'économies sur l'hôpital pendant ce quinquennat* », la politique d'austérité a été poursuivie et amplifiée en diminuant les moyens pour l'hôpital, faisant fi des besoins de santé qui continuent de progresser.

D'un côté le gouvernement revalorise de peu l'Ondam pour financer le « Plan Hôpital 2022 » et de l'autre il impose à l'assurance maladie une restriction budgétaire de 4,2 milliards d'euros, dont 1,2 milliard pour la sphère hospitalière. Les 400 millions qu'il propose ne sont rien : juste de quoi rembourser par exemple la dette des hôpitaux de Nancy!

En réalité, la politique du gouvernement consiste à prendre l'argent dans les poches des plus fragiles (les retraités, les familles modestes, les malades et les jeunes) pour donner aux plus riches.

On pourrait prendre beaucoup d'exemples du détricotage de la sécurité sociale. Prenons celui de **la réforme de la réversion**. Cette réforme est très bien analysée dans la Lettre de la Caisse autonome de retraite des médecins français de septembre 2018 (n° 42) : « *Supprimer la réversion ne procède pas d'une notion de justice, bien au contraire, puisque la réversion est un droit d'ores et déjà financé dans le cadre des cotisations retraites.* »

On nous explique que la réversion n'est pas normale, que c'est beaucoup d'argent et qu'on pourrait s'en passer! Voir le rapport du COR sur la réversion... Encore une fois la réversion, c'est notre argent et c'est financé dans

le cadre d'un équilibre technique! La réversion c'est le versement d'une partie de la retraite d'un cotisant décédé à son conjoint survivant!

1) La réversion procède de l'existence d'un contrat, le mariage, entre deux individus qui s'engagent l'un envers l'autre, pour la construction d'une aventure commune sous le couvert de la protection de la loi concernant les droits y afférant.

2) Le mariage qui est un espace de partage où l'évolution affective, sociale, professionnelle et économique de l'un est intimement liée à celle de l'autre.

3) La réversion fait partie de l'équilibre technique et à ce titre, il existe un pourcentage de la cotisation destiné à couvrir le décès de l'un des deux contractants. Supprimer la réversion implique de rembourser le trop-perçu à ceux qui l'ont payé toute leur vie et diminuer la cotisation des nouveaux cotisants sinon la retraite intègre un impôt et devient en quelque sorte une cotisation sans droit. Voilà pourquoi supprimer la réversion ne procède pas d'une notion de justice, bien au contraire, puisque la réversion est un droit d'ores et déjà financé dans le cadre des cotisations retraites.

Macron s'en prend aux familles. Il veut une société individualiste. Alors que ne supprime-t-il le mariage?

Ce numéro des Cahiers donne de nombreux éléments d'analyse de ces réformes qui aggravent tout.

D'autres propositions permettraient d'améliorer la situation : citons l'arrêt des restructurations hospitalières et le financement de la création dès 2019 de 100 000 nouveaux emplois hospitaliers pour répondre à la souffrance des personnels et des malades, 100 000 emplois aussi par an pendant 3 ans pour les EHPAD, un plan de formation et d'investissement à la hauteur des enjeux de société que représentent le vieillissement de la population et la prise en charge à 100 % des dépenses de santé. Voilà quelques idées pour un gouvernement dans l'impasse...

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Articles

Ma santé 2022 ou l'uberisation de la médecine

Par le D^r Michèle Leflon

Les luttes des personnels de santé et du médico-social criant leur souffrance de ne pas faire correctement leur travail, celles des usagers demandant l'accès aux soins pour toutes et tous partout, ont suffisamment mis en difficulté le Président de la République et son gouvernement pour que les annonces d'un plan santé soient repoussées à deux reprises et que le diagnostic porté soit partagé: les déserts médicaux se multiplient, les personnels souffrent...

Mais toute la duplicité du pouvoir jupitérien consiste à s'appuyer sur la catastrophe sanitaire en cours d'installation pour mettre en œuvre dans ce domaine comme dans d'autres son projet de société: celui des premiers de cordée, celui de l'individualisme, celui de l'argent qui appelle l'argent et tant pis pour ceux qui n'en ont pas.

Le Président de la République compare l'importance de la réforme annoncée à celle des CHU en 1958. Cette réforme avait permis, dans un contexte de gouvernement de droite, mais avec une forte opposition du parti communiste, de faire passer l'hôpital de la charité au service public. Le changement de paradigme revendiqué par E. Macron comme ayant pour but de « *recentrer le système autour du patient* »⁽¹⁾ s'avère, à la lecture des annonces, la fin de l'hôpital public au nom du décloisonnement avec le secteur privé. L'initiative des personnels libéraux, aidée des techniques du numérique et de quelques incitations financières, organiserait la coopération autour du malade, sans doute comme la main invisible d'Adam Smith génère la richesse des nations ou plutôt les crises financières! Le titre de cet article est sans doute provocateur, mais à l'image d'UBER, la satisfaction des usagers sera mesurée en attendant la plateforme pour choisir son professionnel de santé en fonction du nombre de clics... et de ses possibilités financières.

Pas de miracle pour permettre des dépenses nouvelles de santé en lien avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et le progrès scientifiques car, pour le Président de la République,

« *notre système de santé ne souffre pas d'abord d'un problème de sous-financement* »⁽¹⁾. **L'austérité reste de rigueur**, avec à peine un petit coup de pouce à l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

Cet article a pour but de décrypter les propositions de « Ma Santé 2022 », à l'aune des attentes: celle du développement de la prévention, celle de la lutte contre les déserts médicaux, symbolisée par l'exigence de la suppression du *numerus clausus*, celle de la proximité et de la continuité des soins, celle des personnels: bien faire son travail.

Les luttes ont permis de mettre ces attentes à l'ordre du jour du calendrier présidentiel. Il faut maintenant qu'elles en transforment les réponses: du bla-bla-bla pour masquer la politique ultralibérale de Jupiter ou le développement du service public financé par une Sécurité Sociale du XXI^e siècle. La dernière partie de cet article résumera donc quelques propositions répondant véritablement aux besoins.

I - Le travail, le grand absent de la prévention

Au moins dans le discours, la santé est vue dans sa globalité, témoignant ainsi par exemple de la force de ceux qui luttent pour une alimentation saine (on passera sous silence les renoncements gouvernementaux vis-à-vis de l'industrie chimique, en dehors de l'objet de cet article). Même le plan vélo y passe!

Dans sa globalité, mais pas vraiment. Parler médecine du travail est sans doute tabou pour le président des riches! Pourtant elle est aussi l'objet de réformes, argumentées, comme d'autres, sur le manque de professionnels, pour la réduire à une simple protection des patrons.

Silence aussi sur la médecine scolaire! L'éducation à la santé se résume au service sanitaire des étudiants en santé qui seraient amenés à intervenir dans les établissements scolaires ou dans des associations. La pédagogie auprès d'adolescents nécessite un peu d'expérience. Puissent ces interventions ne pas être seulement culpabilisatrices! À noter que dans le PLFSS 2019 il est prévu d'étaler les examens médicaux obligatoires de l'enfance, jusqu'à l'adolescence, une manière de se substituer à une médecine

1 <http://www.elysee.fr/declarations/article/transcription-du-discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron/>

scolaire défaillante avant peut être de signer son arrêt de mort en oubliant sa spécificité qui en fait sa richesse, le lien avec l'école, et au prix de la diminution des consultations médicales gratuites pour les plus petits, si utiles pour les parents.

II - La suppression du numerus clausus et la lutte contre les déserts médicaux

E. Macron a choisi la mesure la plus emblématique, celle de la suppression du numerus clausus. Mais pour 2020! Si on peut comprendre que du temps est nécessaire pour l'élaboration démocratique (mais le sera-elle?) d'une vraie réforme des études en santé, l'augmentation significative du NC pour 2019 aurait peut-être eu plus de signification! Car, aucune assurance n'est donnée sur l'augmentation du nombre de médecins formés. Avec Parcoursup, l'absurdité des QCM du PACES peut être remplacée par le secret des algorithmes. On notera d'ailleurs que « *Dès 2019, le concours d'accès aux IFSI sera supprimé et l'admission se fera via Parcoursup, permettant une meilleure accessibilité sociale, et la prise en compte de critères et de compétences diversifiés.* »⁽²⁾.

Pour redonner du temps médical, Ma Santé 2022 propose un gadget : la prise de rendez-vous en ligne, censée diminuer les rendez-vous non honorés par les patients. Si cette technique répond aux besoins des habitués du smartphone, elle ne peut être la seule manière de prendre un rendez-vous, comme c'est malheureusement déjà le cas chez un certain nombre de praticiens, sauf à mettre en difficulté une partie de notre population, surtout la plus âgée, et à ne pas répondre au nécessaire contact humain pour expliquer des semi-urgences.

La création d'une nouvelle fonction d'assistants médicaux semble surtout un soutien financier aux médecins libéraux, une bonne part des tâches qui leur serait confiée relevant d'une fonction de secrétaire et l'autre privant le malade et le médecin d'une partie du temps de relations humaines qui concourent au bon soin!

Mais admirons surtout les effets de prestidigitateur de Jupiter : « *Demain, les soignants travailleront de plus en plus en ville et en même temps à l'hôpital.* »⁽¹⁾ Faire travailler en ville les médecins hospitaliers et à l'hôpital les médecins libéraux ne les multiplie pas! Mais c'est l'officialisation du privé à l'hôpital, la destruction du service public, comme en témoigne aussi la suppression du concours de praticien hospitalier. Sa valeur s'était effritée

au fur et à mesure des années mais son sens originel était bien d'affirmer que les spécialistes hospitaliers étaient meilleurs que ceux des cliniques privées, puisqu'ils avaient passé un concours. Dans l'optique libérale, les spécialistes du privé sont meilleurs, car ils gagnent plus d'argent! Accessoirement, cela permet de ne pas revenir sur les différences de revenus parfois énormes entre praticiens du public et du privé, en faveur du privé. C'est oublier l'expérience : le développement du plein-temps hospitalier avait été un facteur important d'amélioration de l'organisation et de la qualité des hôpitaux. C'est retourner à la charité : pour ceux qui en ont les moyens, la qualité dans le privé et pour les autres, l'hôpital et les soins à la va-vite.

III - Proximité et continuité des soins

E. Macron s'appuie sur les lois Bachelot et Touraine dont la nocivité n'est plus à démontrer pour en aggraver les conséquences, avec tout juste un geste vis-à-vis des médecins hospitaliers (voir infra). Les discours, les recettes sont anciennes, avec toujours la même impudence : au nom de la qualité, de la sécurité!

La proximité des soins, hautement revendiquée par les populations, est vidée de son sens. Dans la suite du rapport du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) E. Macron propose le développement d'hôpitaux de proximité, sans service aigu (maternité, chirurgie, urgences), tournés vers les personnes âgées. Serait-ce un effet de mode? Répondre au vieillissement de la population et aux interrogations portées dans la société sur la prise en charge des personnes âgées? En oubliant au passage que d'autres prises en charge sont nécessaires et possibles dans la proximité, comme les accouchements dont la majeure partie est physiologique : la gradation des maternités a été faite pour cela. Ou, plus grave, limiter les prises en charge lourdes de personnes âgées. Si les pathologies liées au vieillissement et les polyopathologies nécessitent des prises en charge spécifiques, particulièrement bien assurées dans les services de gériatrie, la ségrégation par l'âge sur le lieu d'hospitalisation ne peut qu'inquiéter car les personnes âgées doivent aussi pouvoir accéder à des soins d'autres spécialités! On n'ose croire que ce ne soit une manière de nous habituer doucement à l'idée que les personnes âgées n'ont pas droit aux soins les plus coûteux. Ces hôpitaux de proximité seraient largement ouverts aux professionnels libéraux. Notons au passage qu'ils n'ont pas pour mission, d'après le dossier de presse, la prise en charge des urgences⁽²⁾.

2 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

Celle-ci est renvoyée vers un souhait de voir assurer les urgences relatives par la médecine libérale pour désengorger les services d'urgences. La prise en charge des soins non programmés est confiée aux CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) dont elle constitue un objectif prioritaire. Les CPTS, cet objet non identifié créé par la loi Touraine de 2016, deviennent l'alpha et l'oméga de l'amélioration de la proximité et de la coordination des soins et doivent être généralisées : laissées à l'initiative et à la bonne volonté des professionnels de santé libéraux, Il s'agit d'associations de ceux-ci pour faciliter la coordination et les actions communes avec au besoin quelques subsides des ARS (Agence Régionale de Santé). À charge pour eux de s'engager dans un projet territorial de santé, de coordonner les soins avec les établissements de santé (privé et public).

N'oubliez pas de saupoudrer d'un peu de numérique, de télémédecine et vous obtenez une proximité et une continuité des soins de pacotille ! La coordination, nécessaire, prend du temps et l'on imagine bien les professionnels, le nez dans le guidon, la confier à des « assembleurs », complémentaires ou établissements de santé privés, intéressés dans la marchandisation de la santé et des profits possibles.

IV - La poursuite de la démolition de l'hôpital public

La situation de la psychiatrie illustre la réponse du gouvernement aux besoins de l'hôpital public pour mener à bien sa mission. Alors que des mobilisations très fortes ont lieu en lien avec le désespoir des personnels des hôpitaux psychiatriques, le gouvernement fait dans le discours, élevant la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité, sans le moindre moyen annoncé pour renforcer les personnels. Il ajoute un petit tour de passe-passe : former les médecins généralistes à la psychiatrie, sans doute pour suppléer à un manque de psychiatres... sauf que c'est accroître le travail des médecins généralistes, déjà trop peu nombreux !

Alors que la création de 100 000 emplois dans les hôpitaux serait nécessaire pour permettre aux soignants de faire correctement leur travail, le gouvernement se tait sur le sujet. La réforme du financement des hôpitaux n'aura aucun sens s'il n'y a pas une augmentation globale substantielle de l'enveloppe. E. Macron va accorder 400 millions, alors que le déficit des hôpitaux atteint presque le milliard en 2017 selon la Fédération Hospitalière de France. Au nom de la qualité. Mais

quelle qualité ? L'absence de débat démocratique sur cette question laisse craindre des indicateurs technocratiques, sans rapport à la réalité, faisant passer le financement pervers par la tarification à l'activité à des modalités tout aussi perverses !

Il y aurait un geste vis-à-vis des aides-soignants. Mais l'affirmation, dans le discours d'E. Macron ⁽¹⁾ d'un effort indemnitaire pour les aides-soignants des EHPAD (pourquoi seulement dans les EHPAD ? Parce qu'une part du financement vient des conseils départementaux et permet à l'État de se tourner vers ceux-ci ?) ne se retrouve même pas dans le dossier de presse ⁽²⁾ où seule est évoquée la refonte de leur référentiel de compétences et de formation.

La fonction publique hospitalière est la grande oubliée de ce plan : quantitativement, mais aussi qualitativement. Si des droits nouveaux sont proposés pour les médecins, avec le renforcement des pouvoirs des CME (commission médicale d'établissement), encore qu'il faille regarder cela avec beaucoup de méfiance (une vraie démocratie ou des pouvoirs pour une nouvelle forme de mandarinat ?), la seule proposition concernant les personnels paramédicaux est la mise en place d'une nouvelle structure de dialogue, sans pouvoir décisionnel ! Plus grave encore avec la reconnaissance financière des fonctions managériales. Si un encadrement est nécessaire, ce n'est pas le management à la mode anglo-saxonne, ultralibéral, avec primes à l'appui, conditionnées par le respect des impératifs financiers de gestion et non l'humain. Dans trop de services, ce management aggrave déjà la souffrance des personnels.

En s'appuyant sur les lois Bachelot et Touraine, Ma Santé 2022 veut aller plus loin dans l'intégration des hôpitaux d'un GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), confondant la nécessaire coopération volontaire des hôpitaux d'un même territoire et la centralisation sur l'hôpital support contraire à tout aménagement du territoire, contraire à la nécessaire proximité chaque fois qu'elle est possible.

Les hôpitaux de proximité seront peut-être multipliés, mais vidés des services nécessaires dans la proximité pour la population et sous domination libérale. Et, une fois de plus, au nom de la qualité et de la sécurité, de nouvelles fermetures sont annoncées, de maternités, de services de chirurgie, d'urgences, de réanimation avec la refonte en 2020 de la carte actuelle des autorisations de soins. La qualité ne devrait pourtant jamais se mesurer à l'aune de l'évolution entre le début de la prise en charge en

CHU et la sortie de l'hôpital, mais bien entre le moment où la personne appelle à l'aide et la fin des soins! Cette globalité échappe à la logique financière! Ma Santé 2022 veut aller plus loin aussi dans l'intégration du privé dans le public. E. Macron parle de « porosité »! De quoi faire craindre aussi des fermetures simplement pour satisfaire les intérêts privés comme cela a été récemment annoncé concernant la réanimation à Aubagne.

V - Projet contre projet

Bien d'autres annonces dans le cadre de Ma Santé 2022 mériteraient commentaires. Il s'agissait ici, à travers les éléments les plus caractéristiques, d'en dénoncer la duplicité et la dangerosité. Car ce qui est en jeu, c'est bien la destruction de notre modèle social, issu du CNR, un modèle certes à moderniser mais pour lui permettre de mieux remplir son but, dans les conditions du XXI^e siècle: garantir l'accès aux soins, à la sécurité face aux aléas de la vie à toutes et tous quelles que soient leurs ressources financières. En mettant au cœur du système de santé en France la logique entrepreneuriale, le macronisme tue le service public et ses vertus: assurer à toutes et à tous en chaque point du territoire un égal accès. La réduction voulue des dépenses de santé s'adresse au premier chef aux 99 % qui ne peuvent pas se payer des soins coûteux et aux territoires les moins riches où la mise en place d'une organisation des soins par le privé n'est pas rentable.

La dénonciation génère peu la mobilisation populaire nécessaire sans un projet alternatif: le capitalisme dévastateur ou la construction d'une société communiste! En guise de conclusion, cet article va donc reprendre, fort résumées, les principales propositions de la commission nationale Santé et Protection Sociale du PCF avec trois fondamentaux: le développement du service public, la démocratie, une sécurité sociale du XXI^e siècle avec des ressources nouvelles fondées sur la cotisation.

L'organisation du système de soins en France doit reposer sur le **service public**:

- service public de soins primaires en s'appuyant sur les centres de santé qui ont toutes les qualités auxquelles aspirent la population et de plus en plus de jeunes professionnels: le travail en équipe, facilitant la continuité des soins et les parcours, le tiers payant, un projet de santé pour le territoire incluant la prévention, le salariat des personnels.
- hôpitaux publics quand une hospitalisation ou des soins techniques sont nécessaires, répondant à une véritable gradation des soins, en préservant la proximité

chaque fois qu'elle est possible, des hôpitaux ouverts sur l'extérieur prenant en compte ce qui se passe avant l'hospitalisation et ce qui se passera après.

Cela suppose un véritable plan de formation des personnels. La seule suppression du numerus clausus ne suffira pas si des moyens nouveaux ne sont pas donnés pour former au moins 12 000 médecins par an. Il faut d'urgence au moins 100 000 emplois nouveaux à l'hôpital (et d'autres pour les EHPAD et un vrai service public d'aide à domicile pour les personnes âgées ou handicapées). Un statut de type fonction publique hospitalière commun au service public de soins primaires et à l'hôpital faciliterait les mobilités professionnelles. De nouveaux métiers sont à créer. Il faut redéfinir qualifications, capacités et compétences des professionnels dans une optique d'élévation globale et non de prise en charge au moindre coût.

La taxe sur les salaires des personnels hospitaliers doit être supprimée: c'est un hold-up de l'État sur les ressources de la Sécurité Sociale.

Les investissements nécessaires à ce service public pourraient bénéficier de la mobilisation de la formidable puissance de création monétaire de la BCE (banque centrale européenne) pour financer à 0 % les investissements et dépenses de développement indispensables dans le système de santé – embauches, formation, recherche, équipements hospitaliers – à travers un Fonds européen de développement des services publics démocratique.

La **démocratie** est le corollaire indispensable à un service public de qualité. Elle est au cœur d'une répartition des moyens financiers selon de nouveaux critères de gestion fondés sur la réponse aux besoins. Il faut:

- des droits nouveaux pour les personnels, d'intervention dans la gestion, dans l'organisation de leur travail: les commissions médicales d'établissements, les comités techniques d'établissement, les CHSCT, doivent avoir de nouveaux pouvoirs décisionnels.
- des droits pour les usagers et les élus: les conseils de surveillance, véritable caisse d'enregistrement des décisions de l'ARS, doivent être remplacés par de nouveaux conseils d'administration, avec à leur juste place et pouvoir de décision, à parts égales les représentants des salariés, des élus et des usagers. Des structures territoriales de démocratie sanitaire doivent être mises en place, réunissant professionnels de santé, élus et représentants de la population pour déterminer les besoins et évaluer leur satisfaction.

- l'élection des administrateurs des caisses de sécurité sociale.

La **Sécurité sociale** doit assurer les dépenses en rapport avec les besoins de la population. Il faut donc en augmenter les recettes.

C'est possible avec une cotisation du XXI^e siècle comportant deux volets :

- une cotisation sociale additionnelle, assise sur les revenus financiers des entreprises (dividendes, etc.) ;
- une modulation des cotisations entreprises pour les accroître en fonction de leur politique salariale et

d'emplois, notamment contre celles qui suppriment des emplois et en matière d'égalité salariale femme/homme.

Cela doit permettre d'assurer le remboursement à 100 % des soins prescrits par la Sécurité sociale, y compris dentaire, optique, appareils auditifs... et non comme le proposent E. Macron et A. Buzyn avec la participation des complémentaires, ouvrant une nouvelle brèche vers la privatisation de la protection sociale.

La stratégie de lutte contre la pauvreté au cœur de la cohérence macroniste et patronale

Par Frédéric Rauch
Rédacteur en chef de la revue *Économie et Politique*

Le 13 septembre dernier, dans un lieu symbolique (le Musée de l'Homme), E. Macron dévoilait sa *Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté*. L'objectif déclaré de l'exercice consistait à montrer que le gouvernement allait « faire plus pour ceux qui ont moins ». Le Président de la République revendiquait alors sur la base de 3 principes fondateurs : la prévention, l'universalité, la dignité, l'engagement dans une « révolution profonde » pour la création au XXI^e siècle d'un « État Providence de la dignité et de l'émancipation ».

Culpabilité du premier de cordée devant les derniers ? Loin s'en faut. L'étude dans le détail des propositions laisse augurer d'une nouvelle remise en cause des principes et des objectifs du modèle social français, cette fois par le biais de la lutte contre la pauvreté, visant de nouveau à réduire les dépenses sociales de l'État, à appuyer les réformes des services publics engagées par ailleurs et à refonder les institutions de lutte pour l'insertion pour les mettre au service des besoins du marché du travail des entreprises. Cette réforme des moyens et objectifs de la lutte contre la pauvreté de l'État illustre la cohérence de la politique globale conduite par le gouvernement sous la houlette de E. Macron et des marchés financiers.

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : de quoi parle le gouvernement ?

Concrètement, le gouvernement propose de sortir des logiques d'enfermement dans la pauvreté par la construction pour le XXI^e siècle d'un « État providence de l'émancipation et de la dignité » complémentaire de « l'État providence de l'assurance » du XX^e siècle.

Partant du constat que, malgré la hausse des dépenses publiques et sociales, la pauvreté n'en finit pas de croître depuis 20 ans touchant désormais près de 9 millions de personnes en France, le gouvernement en conclut à l'inefficacité du système public de lutte contre la pauvreté. Non seulement il ne permettrait pas de remettre sur les rails les personnes pauvres, mais il aurait tendance à construire un déterminisme social reproduisant les

logiques sociales des cycles de la pauvreté pour les populations pauvres et leur descendance. Pauvre un jour, pauvre toujours...

Pour sortir de cet atavisme social, le gouvernement appelle à développer deux axes stratégiques de travail : la formation et l'éducation d'une part, l'accompagnement et l'émancipation par l'emploi d'autre part.

Ainsi, il formule 5 engagements pour sa « stratégie pauvreté ».

Premier engagement : « l'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté ». Son objectif, viser la politique de la petite enfance en permettant aux très jeunes enfants de familles pauvres de bénéficier d'un accueil collectif ou individuel hors milieu familial et d'un continuum éducatif de 0 à 6 ans. Pour cela, le gouvernement envisage un plan de formation et un nouveau référentiel pédagogique ciblé sur l'apprentissage de la langue pour les professionnels de la petite enfance, articulé aux formations issues des assises de l'école maternelle pour les enseignants du 1er degré. Et pour mieux rompre la reproduction de cette pauvreté, il concentre son intervention sur les quartiers les plus en difficulté.

Deuxième engagement : « garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants ». Il s'agit de diviser par deux d'ici la fin du quinquennat le taux de privation matérielle des enfants. Cela se traduirait, d'une part, par une mobilisation spécifique pour lutter contre les enfants des rues inscrite dans le cadre de la politique « logement d'abord ». Et d'autre part, par la mise en œuvre de mesures spécifiques dans le champ de l'alimentation (petit-déjeuner pour tous, tarification sociale de la restauration scolaire pour les communes de moins de 10 000 habitants), de la santé (renforcement des missions des PMI sur l'accès à la santé et du soutien des médecins de ville à la santé scolaire pour les enfants de 0 à 6 ans), de l'accès à la culture et aux loisirs (prévenir le surendettement).

Troisième engagement : « un parcours de formation garanti pour tous les jeunes ». En articulation avec les réformes de l'apprentissage professionnel, avec le plan de lutte contre le décrochage scolaire et le plan d'investissement dans les compétences, il propose la création d'une obligation de formation pour tous jusque 18 ans et 100 000 places par an en garantie jeunes mobilisées pour les plus vulnérables après 18 ans.

Quatrième engagement : « vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'emploi ». Pour lutter contre le non-recours aux droits des personnes pauvres, le gouvernement veut engager les pouvoirs publics à la généralisation des accueils sociaux uniques et à l'automatisation numérique des prestations au bénéfice des personnes pauvres. À titre d'exemple, l'aide à la complémentaire santé sera intégrée à la CMU-C. Pour inciter à la reprise d'activité et replacer le travail au cœur du système social, le gouvernement envisage de dissoudre la multiplicité des prestations sociales dans un revenu universel d'activité visant à créer un nouveau filet de sécurité sociale. Cette prestation sociale unique sera accompagnée d'une revalorisation de la prime d'activité.

Cinquième engagement : « investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi ». Le gouvernement se donnera les moyens d'accompagner les allocataires de minima sociaux vers l'emploi dans le cadre d'un accompagnement global assuré par les associations de solidarité pilotées par les collectivités territoriales. L'État assurant le principe d'égalité d'accès à l'accompagnement sur le territoire national en contractualisant avec les collectivités. Ce « droit à l'accompagnement » aura pour contrepartie un devoir d'insertion pour l'allocataire.

Cinq engagements qui s'accompagneront dans leur mise en œuvre d'une refonte du travail social posée comme nécessaire pour les porter et d'un pilotage assuré par les collectivités locales dans le cadre d'une contractualisation avec l'État sur des objectifs définis par le gouvernement nationalement et adaptés régionalement. Ainsi, si les collectivités conserveront une liberté d'organisation dans la mise en œuvre de cette politique décentralisée, elles devront s'engager sur des résultats et non plus sur des moyens. Une conférence régionale des acteurs de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté accompagnera le portage par l'État des objectifs sociaux territorialisés.

Mais le gouvernement ne veut pas en rester là et souhaite impliquer les entreprises dans sa stratégie de lutte contre la pauvreté. Ainsi, il ambitionne de mobiliser les entreprises autour de trois dispositifs. Il

développera des actions financées selon le modèle « ni gain, ni perte » visant à subventionner publiquement les coûts de rémunération et sociaux induits pour les entreprises de rémunérations non adéquates à la productivité générée par le travailleur pauvre. Ensuite, il créera une dotation d'action territoriale prenant la forme d'allocations affectées à des programmes de lutte contre la pauvreté des jeunes exclus, pour laquelle les entreprises n'auront aucune contrepartie obligatoire sauf à informer des actions qu'elles soutiennent et des résultats obtenus. Enfin, la stratégie lancera les assises nationales pauvreté et économie collaborative.

Quant au financement de cette stratégie jugée ambitieuse, le gouvernement annonce une enveloppe de 8,5 milliards d'euros. Près de 8 milliards d'euros destinés à financer les engagements, dont 1,2 milliard d'euros pour l'égalité des chances des tout petits devant la pauvreté et 271 millions pour la garantie des droits des enfants, 439 millions d'euros pour la formation des jeunes jusque 18 ans, 4,9 milliards d'euros pour le revenu d'activité et 1 milliard d'euros pour l'incitation au retour à l'emploi. Et 500 millions consacrés aux réformes du métier de travailleur social et à diverses formations pour l'insertion.

Le diable est dans les détails

Ces mesures auraient pu être apparaître comme une tentative de redonner un peu plus à ceux qui sont dans le dénuement. Elles auraient pu constituer un des actes sociaux du gouvernement après qu'il ait privilégié systématiquement les intérêts du capital. Elles auraient pu, si elles n'avaient pas été manifestement en contradiction apparente totale avec les mesures actées jusqu'alors. Car il faut bien le reconnaître, chaque mesure invoquée pour lutter contre la pauvreté s'oppose à une réforme engagée par ce gouvernement.

À commencer sur le financement de cette stratégie. Le gouvernement a annoncé près de 8,5 milliards d'euros de dépenses nouvelles en direction des pauvres sur le quinquennat. Les organisations syndicales ont réagi uniformément à cette annonce pour la dénoncer.

En réalité, sur 8,5 milliards, 4,7 seront des redéploiements de crédits de missions abandonnées pour l'occasion et servant déjà la lutte contre la pauvreté. Les 4 milliards restants, il faut aller les chercher dans les crédits budgétaires en baisse en direction des HLM et des réaffectations de dépenses du budget de l'éducation nationale et de la formation professionnelle. En effet,

avec 1,7 milliard d'euros par an en moins de dépenses d'APL financées par l'État, l'État va pouvoir puiser dans une manne qui servait déjà aux ménages en difficulté pour financer des mesures relatives au logement des plus pauvres. Conception très cynique de la lutte contre la pauvreté, ce sont les ménages pauvres qui payeront pour les besoins de logement des plus pauvres... Et il en va de même des dépenses de formations pour l'insertion des enfants en bas âge. Hormis quelques mesures médiatiques positives comme le repas pour tous des plus petits, l'essentiel des mesures en direction des plus petits se concentrera sur le financement des dédoublements de classes de maternelle au CE1 inscrit dans la loi de finance pour 2018 et sur le financement des modes de garde des tout petit inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. De sorte qu'au final, une large partie des annonces de mesures nouvelles et défendues comme novatrices incluses dans cette stratégie sont d'ores et déjà actées dans leur financement. La stratégie de lutte contre la pauvreté n'apportera donc rien de nouveau en matière de financement. Les derniers de cordée devront faire avec ce qu'ils ont déjà.

Mais il faut aussi mesurer les effets de plusieurs de ses dispositions sur les comptes publics. À titre d'illustration, la fusion de plusieurs minima sociaux dans le revenu universel d'activité pourrait constituer dès sa mise en œuvre une source d'économies substantielles pour la dépense publique. Il faut savoir en effet que cette proposition n'est en rien novatrice. Elle a fait l'objet d'un rapport en 2016 commandé par M. Valls, intitulé : « Repenser les minima sociaux – Vers une couverture socle commune », le fameux rapport Sirugue, qui a remis au goût du jour l'idée de revenu universel. À partir d'une analyse similaire à celle aujourd'hui du gouvernement qui cherchait à simplifier les dispositifs et améliorer la couverture sociale, et à partir d'un objectif implicite d'allègement des contraintes financières pesant sur les départements notamment en matière d'insertion (RSA), ce rapport faisait de la fusion en une seule prestation de 10 minima sociaux un objectif d'efficacité de la dépense sociale publique à atteindre. Complété par un double dispositif financier d'accompagnement et d'insertion dans l'emploi, ces allocations prétendaient couvrir alors tout le champ de la pauvreté. Critiqué à gauche, ce rapport a aussi fait l'objet d'une forte critique à droite qu'il n'est pas inutile de rappeler dans le cadre de la proposition gouvernementale actuelle.

Dans une de ses notes, l'IFRAP, think tank très libéral proche du Medef, notait que la mise en place de

la proposition préconisée par le rapport Sirugue n'allait pas assez loin dans la recherche d'économies. Concentrée sur « seulement » 10 minima sociaux et 24 milliards d'euros de dépenses publiques sociales, alors que le périmètre des minima sociaux serait de 95 milliards d'euros pour 47 dispositifs, le think tank ultra-libéral considérait alors que le rapport n'ouvrait pas de pistes pour une réforme des prestations familiales dans leur globalité, notamment en direction du logement social, et leur mise systématique sous critère de ressources ; qu'il ne travaillait pas non plus à l'implication administrative et financière des départements dans la gestion de ces dispositifs en cherchant à alléger leurs dépenses en recentralisant sur l'État la gestion financière du RSA ; que l'élargissement du RSA au 18-25 ans constituait une augmentation de la dépense sociale de 3,8 milliards d'euros sans contreparties de devoirs d'insertion pour les nouveaux bénéficiaires ; que le rapport ne donnait pas de pistes sérieuses quant aux contraintes de gestion administrative des informations sur les revenus réels et fiscaux des personnes dans le cadre d'un traitement automatisé du versement des prestations ; bref, le rapport Sirugue n'engageait qu'une réforme à minima. Or à y regarder de près, il apparaît que la proposition gouvernementale semble répondre positivement aux critiques des ultra-libéraux. Or cette même note de l'IFRAP affirmait que poussée à son terme, la logique de fusion des minima pouvait générer un gain budgétaire de près de 10 milliards d'euros pour l'État. On est bien loin de faire plus pour ceux qui ont moins. Mais il est vrai que la contradiction n'étouffe pas ce gouvernement.

La force de la cohérence du projet libéral de Macron et du patronat est aussi dans cette stratégie pour les pauvres

- L'action en direction des plus pauvres doit se réfléchir dans le cadre de la réforme d'ensemble de l'action publique que mène Macron et Philippe :
 - réformer l'insertion des pauvres en réformant l'Unedic
 - réformer la formation des plus pauvres pour l'insertion en réformant le cadre de la formation professionnelle et de l'apprentissage
 - réformer l'indemnisation des plus pauvres par un revenu universel pour réformer la protection sociale et la Sécurité sociale
- Réaffirmation d'une logique libérale classique qui fait primer le contrat sur le droit. C'est une clé de lecture essentielle qui s'appuie sur une pitoyable reformulation d'un mauvais darwinisme social (relire P. Tort).

Besoin d'alternative à cette politique

Le débat sur la lutte contre la pauvreté ne doit pas seulement se jouer autour des enjeux de justice sociale. La question des institutions nouvelles à créer est centrale. Macron est en train d'installer celles de son modèle social en remplaçant celles issues de 1945. Il y a besoin de faire évoluer nos institutions qui sont effectivement aujourd'hui en crise d'efficacité.

- Pour lutter efficacement contre la pauvreté : la sécurité de l'emploi par la formation
- Pour lutter efficacement contre la pauvreté : reprendre la main sur la création de richesses en ne laissant pas les critères de régulation de l'activité économique se focaliser sur la rentabilité du capital
- Pour lutter efficacement contre la pauvreté : assurer la mobilisation des moyens financiers pour financer les services publics, notamment de protection sociale, à la hauteur des besoins du XXI^e siècle
- Pour lutter efficacement contre la pauvreté : développer une politique de paix et de coopération dans le monde

Le défi est immense et ses axes d'entrée sont multiples mais complémentaires. Pour y parvenir, la critique d'un Macron président des riches n'y suffira pas. Il faut ouvrir des pistes d'alternatives et les échanger avec la population afin qu'elle s'en saisisse et qu'elle les enrichisse. Ce qui ne peut se faire sans volontarisme à gauche.

Réforme de la formation professionnelle et de l'insertion en contradiction avec la réforme du Code du travail et la réforme de l'Unedic : les jeunes de moins de 30 aujourd'hui très majoritairement diplômés sont moins nombreux en catégorie A mais plus touchés par la pauvreté

Le gouvernement vient de faire connaître aux partenaires sociaux sa lettre de cadrage en vue de la négociation de la nouvelle convention d'assurance chômage. Déjà annoncée par les déclarations du chef de l'État du temps qu'il était candidat, il s'agit d'un bouleversement, qui devrait surtout se manifester à terme, des principes de l'assurance chômage, qui doit cesser d'être une véritable assurance dans la mesure où le caractère contributif de son financement est appelé à disparaître au profit de l'impôt. La conséquence va en être la disparition du paritarisme et du rôle, tout au moins exclusif des partenaires sociaux, à qui la lettre de cadrage confie maintenant une mission impossible. Emmanuel Macron propose une sorte de révolution à ce sujet en passant à un modèle « beveridgien » à la britannique, financé par l'impôt, et surtout ouvert à toute

la population, y compris les indépendants, comme une sécurité universelle pour toute personne écartée du travail pour quelque raison que ce soit. Le candidat propose même que les salariés démissionnaires bénéficient des prestations chômage...

Le financement par l'impôt vis-à-vis du salarié signifie que l'État reprend la main sur l'assurance chômage. En substituant la CSG à la cotisation, l'État est libre de définir comme il l'entend l'étendue des prestations, et l'on comprend qu'Emmanuel Macron a pour intention d'en faire un objet, non pas de droits acquis individuels, mais de solidarité universelle ouverte à tous, avec pour conséquence inévitable la diminution et l'égalisation des prestations. C'est le modèle anglais, qui distribue des sommes qui seraient jugées extrêmement faibles en France (plafond de 500 livres pour un couple, à condition d'avoir cotisé deux années, signé un contrat de jobseeker et versé pendant seulement deux années). À quel niveau Emmanuel Macron pense-t-il plafonner les indemnités et comment va-t-il s'assurer de l'assentiment des Français à cette réforme pénalisante pour les classes moyennes ? »

Nous n'en sommes pas encore à copier le modèle anglais, mais les conditions d'une reprise en main du système par l'État sont bien là. En témoigne cette déclaration du chef de l'État du 9 juillet dernier, qui fait écho près de deux années plus tard à celles qui avaient motivé nos observations : « il n'y a plus un droit au chômage, au sens où on l'entendait classiquement, il y a un droit qui est offert par la société, mais dont on ne s'est pas garanti l'accès à titre individuel, puisque tous les contribuables l'ont financé ». Cette déclaration est extraite d'une tribune de Denis Kessler, l'influent PDG du groupe SCOR et ancien vice-Président du Medef, appelant à la reprise en main du système d'assurance chômage par l'État, qui « doit avoir la responsabilité de l'indemnisation du chômage » [1].

Il n'est pas indifférent que vienne ainsi se prononcer un ancien dirigeant de l'organisation appelée maintenant à négocier les accords demandés par la lettre de cadrage de l'exécutif. Bien que les intentions précises de Geoffroy Roux de Bézieux, président actuel du Medef, par rapport à cette lettre de cadrage ne soient pas connues, on note sa reconnaissance du fait « que nous ne sommes plus dans un véritable système d'assurance chômage », que ce système doit être remis « complètement à plat », ce qu'il verrait sous la forme d'une « allocation universelle forfaitaire financée par la CSG et gérée par l'État », complétée par un « régime assurantiel complémentaire

obligatoire, géré par les partenaires sociaux..., financé par les cotisations des entreprises, non garanti par l'État et avec une règle d'or : l'équilibre des comptes ».

Là non plus, nous n'en sommes pas encore à discuter d'un tel changement, qui peut d'ailleurs paraître assez utopique car il est difficile d'imaginer que l'État puisse se contenter d'un financement de l'assurance universelle par la CSG sans cotisations d'entreprises.

De leur côté, les dirigeants de l'Unedic, qui se sont exprimés dans le rapport d'activité 2017, avant d'avoir eu connaissance de la lettre de cadrage, laissent deviner un certain désarroi. Ils rappellent que les partenaires sociaux pensent nécessaire « une meilleure articulation entre les politiques relevant de la solidarité et l'assurance chômage, ce qui peut conduire à une évolution du financement... tout en conservant son caractère contributif ». Ce qui déjà contredit implicitement les déclarations du chef de l'État. Ils évoquent ensuite, en termes diplomatiques, deux questions qui taraudent les partenaires sociaux : « Comment établir une trajectoire financière pluriannuelle quand un tiers des recettes fait l'objet d'un vote annuel ? » (il s'agit du vote du Parlement sur la CSG) ; d'autre part, à propos cette fois de la liberté qu'entend se réserver l'État de modifier les règles d'indemnisation par décret et du cadrage qui fera suite, « quel sera ce modèle de fonctionnement dès lors que l'État entend cadrer la négociation des partenaires sociaux ? »

Les consignes de la lettre de cadrage

La lettre de cadrage que l'État vient d'envoyer aux partenaires sociaux – avec consigne de conclure leur accord dans un délai de quatre mois - reflète bien les interrogations de l'Unedic et des partenaires. En effet, la lettre paraît bien laisser aux partenaires la liberté de négocier, la ministre du travail insistant sur le fait qu'il n'y a « aucun tabou ». En pratique, cette liberté est sévèrement corsetée :

- L'État exige que la nouvelle convention permette de « dégager entre 1 et 1,3 milliard d'euros d'économies en moyenne annuelle ». Mais l'État maintient en même temps toutes les obligations financières de l'Unedic extérieures à sa mission d'indemnisation, et particulièrement la dotation à Pôle emploi dont on a vu qu'à elle seule elle expliquait le déficit de l'Unedic. Il s'agit donc de l'obligation de respecter la « trajectoire financière » sur laquelle s'interroge le rapport de l'Unedic que nous avons cité.
- Cinq consignes précises sont données :

- « Revoir les règles de cumul pour lutter contre la précarité » et inciter à la reprise d'emploi ». Il s'agit du problème de la « permittance » et plus spécialement de celui créé par les droits rechargeables à 150 heures en combinaison avec une activité réduite illimitée dans le temps ;
- « Inciter les entreprises à privilégier une réorganisation du travail par le dialogue social sur le recours à l'assurance chômage pour faire face aux évolutions conjoncturelles ». L'État juge que le comportement des entreprises se traduit par des « séparations excessivement nombreuses » et évitables ;
- « Créer les conditions d'un accompagnement plus efficace et plus précoce » en améliorant l'offre de services de Pôle emploi ;
- « Travailler à une meilleure articulation entre assurance et solidarité », le cas échéant par la création d'une allocation-chômage de longue durée (ACLAD) attribuée sous condition de ressources, au financement de laquelle l'État pourrait « participer » ;
- « Créer de nouveaux droits pour les salariés démissionnaires et les indépendants », en précisant les conditions d'éligibilité déterminées par l'ANI de 2018 et la loi.

On notera que ce cadrage ne fait pas allusion à la question des contrats courts et de l'éventualité d'instaurer un système de bonus-malus. Par prudence, pour ne pas heurter de front le Medef, très hostile sur ce sujet. On sait aussi les partenaires sociaux, spécialement les syndicats de salariés, opposés à toute diminution des indemnités, et les syndicats patronaux à l'augmentation des cotisations. Comment dans ces conditions faire en sorte de réaliser des économies, avec des créations de nouveaux droits (points 4 et 5 ci-dessus) ? On a envie de souhaiter « Bonne chance, Messieurs » !

Le Plan d'Investissement dans les Compétences vise à former un million de jeunes peu qualifiés et un million de demandeurs d'emploi de longue durée faiblement qualifiés, et à transformer en profondeur l'offre de formation. Le plan d'investissement dans les compétences veut ainsi s'attaquer au chômage de masse, dans un contexte de mutation accélérée de notre économie.

Les programmes d'investissement prévoient un ensemble de mesures pour favoriser des parcours « sur mesure » de formation vers l'emploi. Le plan aura aussi à sa charge le déploiement d'une nouvelle plateforme du Compte personnel de formation (CPF). C'est un effort de 15 milliards d'euros qui devrait être conduit

entre 2018 et 2022, concrétisation d'une promesse de campagne d'Emmanuel Macron.

Une haut-commissaire à la « transformation des compétences » a été nommée, il s'agit d'Estelle Sauvaut, qui dirige depuis 2011 le cabinet spécialisé en ressources humaines Sodie. Elle est chargée de la conception et du déploiement du « PIC » (plan d'investissement compétences) et doit aussi mettre en place l'application numérique du compte personnel de formation. Le dossier de presse du ministère du Travail précise qu'avec le Plan d'investissement une priorité sera donnée aux personnes peu ou pas qualifiées, aux quartiers prioritaires de la ville, aux demandeurs d'emploi handicapés, aux jeunes décrocheurs et aux personnes en parcours d'inclusion dans l'emploi.

L'objectif du PIC est donc de proposer d'améliorer la qualification des jeunes et des demandeurs d'emploi, avec le financement de :

- un million de places de formation pour les chômeurs peu qualifiés ;
- 470 000 actions pour les jeunes décrocheurs ;
- 330 000 actions de préparation aux dispositifs d'alternance ;
- 250 000 actions de formation ouvertes à distance non ciblées sur un public particulier.

Au sein du PIC, l'État s'engage à prévoir un financement spécifique pour la formation des salariés de l'Insertion par l'Activité Économique (IAE). Une enveloppe de 40 millions par an, de 2019 à 2022 plus 20 millions pour 2018, viendra en complément des financements existants et des différentes conventions État-Régions.

Les réseaux de l'IAE ainsi que tous les OPCA (organismes paritaires collecteurs agréés) et Pôle Emploi ont été appelés par la DGFEP (délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle) à cosigner un accord-cadre qui a l'ambition d'impulser des dynamiques au bénéfice des salariés des structures de l'IAE.

Il est important de préciser ce que recoupe l'Insertion par l'Activité Économique (IAE), née dans les années 1970 à l'initiative d'acteurs de terrain souhaitant favoriser l'autonomie et la mise en situation de travail de personnes éloignées de l'emploi. Pour autant, la reconnaissance institutionnelle des acteurs œuvrant dans ce champ et leur structuration se sont déroulées progressivement. En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre

les exclusions a permis d'inscrire leur action dans le Code du travail.

L'article L5132-1 du Code du travail dispose que l'IAE a pour objet de permettre à des personnes sans emploi, rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières, de bénéficier de contrats de travail en vue de faciliter leur insertion professionnelle. Elle met en œuvre des modalités spécifiques d'accueil et d'accompagnement.

L'IAE s'adresse aux personnes particulièrement éloignées de l'emploi, notamment :

- chômeurs de longue durée ;
- personnes bénéficiaires des minimas sociaux (RSA...);
- jeunes de moins de 26 ans en grande difficulté ;
- travailleurs reconnus handicapés.

L'IAE suppose la signature d'un contrat de travail spécifique avec une structure spécialisée en insertion sociale (contrat renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois). Pôle Emploi cible et oriente ces personnes vers des structures spécialisées en insertion sociale et professionnelle susceptibles de leur proposer du travail. Un salarié embauché dans le cadre d'une IAE bénéficie, notamment avant de sortir du dispositif, d'un suivi et d'un accompagnement renforcés (évaluation, ateliers de recherche d'emploi, bilan de compétences...)

Il est possible de distinguer les Structures d'Insertion par l'Activité Économique (SIAE) selon qu'elles produisent des biens et services (EI, ACI) ou mettent à disposition des salariés (ETTI, AI).

- L'Entreprise de Travail Temporaire d'Insertion (ETTI) est une entreprise de travail temporaire de type particulier. Son activité consiste à mettre à disposition des personnes auprès d'entreprises du secteur marchand, dans le cadre de missions d'intérim, avec pour objectif l'accès à l'emploi durable. La mise à disposition dans l'entreprise classique se fait selon la réglementation rattachée aux entreprises de travail temporaire. Pour compenser les difficultés des salariés, un accompagnement social et professionnel est effectué par les permanents de la structure.
- L'entreprise d'insertion (EI) produit des biens et des services en vue de leur commercialisation. Elle propose aux personnes en difficulté d'accès à l'emploi un parcours personnalisé fondé sur la mise en situation de travail. L'EI est une véritable unité de production qui a les mêmes contraintes et les mêmes impératifs de production et de qualité qu'une entreprise « classique ».
- Créée en 1987, l'Association Intermédiaire (AI) a pour rôle de mettre du personnel à disposition à titre onéreux,

mais à but non lucratif pour réaliser des petits travaux. Localement, les associations effectuent des activités d'aide à domicile, de ménage, bricolage, jardinage, manutention, restauration, commerce, activités culturelles. L'AI s'adresse à des personnes éloignées de l'emploi et met en œuvre à leur égard des dispositifs d'accueil et d'accompagnement socioprofessionnels. Ses clients sont des particuliers, des associations, des collectivités locales, des entreprises (dans la limite de 480 heures).

- Les ateliers et chantiers d'insertion ont pour objectif de recruter, d'accompagner, d'encadrer et de former des personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières en vue de faciliter leur retour à l'emploi.

Leurs activités peuvent s'exercer dans l'ensemble des secteurs d'activité dès lors que les avantages et aides octroyés par l'État ne créent pas de distorsion de concurrence et que les emplois ainsi créés ne se

substituent pas à des emplois privés ou publics existants. Les biens et les services qu'ils produisent peuvent être commercialisés, dans des limites fixées par l'État, dès lors qu'ils contribuent aux activités d'insertion sociale et professionnelle des personnes embauchées. Organisés de manière ponctuelle ou permanente, les ACI sont des associations loi 1901 et sont le plus souvent portées par un organisme de droit privé à but non lucratif. Pour autant, ils peuvent aussi être portés par une commune, un établissement public de coopération intercommunale, un département, un syndicat mixte, un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS)... (liste déterminée par décret).

Quelques chiffres clés sur l'IAE

- 3733 SIAE réparties sur l'ensemble du territoire au 31 décembre 2016
- Poids des SIAE au niveau National
- Coût annuel en financement public / ETP en €

	ACI	AI	EI	ETTI	Moyenne SIAE
Emploi stable (CDI, à son compte)	7 %	21 %	12 %	19 %	15 %
Emploi non aidé non stable (CDD, Intérim, CESU, vacations)	14 %	26 %	18 %	28 %	22 %
Emploi aidé (dont emploi en IAE)	4 %	6 %	3 %	4 %	4 %
Taux de retour à l'emploi	25%	53%	33%	51%	41%

Au regard des chiffres mentionnés ci-dessus, il apparaît que les structures qui bénéficient du montant de subventions le plus élevé, les ACI, ont le taux de retour à l'emploi le plus faible. Certes, les ACI sont confrontées à un public précaire qui est le plus éloigné du marché de l'emploi. Cependant, au regard des sommes dépensées, pouvons-nous nous satisfaire d'un taux de retour à l'emploi de 25 % ? En effet, toutes ces structures sont sous perfusion d'argent public pour des résultats plus que perfectibles. De plus, les contrôles des services de l'État sont quasi inexistantes (hormis les dialogues de gestion annuels avec des chiffres fournis par les SIAE elles-mêmes).

Des solutions existent pour réformer le monde de l'IAE

Imposer de réels contrats d'objectifs annuels de résultats, contrôlés par les services déconcentrés de l'État. On pourrait à ce titre fixer un plafond de dépense par structure validé avec les services déconcentrés de l'État. Si la structure terminait son exercice en déficit, elle

perdrait son agrément. A contrario, si elle parvenait à boucler son exercice en équilibre, elle bénéficierait d'une rallonge budgétaire.

Autre méthode : dans les pays anglo-saxons, le versement d'allocations est soumis à une obligation de travail (réel) et de formation. Aux USA, des associations s'occupent de personnes qui dépendraient en France de l'IAE, mais sous un autre angle : tous les bénéficiaires sont indépendants. L'association leur apprend un métier (souvent manuel) qui leur permet de se réinsérer dans la société par un véritable travail individuel. L'association est là pour les guider, les aider dans les démarches administratives, les conseillers, voire leur fournir des clients. En contrepartie, les bénéficiaires reversent un % de leurs revenus à l'association. Peu ou pas d'argent public dépensé, une volonté de responsabiliser le bénéficiaire et de l'accompagner vers un épanouissement professionnel : Là est la véritable révolution du secteur de l'IAE. En France, il existe une entreprise « Lulu dans ma Rue » à Paris, qui a fait le pari de la réinsertion via le statut de

micro-entrepreneur (et l'utilisation du numérique via une plateforme) : Les Lulus, sont suivis via notamment une assistante sociale, reçoivent des commandes de clients (de vraies missions utiles pour des individus), sont aidés pour les démarches administratives. En contrepartie, afin de les responsabiliser et de structurer le modèle économique, ils reversent à « Lulu dans ma Rue » un % de leurs CA en fin de mois.

Une politique d'austérité qui veut rester dans les clous de Maastricht

La logique de fond de cette stratégie :

Très classiquement :

- Affirmer la logique très libérale du contrat sur celle du droit – renversement déjà engagé mais qui a désormais les moyens de renverser le modèle social historique

- Cohérence d'ensemble des réformes déjà engagées avec la réforme des politiques de pauvreté - se doter des moyens institutionnels d'y parvenir (redéfinition du cadre d'évaluation de la pauvreté – stat, définitions,...)

Le choix des mots est précis, et il a son importance pour bien évaluer l'ambition gouvernementale. L'intention gouvernementale n'est pas d'engager une politique publique de lutte contre la pauvreté dotée d'objectifs et de moyens financiers, c'est-à-dire de définir un plan d'actions de l'État contre la pauvreté et pour l'insertion. Plus simplement, il consiste à définir des objectifs nationaux de prévention et de lutte contre la pauvreté, de cibler nationalement des leviers pour y parvenir, et enfin de laisser aux collectivités locales et aux « acteurs locaux » le soin de les mettre en œuvre et d'atteindre les objectifs fixés.

Place des centres de santé dans la médecine de ville

Par le D^r Richard LOPEZ
Président de la Fabrique des Centres de Santé

Préambule

Les centres de santé sont considérés par plus d'un comme une forme pertinente pour l'exercice d'une médecine susceptible de répondre au triple défi de satisfaire les besoins de la population, des professionnels et des politiques territoriales de santé. Pour comprendre la crise dans laquelle se trouve notre système de santé ambulatoire, il nous faut faire une analyse qui remonte bien plus loin que la seule instauration du numerus clausus et resituer les centres de santé dans leurs contextes historique, politique et social.

1. Le contexte

A. Une évolution historique et idéologique: Un système libéral en situation de monopole

1. *Opposition des docteurs des universités du XIX^e contre les officiers de santé et le salariat, issus de la Révolution Française.*

Le décret du 8 juillet 1793 crée une organisation de l'ambulatoire, sans diplôme, qui aboutit à une très grande confusion. La Loi du 10 mars 1803 (19 ventose an XI) instaure deux niveaux dans les professions de santé, d'une part les médecins et chirurgiens diplômés de la Faculté (c'est dans cette loi que cette distinction est abolie, les chirurgiens ne sont plus des « barbiers » mais médecins de plein titre), destinés aux gens aisés et aux élites dans les villes et d'autre part les officiers de santé ouverts à des praticiens ne possédant pas le baccalauréat, ayant suivi une formation plus courte et ayant fait valider leur pratique par un jury universitaire, destinés aux soins les plus simples des villes et dans les campagnes où habite la majorité de la population.

Leur pratique était limitée au département d'obtention du diplôme et dans les actes qu'ils avaient le droit de pratiquer. Napoléon les a fortement développés dans ses campagnes militaires et ils furent supprimés en France par la Loi du 30 novembre 1892, après une lutte acharnée des Docteurs en médecine qui considéraient qu'il s'agissait d'une pratique trop concurrentielle.

La France a ainsi perdu l'occasion de construire une formation médicale sur trois niveaux qui sont aujourd'hui reconnus comme indispensables à toute formation universitaire: Licence – Master – Doctorat. Cette fonction d'infirmière clinicienne, ou en « pratique avancée » existe dans tous les pays anglo-saxons et de nombreux pays européens. Nous venons de la (re)créer avec la loi Touraine de 2017.

2. *Lois sur les assurances sociales de 1921-1928*

Au lendemain de la première guerre mondiale, après la récupération des trois départements d'Alsace-Moselle qui bénéficiaient du système bismarckien de santé et protection sociale, après le sang versé par les Français (1,7 M morts et 4,3 M blessés 15 % de la population), le pays est soumis à de fortes tensions sociales et politiques (importantes grèves en 1920, naissance du PCF), le gouvernement d'Aristide Briand arrive en 1921 et Daniel Vincent ministre Radical du Travail, propose le 21 mars un projet de loi qui copie en gros les lois du système Bismarckien (en vigueur en Alsace Moselle jusqu'en 1946), avec un système obligatoire de précompte sur salaires pour les employeurs et les salariés, qui couvre la maladie, la perte de salaire liée à la maladie, l'invalidité (le régime des AT existait depuis avril 1898), la maternité, la vieillesse et décès. Pour les autres français, c'est volontaire! Pour les médecins un contrat collectif avec tiers payant intégral, une rémunération globale forfaitaire en fonction du nombre de patients ayant choisi le médecin, orientation par le médecin de famille des patients vers les spécialistes et l'accès à l'hôpital.

B. Devenu blocage législatif et réglementaire

1. *Opposition des libéraux aux Lois avec le « Front du refus »,*

Ils se constituent en syndicat (CSMF) sur les bases de la « charte libérale de 1927 ». Les médecins veulent le paiement de chaque acte. Ils revendiquent ce qui deviendra leur mantra: **liberté de choix du médecin** par le malade, **liberté de prescription**, contrôle des malades par les caisses (et des médecins par leur syndicat) et **liberté des tarifs**, respect absolu du **secret professionnel**, paiement direct et **entente directe entre le malade et**

le médecin. Ces dogmes seront complétés en 1971 de **la liberté d'installation et transposés dans la loi**, dans le Code de la Sécurité Sociale.

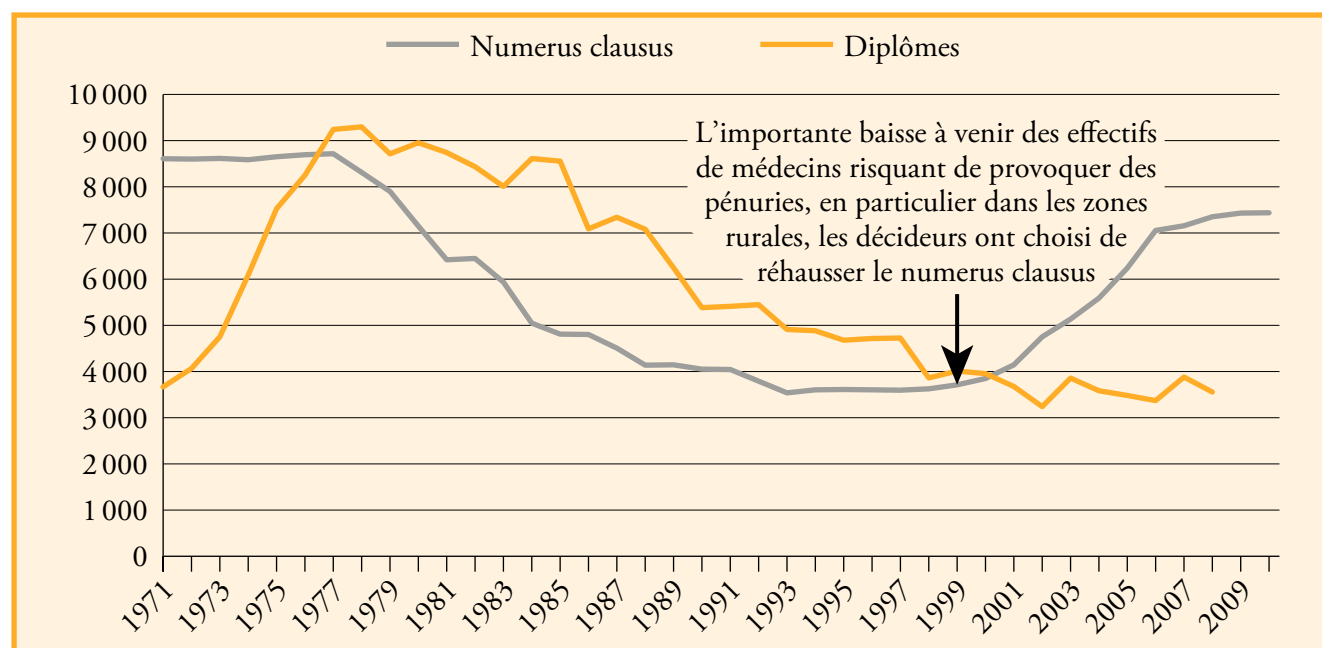
2. Article L162-2 du Code de la Sécurité Sociale en médecine

« Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription

du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi 71-525 du 3 juillet 1971 »

C. Création du Numerus Clausus en 1971

Des décisions prises surtout sur une base économique, réduire le nombre de prescripteurs pour réduire les dépenses remboursées. Les actions sur les postes ouverts au concours ont des effets très long sur le nombre de diplômés, pour une durée moyenne de 10 ans d'études.



D. Un système ambulatoire en évolution

1. Des besoins médicaux différents

- Une transition épidémiologique ou sanitaire, avec les 3 « âges » selon Abdel OMRAN en 1971 : 1/ fléaux-maladies infectieuses, 2/ maladies chroniques, 3/ maladies dégénératives et sociétales (on parlera plutôt aujourd'hui de Transition Sanitaire, pour FRENK en 1991),
- Une formation de base en pratique d'équipe ; la formation hospitalière s'appuie sur un exercice en équipe pluriprofessionnelle, en rupture totale avec la pratique libérale historique,
- Un mode de rémunération à l'acte sclérosé qui constitue un frein à l'évolution de la prise en charge de populations et de pathologies complexes et chroniques et ne permet pas à la société de garantir et maîtriser la prise en charge des dépenses de santé : CNAM = payeur aveugle.

2. Des professionnels différents

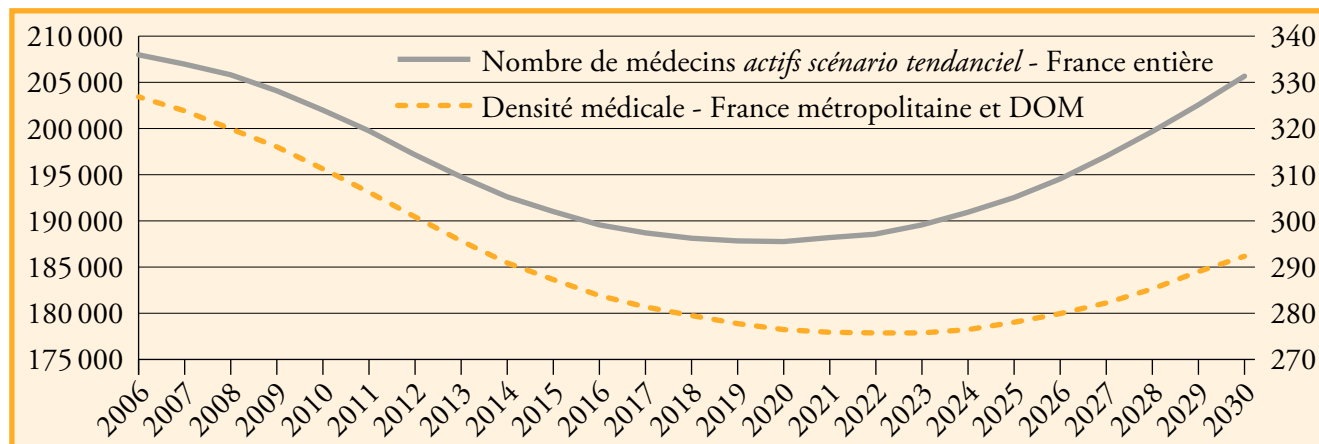
- Une forte féminisation : 65 % des nouveaux inscrits à l'Ordre et 80 % des inscrits en 2^e année de faculté de médecine,
- Une population qui vieillit : 32 % ont plus de 65 ans et 47 % plus de 60 ans, donc
- Un nombre de médecins en activité qui baisse de 78 % à 68 % des inscrits.
- Un nombre de généralistes en baisse, inférieur depuis 2017 aux spécialistes.

3. Un effondrement de la densité médicale

Les projections montrent qu'en 2030 nous n'aurons pas retrouvé le nombre de médecin de 2009, or la population allant croissant, la densité sera à la même période inférieure de 12 %, toutes choses étant égales par ailleurs, or les besoins de prise en charge des patients

chroniques évoluent ainsi que les attentes des jeunes professionnels de santé.

Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario *tendanciel*



Champ : médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière
Sources : fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES

4. Une évolution du projet professionnel

- un exercice en structure d'exercice regroupé et coordonné qui transpose à l'activité ambulatoire l'organisation d'équipe apprise à l'hôpital,
- un exercice qui allie soins, prévention, santé publique, accueil social qui respecte l'unicité de l'humain, dans une dimension médico-psycho-sociale,
- qui ne contraint plus le médecin à se transformer en entrepreneur,

5. Rejet assez franc de l'exercice libéral

- 1/3 des médecins remplaçants refuseraient de s'installer à cause de la surcharge de travail et/ou de la complexité des tâches administratives et de la gestion du cabinet.
- Étude IRDES 2009 : la gestion du cabinet représente en moyenne 23 % du temps de travail des médecins généralistes, soit entre 11,96 et 13,8 heures par semaine.

6. Une évolution du projet de vie

- 70% des étudiant.e.s en médecine citent la qualité de vie comme 1^{re} motivation pour leur avenir.
- Une activité respectueuse du temps privé, qui ne contraint plus les médecins à une activité de 60 heures ou plus par semaine et permette de structurer et organiser à l'avance le temps de travail et le temps privé,
 - Qui prenne en compte l'évolution des modes de vie, l'aspiration à une stabilité financière, une couverture sociale digne de ce nom, une formation professionnelle

intégrée à un métier, autant d'éléments permis par un statut salarié.

- Qui soit compatible avec l'évolution de la vie, leur permettant une mobilité géographique interdite par l'ancrage de « l'installation »
- les revenus ne sont plus priorités, ne sont plus un élément décisif, le statut salarié ou mixte (libéral et salarié) est facilement envisagé.

2. Cette aspiration c'est la pratique en centre de santé.

A. Une histoire d'hier

1. Théophraste Renaudot par « privilège » de Louis XIII en 1631

Ce médecin aux origines modestes et protestantes, devient « commissaire aux pauvres du royaume ». Il crée par Privilège royal, en 1629 l'ancêtre de l'Agence pour l'emploi (Bureau des adresses), en 1631 le premier journal (La Gazette) avec les premières petites annonces en 1633. Il crée enfin, dans le « Bureau des adresses » le premier centre de santé, avec le dispensaire médical ouvert en 1631, payant pour les aisés et gratuit pour les pauvres. Il y recevra des conférences médicales à partir de 1632.

Son succès lui attira l'hostilité farouche de la Faculté de médecine de Paris, qui obtint à la mort de Louis XIII en 1643, l'interdiction des consultations et des

conférences médicales puis la fermeture totale du « Bureau des adresses » en 1646.

2. Une forte imprégnation humaniste et sociale :

Succédant à l'approche profondément humaniste de Théophraste Renaudot des dispensaires religieux se sont développés jusqu'au XIX^e, relayés par le développement des centres municipaux sur la base de l'intervention politique des municipalités de sensibilité socialistes élues en fin de XIX^e, porteur d'un projet politique des communes puis des mutuelles nouvellement créés à partir de 1883 et très fortement développés au début du XX^e siècle.

3. Intervention de l'État dans le Contrat social du Pacte Républicain :

Avec les Lois sociales de 1928, la Santé devient un enjeu de sécurité nationale qui incombe à l'État. Par la loi il met en place des « dispensaires » souvent gérés par les municipalités, avec des équipes salariées de médecins et d'infirmières visiteuses, dotés de moyens techniques modernes comme la radioscopie et la radiologie et financés par des dotations annuelles, d'abord pour les soldats du front puis les civils.

4. Une théorisation des années trente: (Robert-Henri Hazemann, Albert Calmette, Emile Roux...)

Plus largement il s'agira de lutter contre les fléaux sociaux permettant l'accès aux soins des pauvres et indigents pour lutter au-delà de la tuberculose, contre le paludisme les maladies vénériennes, l'alcoolisme, mais également contre la dénatalité avec la protection de la mère et de l'enfant.

- « Les Centres de santé doivent être les organismes de base de défense de la santé publique » conférence de Robert-Henri Hazemann 21 décembre 1932 ;

- La santé un état de bien-être social : une politique publique audacieuse et globale ;
- De la clinique mais aussi de l'épidémiologie : usage des statistiques début de « l'EBM »⁽³⁾ ;
- Une nécessaire pluridisciplinarité : équipes soignantes et sociales ;
- Une politique territoriale : la médecine ne se fait pas à distance mais au contact des populations, les dispensaires sont dans les quartiers populaires ;
- Le médecin a une responsabilité sociale ; le service public participe du contrat social, sans relation de charité ;
- Le dispensaire structure polyvalente et médico-technique qui intègre radio, la biologie, la dentisterie, des spécialités comme l'ORL (ravages de la diphtérie) ;
- Une place importante de la prévention, de la vaccination et de l'éducation à la santé ;
- Structure de premier recours, articulée avec les hôpitaux ;
- La santé, partie intégrante des politiques sociales et environnementales ; promotion des espaces verts, des bains douches, des lavoirs, des arrivées d'eau et des égouts...

5. Un projet politique de santé publique et de médecine sociale :

Le Conseil National de la Résistance, lors de l'élaboration de son programme politique pour construire le projet pour la France au lendemain de la guerre, avait certes posé les fondements du système français de Sécurité Sociale, mais avait également jeté les bases d'une organisation du système de soins. C'est le Professeur Robert DEBRÉ qui fut chargé de proposer les axes de cette organisation. Il a été priorisé dans un premier temps la nouvelle organisation de l'hospitalisation qui a donné la loi portant son nom.

Un autre volet avait été proposé organisant un système ambulatoire dans son rapport « Médecine – Santé Publique – Population » de janvier 1944 :

3 EBM : médecine basée sur les preuves

Extraits :

4° Enfin, les collectivités pourront, par la création de Centres de santé ruraux ou urbains, favoriser le travail en équipes des médecins, qui diminue leur surmenage, permet d'obtenir un meilleur rendement de l'activité de chacun. Pareil dispositif préparera sans doute la solution de l'avenir.

Tout était déjà dit.

B. Et d'aujourd'hui**1. Art. L6323-1 du CSP :**

1^{re} inscription des centres de santé au JO : loi du 4 mars 2002 ; dernière modification Ordonnance du 12 janvier 2018 avec le décret et l'arrêté du 27 février 2018.

a) Caractéristiques Obligatoires, ils doivent ;

- Être des structures sanitaires de proximité avec activités de diagnostic, de soins de premier recours, sans hébergement au centre ou à domicile, aux tarifs conventionnels de la sécurité sociale, ouverts à tous.
- Mener des actions de santé publique, prévention, éducation pour la Santé
- Pratiquer le tiers payant et mènent des actions sociales
- Être créés et gérés par : organismes sans but lucratif (Associations, Mutuelles, Fondations), des collectivités territoriales et EPCI, des établissements de santé et médico-sociaux, des Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif (SCIC).
- Salarier tous Leurs professionnels
- Elaborer un projet de santé et un règlement de fonctionnement

b) De façon optionnelle, ils peuvent :

- Pratiquer des soins de second recours
- Des actions d'éducation thérapeutique des patients
- Pratiquer des IVG médicamenteuses et/ou instrumentales
- Soumettre des protocoles de coopération

- Contractualiser avec les ARS pour des missions spécifiques sur la qualité et la coordination des soins
- Constituer des lieux de stages
- Porter des antennes, qui, sauf dérogation de leur ARS, ne font pas plus de 20 heures de consultation par semaine et ne pas être à plus d'une demi-heure du centre principal
- Être centre de santé Universitaire par convention avec une faculté et l'ARS

2. Caractéristiques des centres de santé :**a) Dénombrement des centres de santé :**

- Il réunit une équipe de professionnels ; au 1er janvier 2018 nous avons 1 592 centres dans l'AN

Soit de dentistes	Centre de santé dentaire	668	42 %
Soit d'infirmiers	Centre de santé infirmier	459	28,8 %
Soit de médecins	Centre de santé médical	} 465	29,2%
Soit de plusieurs de ces professions	Centre de santé polyvalent		

- Dans une pratique coordonnée, avec projets de santé publique et social

- Des professionnels salariés, relevant d'un gestionnaire qui porte le projet

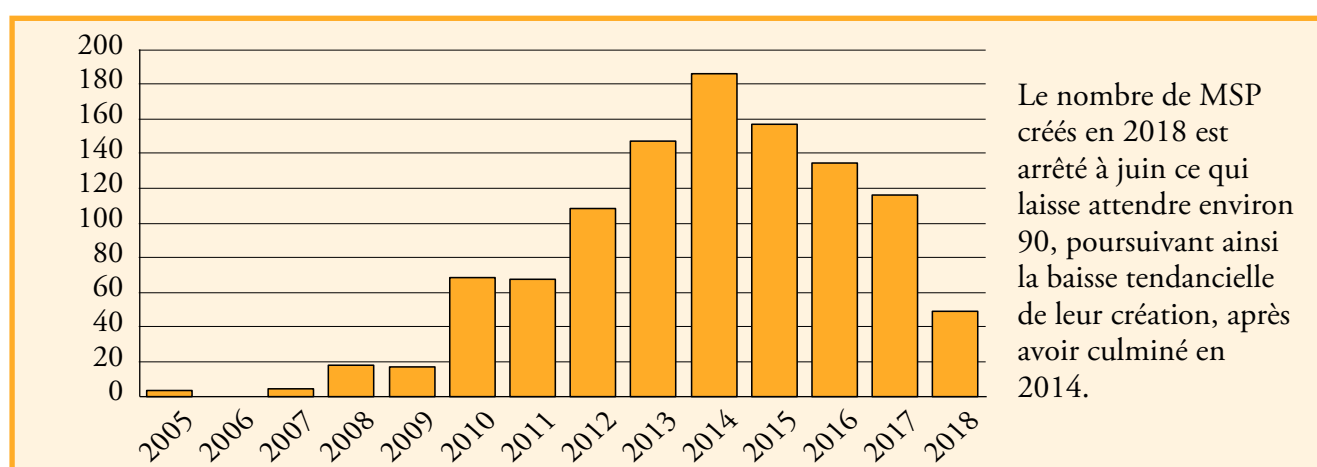
b) Un développement parallèle des Maisons de Santé :

Devant la cascade de rapports annonçant le reflux massif de l'exercice libéral traditionnel isolé, les députés créent dans la LFSS 2008 et surtout la Loi HPST en 2009 des « Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ». Elles permettent, dans le cadre d'un exercice libéral, de regrouper des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux, dans un même lieu ou dispersés mais sur

un même territoire, avec un statut spécifique : la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA), sociétés régies par le Code du commerce, permettant des financements autres que des actes (dotations publiques et subventions) sans risque de requalifier l'activité des praticiens en salariat.

Au 1^{er} janvier 2018, la DGOS dénombre dans son Observatoire, 964 MSP, dont 538 sont en SISA et 406 sous convention de financement ACI avec la CNAM (convention spécifique pour MSP d'avril 2017).

Création de Maisons de Santé 2005-2018



Sources : Ministère de la Santé DGOS - Observatoire des recompositions

c) Les centres de santé peuvent être gérés par :

- Organismes à but non lucratif :
 - Associations, (39,5 %) (surtout des centres de santé Infirmiers et médicaux ou polyvalents)
 - Mutuelles, (34 %) (surtout des centres de santé dentaires)
 - Assurance maladie (Mines, CPAM) 12,5 % (surtout des centres de santé médicaux ou polyvalents)
 - Fondations, Croix Rouge... (5 %)
- Collectivités territoriales, En forte croissance
 - Communes,
 - EPCI,
 - Départements, (8 %) (Médico-polyvalents)
- Établissements de santé et médico-sociaux, quelques unités mais en développement (1 %) (Médico-polyvalents)
- Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif (SCIC) nouveauté de 2018, en cours de création.

d) Les centres de santé investis en santé publique :

Le Haut Conseil de la Santé Publique dans son avis de juillet 2018 sur « la place de la prévention chez les offreurs de soins », identifie 8 missions essentielles de prévention et de promotion de la santé auxquelles doivent contribuer les Centres de santé, les Maisons de Santé. À noter son manque de connaissance des structures puisqu'il place les centres de santé dans l'« Exercice libéral regroupé »! ... À l'évidence le HCSP n'a pas vu que les Centres de Santé sont déjà très impliqués dans cette politique :

- L'offre des CDS articule pour 54 % d'entre eux prévention et soins avec des actions de santé publique décidées par les gestionnaires/élus, (Publics précaires, personnes âgées, jeunes, femmes, bucco-dentaire...).
- Les centres de santé sont les « piliers majeurs » des politiques locales dynamiques en santé publique :
 - Référents des CLS, volet santé de la « Politique de la Ville »
 - Supports importants des actions de santé publique financées par l'ARS, l'État dans les communes en Politique de la Ville

- Support des actions déconcentrées de l'État et des départements (CLAT, CV, CeGIDD, CSAPA, PMI, CPEF...)

e) **Les centres de santé sont de tailles très différentes :**

Ce sont des structures très variables : une moyenne de 18 personnes dont 7 600 médecins, 4 600 chirurgiens-dentistes, 5 300 infirmier.e.s et 8 000 d'administratifs (27 % des effectifs).

- Grande hétérogénéité des professionnels (des spécialités médicales et paramédicales)
- de gros centres (plus de 50 personnes, temps partiels, spécialités+++ , municipaux, associations ou mutuelles), voire très gros de plusieurs centaines de personnes,
- des moyens (15 à 50 personnes, temps pleins, peu de spécialités)
- des petits (moins de 15, temps pleins, soins primaires, pas de spécialités)
- voire très petits (5 personnes et moins)

3. Un modèle économique de centres de santé désormais équilibrable :

a) **Un financement traditionnel adapté à une organisation médicale du passé :**

La médecine était fondée traditionnellement sur les honoraires hérités du Moyen Âge, paiement direct des actes des praticiens par les patients, fondé sur une relation médecin/malade directe, dans une pratique individuelle et isolée, exclusivement réparatrice des corps, excluant tout contrôle de son contenu et de sa qualité et qui n'avait pas une approche globale de la santé des populations dans leur environnement.

Les centres de santé qui, comme les libéraux, ne percevaient en financement que les remboursements de l'assurance maladie (pratique obligatoire du tiers payant) et des patients, voire des organismes complémentaires dans le cadre du tiers payant complémentaire, ont dû faire « rentrer » leur organisation d'équipe et sociale dans ce mode de financement totalement inadapté à leurs pratiques, aboutissant à un « déficit » chroniques à la charge de leurs gestionnaires, évalué entre 25 % et 40 % de leurs dépenses.

De nombreux gestionnaires, contraints par cette charge budgétaire, ont soit fermé leurs centres, soit modifié substantiellement le mode de rémunération des praticiens (surtout pour les médecins et les dentistes) transposant les conséquences du paiement à l'acte du centre dans le

salaires versés qui est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes produites par le praticien. Il est évident que ce mode de rémunération impacte fortement la pratique des professionnels et tend à marginaliser ou exclure toute activité non financée par l'assurance maladie.

b) **Une nouvelle organisation qui nécessite une nouvelle forme de rémunération :**

La pratique d'équipe dans le cadre d'une démarche qualité, agissant sur la santé d'une population, sur un **territoire**, aurait nécessité un paiement totalement repensé, fondé sur les missions de ce « service public territorial de santé ».

Le choc culturel et conceptuel que ce nouveau mode de financement représentait n'était pas recevable par les professionnels libéraux, aussi pour engager une réforme « en douceur » du financement de l'ambulatoire, l'assurance maladie et le gouvernement se sont engagés dans un empilement d'éléments de rémunération qui se sont additionnés pour prendre en compte ces « contraintes » spécifiques, réunions d'équipes, prise en charge populationnelle, prise en charge des coûts de structure, amélioration de la qualité sur des objectifs de santé publique...

c) **Un financement construit pour les Maisons de Santé mais adapté aux centres de santé :**

- La rémunération d'équipe **dans l'Accord National** (ou pour les Maisons de Santé, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel), qui valorise l'organisation pour **l'accès aux soins, le travail d'équipe avec la coordination** et le **système d'information**
- Le **Forfait patientèle** qui est fonction de la structure de la patientèle, de ses caractéristiques d'âge, de pathologie grave et de ses critères de précarité,
- Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (**ROSP**) qui vise la qualité des pratiques
- Le **forfait structure**, qui accompagne la modernisation des infrastructures médicales
- Le financement des actions de santé publiques par convention avec les partenaires (ARS)

Auxquels s'ajoutent ;

- La participation, pour les professionnels de santé des centres de santé et cotant des actes nomenclaturés, au financement des cotisations sociales (**Teulade**), qui représente l'équivalent de la participation des Caisses aux cotisations sociales des professionnels de santé libéraux conventionnés.
- Le volume de **l'activité**

- Les **aides pour les territoires déficitaires** (COSCO et CAI)

d) **Pour exemple le budget type d'un petit centre :**

- Budget type d'un **petit centre** avec 2 ETP MG, 0,5 ETP IDE en Pratique Avancée (ASALEE) et 2,5 ETP administratifs, pour une patientèle Médecin Traitant de 2 000 personnes :

Recettes en année pleine	
Recettes d'activité	250 000 €
Rému. Accord National	40 000 €
Forfait patientèle	30 000 €
Subvention Teulade	20 000 €
RO S P	7 000 €
Forfait structure	7 000 €
Recettes ASALEE	12 000 €
	366 000 €

Charges de fonctionnement en année pleine	
Salaires chargés + Formations	323 000 €
Informatique	10 000 €
Locations locaux	15 000 €
Ménage	5 000 €
Dépenses de fonctionnement	13 000 €
	366 000 €

Les recettes **d'activités** ne représentent plus désormais que **65 %** des recettes du centre

- Il faut prévoir en plus les **financements** pour les postes de MG en **territoires prioritaires**, (dans notre exemple 5 000 € X 2 ETP MG = 10 000 €) **zonage déficitaire ARS**
- Il faut noter qu'aucun financement n'est prévu dans cet exemple de budget pour les actions de santé publiques qui peuvent être menées par convention avec l'ARS, le Département ou la CPAM et dont le temps est prévu dans l'emploi du temps des MG.
- Les financements d'aide à la création peuvent être obtenus auprès des ARS, Conseils Départementaux et Régionaux, État, Europe (NPNRU, FNADT, DETR, FEDER, FEADER, FSE...)

3. Et l'avenir ?

Les centres de santé constituent désormais une base d'appui pour la modernisation de l'ambulatoire et un accès aux soins de tous les patients notamment les plus vulnérables. Ils sont un socle historique à la pratique d'équipe, intégrant des outils modernes, alliant le soin, la prévention et la promotion de la santé, intégrant la dimension sociale des patients, en lien avec les établissements de santé et les élus locaux porteurs d'une politique locale de santé.

1. Un meilleur accès des publics précaires

Avec l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé -IRDES- la FNCS a mené en 2008 une recherche sur 21 centres de santé médicaux et polyvalents pendant 18 mois, permettant de caractériser la patientèle fréquentant les centres de santé associatifs et municipaux. Cette étude a permis de démontrer que cette patientèle est plus précaire qu'un échantillon national représentatif, ressent un état de santé plus dégradé et consomme moins de soins toutes choses étant égales par ailleurs. Les centres de santé permettent donc, par la pratique du tiers payant et l'accompagnement social, un meilleur accès aux soins des populations en situation de vulnérabilité avec une meilleure maîtrise des coûts par les équipes soignantes.⁽⁴⁾

2. Le rôle social

Il ne se limite plus à la mise en place, historique, du **Tiers payant sur la part obligatoire** des remboursements de la Sécurité Sociale, mais également sur la part complémentaire avec la mise en œuvre, avec toutes les organisations gestionnaires de centres de santé du partenariat avec les trois familles de complémentaires à la Sécu (Mutualité, Institutions de prévoyance, compagnies d'assurances) d'une plateforme unique centralisée regroupant l'ensemble des complémentaires santé ; <https://www.tpcomplémentaire.fr> : Ce portail inter AMC permet la prise en charge des **dépenses de santé pour la plupart des bénéficiaires de ces complémentaires (environ 80 % des personnes)**.

*De nombreux centres ont mis en place, avec des financements des ARS, une « **PASS ambulatoire** » qui constitue la plateforme pour l'accès aux droits des patients sans couverture sociale se présentant*

⁴ Question d'Économie de la Santé QES n° 165 mai 2011 – IRDES Etude EPIDAURE-CDS

des leurs structures. Ces missions se complètent par l'accompagnement à l'acquisition d'une complémentaire santé financée par les CPAM. Ces expérimentations commencent à se développer dans les territoires où la précarité et les patients sans couverture sociale sont prégnants.

3. Développement des infirmières en pratique avancée

Très tôt les centres de santé ont développé les coopérations, plus particulièrement le transfert de compétences sur des bases protocolées entre généralistes et IDE. Les consultations infirmières se sont développées pour permettre une plus grande fluidité de la prise en charge des consultations non programmées se présentant dans les centres de santé ou la prise en charge des patients chroniques ? C'est ainsi que de nombreux centres de santé se sont impliqués dans les Réseaux « Asthme et BPCO », « Diabète » « Maladie cardiovasculaires », « Insuffisance rénale », « Toxicomanie »... C'est sans surprise que lors de l'expérimentation sur la « préfiguration des infirmières cliniciennes spécialisées » (PréFICS) lancée par l'ARS Île de France, seuls des centres de santé se sont retrouvés impliqués dans le projet. Depuis 2014, ce projet a permis l'aboutissement dans la loi et la mise en place de cette formation et de ce nouveau métier.

4. Développement de la Télémédecine

De nombreux centres de santé ont participé au lancement dès 2004 du réseau OPHDIAT mis en place par l'AP-HP pour le dépistage des rétinopathies diabétiques. Balbutiement de la Télémédecine, il s'appuyait à l'époque que la coopération entre les généralistes des CDS, leurs infirmières et l'hôpital Lariboisière. Depuis les centres de santé ont poursuivi leurs actions en faveur de la télémédecine comme l'association ASAME en Alsace qui a dû braver en 2016 les carcans lourds des expérimentations à petits budgets et petits périmètres, pour développer dans les vallées reculées des Vosges des postes de téléconsultation articulés avec ses centres de santé. Cette pratique est fortement promue par les centres avec les services hospitaliers ou les structures avec des annexes distantes.

5. Développement des consultations hospitalières avancées

Depuis de très nombreuses années, les centres de santé portent des consultations spécialisées dans leurs murs avec des praticiens hospitaliers, faisant leurs demi-journées d'intérêt général dans les centres et maintenant

pour des populations en difficultés, un accès à des consultations spécialisées, sans dépassement, permettant aux établissements de santé d'organiser un parcours de soins fluide avec des patients bien identifiés et préparés en amont des prises en charge hospitalières et retournant rapidement à leurs domiciles, assurés d'avoir une équipe de soins en aval préparée à la prise en charge. Cette pratique, reconnue enfin comme efficace, économe et respectueuse des patients, est promue comme pratique moderne.

6. Une rémunération complètement détachée des actes

La course à l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie n'a pendant de nombreuses années qu'aboutit à une gestion comptable des dépenses de la Sécurité sociale, laissant de côté, faute d'une volonté des professionnels de santé et de moyens de la Sécu, l'aspect pertinence des soins financés par milliards. La Ministre de la Santé, Agnès Buzyn affirmait en 2017 : « **nous ne souhaitons pas continuer à financer la totalité des actes en ville** » et « **on peut imaginer une tarification au parcours pour les maladies chroniques** ».

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, instituait des financements innovants et organisait une expérimentation qui validait cette orientation de la Ministre de la Santé. Les modalités de l'innovation ont été définies dans un Appel à Manifestation d'Intérêt « *Expérimentation nationale d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville* ». **Un projet porté par des centres de santé a été déposé sur le 3^e volet de l'expérimentation « Forfait à la patientèle ».** Il s'agit d'une approche globale, rémunérant une équipe pour l'ensemble du suivi de la patientèle des médecins traitants participant à l'expérimentation.

Cette candidature a été validée en septembre 2018 par le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie -CNAM- et comporte des objectifs bien précis :

- un forfait annuel pour remplacer la quasi-totalité des actes tarifés
- des prestations innovantes jusqu'ici non remboursées et donc non proposées aux patients
- une gouvernance médicale et des pratiques coordonnées en équipe
- le salariat pour tous les professionnels sans incitation au productivisme
- une évaluation non seulement économique, mais également qualitative

Cette expérimentation se déroulant sur plusieurs années, est décisive pour créer une vraie alternative au paiement à l'acte, réorienter les financements de l'Assurance Maladie vers la pertinence des soins, organiser la prise en charge, au sein d'une équipe, des patients complexes, aboutir à une meilleure utilisation des financements socialisés des dépenses de santé.

Pour conclure

Le parcours des centres de santé s'est inscrit dans les pratiques adaptées aux besoins de la société, de la population et des professionnels de santé. Ils ont été un levier puissant pour permettre la modernisation de l'organisation de l'ambulatorio, que ce soit à l'époque de l'hygiénisme ou des pathologies chroniques, de

la construction d'un modèle d'équipe portant une médecine fondée sur des preuves, de l'intégration des technologies modernes ou de la mise en place d'une coordination sanitaire étendue à la dimension sociale. Ils permettent enfin de promouvoir l'innovation et d'évaluer leur pratique.

Les centres de santé poursuivent cette route, permettant la création et l'intégration de nouveaux métiers et s'affranchissant d'un mode de rémunération sclérosé, garantissant l'accès aux soins sur tout le territoire en appui aux politiques publiques de santé.

Cette modernité est la force des centres de santé, ils seront plus que jamais un atout fort pour la modernisation du système ambulatorio.

Financer forfaitairement les centres de santé : évaluer les résultats et identifier les facteurs favorisant la réussite

Par le D^r Alain Beaupin,
Président de l'Institut Jean-François Rey

L'article 51 de la Loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale prévoit la possibilité de financer des prestations nouvelles et des modes d'organisation innovants. Dans ce contexte, le projet d'expérimentation nationale EPIDAURE-CDS porté par l'Institut Jean-François REY (IJFR) avec plusieurs équipes de centres de santé (CDS) a été retenu par les pouvoirs publics en ce début septembre 2018. Si tout se passe comme prévu, pour les CDS participants, la totalité des facturations à l'acte (consultations, soins infirmiers, visites à domicile, éducation, prévention, soins dentaires, demandes de soins non programmés, télé-médecine, etc.) sera remplacée par un forfait annuel attribué au CDS pour chaque patient pris en charge. En contrepartie, le projet Epidaure-CDS prévoit de mettre en place, dans les CDS participants, des pratiques de soins innovantes. Innover radicalement et s'en donner les moyens. Mais qu'en sera-t-il de l'évaluation? Comment s'assurer que l'argent investi aura été bien employé? Comment évaluer en confiance? Comment tourner la page des indicateurs biomédicaux et de leur corollaire, la bureaucratie? Comment remettre l'humain au cœur des pratiques médicales? Tels sont les enjeux que nous évoquerons ici.

En finir avec les indicateurs biomédicaux

Nous formulons l'hypothèse qu'il est possible de penser l'action médicale de manière globale et de s'abstraire des logiques en silos. Silos par pathologies, silos des parcours construits autour de la maladie et non pas de la personne. Conséquences d'un certain académisme de la pensée médicale, avec ses *spécialités* biomédicales dont chacune est en quelque sorte enfermée dans ses limites, limites des organes dont elle s'occupe (le cœur, les poumons, la peau, ...) ou de ses techniques. Schémas de pensée usuels dans lesquels on en revient le plus souvent à proposer des *parcours* bordés d'*indicateurs*.

Est-il possible d'inventer autre chose? D'imaginer des solutions adaptées à chaque patient? Dépassant les cloisonnements entre acteurs, ville d'un côté, hôpital

de l'autre, soins contre prévention? *care* contre *cure*? C'est notre souhait.

Dans le dossier qu'elle a déposé durant l'été, l'équipe projet de l'IJFR⁽⁵⁾ affirme qu'elle souscrit à l'hypothèse que l'impact médico-économique de l'expérimentation Epidaure-CDS soit un des critères principaux de jugement. Elle rappelle une première étude Epidaure-CDS menée par les CDS, conduite par la FNCS avec l'IRDES en 2009. Cette étude avait montré que la patientèle fréquentant les CDS était plus précaire que la population générale et que ces établissements contribuaient à la lutte contre les inégalités sociales de santé⁽⁶⁾. L'étude suggérait également un moindre coût des prescriptions médicamenteuses, observation qui allait dans le sens des attentes des équipes. Les données accessibles à l'époque n'avaient pas permis d'étudier l'impact éventuel des CDS sur le recours à l'hôpital et au secteur médico-social.

La Cour des Comptes pour sa part relève les « *difficultés liées notamment au caractère fragmenté des prestations, à la faiblesse des études médico-économiques intégrant soins de ville et soins en établissements de santé et à la complexité de modélisation des parcours de prise en charge d'un patient souffrant d'une maladie chronique*⁽⁷⁾ ».

Il est désormais possible de soutenir la thèse que les critères de jugement construits sur la base du modèle biomédical issu de la seconde moitié du vingtième siècle⁽⁸⁾, critères souvent intermédiaires au demeurant, ont produit leurs effets maximums dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins. Le temps est venu d'adopter d'autres points de vue sur les soins, en phase avec ceux des patients et des soignants.

5 Intitut de recherche Jean-François Rey

6 Les personnes recourant aux 21 CDS de l'étude Epidaure sont-elles plus précaires? IRDES, QES 165, mai 2011

7 Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie - novembre 2017, p. 100

8 Mirko D. GRMEK, le concept de maladie, in Histoire de la pensée médicale en occident, seuil 1995

Des pistes pour l'action

L'amélioration de la pertinence des soins est devenue un objectif très partagé socialement. On le sait désormais, 30 % des ressources affectées aux soins sont consommées par des actions médicales inutiles. En regard de quelles cibles pourrait-on mieux agir ? Le champ est vaste, citons ici trois pistes, d'autres idées sont mentionnées dans le dossier de candidature à l'expérimentation nationale déposé en juillet dernier⁽⁹⁾.

La pertinence des prescriptions médicamenteuses au long cours

Dans le cadre d'Epidaure-CDS il est envisagé d'agir sur la pertinence des traitements médicamenteux au long cours. Les équipes de centres de santé se proposent d'investir la problématique des prescriptions inutiles de médicaments, voire des prescriptions nocives, notamment chez les patients porteurs de maladies chroniques.

La non reconnaissance des victimes de psycho traumatisme

Que sait-on aujourd'hui des relations entre troubles psychiques consécutifs à un psycho traumatisme et troubles somatiques ? La littérature médicale sur le sujet est abondante⁽¹⁰⁾, elle est bien connue des spécialistes du psycho traumatisme. Et parfaitement ignorée des autres médecins. Un rapport de l'Igas consacré à la chirurgie bariatrique⁽¹¹⁾ est paru cette année. Dans notre pays on opère beaucoup les obèses, *trop* dit le rapport. Parmi les victimes de cette chirurgie mutilatrice, combien de victimes de psycho traumatisme, de personnes porteuses de séquelles de violences intrafamiliales - viols, inceste - méconnues, doublement victimes donc ? On l'ignore. Pouvons-nous mieux faire ? Sans doute.

Les soins aux malades psychiques

Selon une étude récente de l'IRDES⁽¹²⁾, les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères ont une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée multipliée par quatre par rapport à la population indemne de ces troubles. Comme le relèvent

les auteures, « *les constats relatifs à la surmortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères sont donc d'autant plus frappants qu'ils seraient en grande partie liés à des facteurs sur lesquels il est possible d'agir, à court terme, par des actions de prévention auprès de ces individus ou par une offre de soins plus adaptée à leurs besoins* ». L'étude a été réalisée à partir des données du Système National des Données de Santé pour l'année 2014. Elle soulève bien des questions sur notre capacité collective à conjuguer soins psychiques et soins somatiques.

Innover en équipe pour mieux agir

Un terrain favorable

Le projet Epidaure-CDS est porté par des équipes de soins primaires ayant atteint un niveau de maturité avancé. Les médecins et les autres professionnels sont salariés, sans influence de leur activité individuelle facturable sur le niveau de leur rémunération. Le dossier médical partagé pluriprofessionnel, les réunions de concertation pluriprofessionnelle et les actions de DPC⁽¹³⁾ en sont les instruments privilégiés. Les CDS sont dirigés par un médecin-directeur. Celui-ci exerce la médecine générale, encadre des étudiants, recrute et anime l'équipe médicale et paramédicale, au sein de laquelle diverses responsabilités peuvent être déléguées. Le cas échéant, il est en charge de la direction de la santé dans la ville (prévention, hygiène, ...). Il est appuyé par une direction administrative en charge des fonctions support.

Dans ce cadre organisationnel évolué, l'autonomie et l'indépendance professionnelle s'entendent au sein de l'équipe, la régulation et le contrôle étant exercés par les pairs, en toute indépendance par rapport à la hiérarchie fonctionnelle médicale. Le dossier médical partagé pluriprofessionnel, les réunions de concertation pluriprofessionnelle et les actions de DPC en sont les instruments privilégiés. Telle est la situation actuelle, le projet Epidaure-CDS mobilise des centres de santé animés par une direction médicale et offrant un terreau favorable au travail en équipe.

Libérer les équipes de CDS du paiement à l'acte

La principale source de recettes des CDS reste la facturation à l'acte, malgré les quelques avancées de l'accord national. Apportant des revenus forfaitaires en complément de la tarification à l'acte, l'accord national des CDS a fourni aux acteurs des CDS des repères utiles pour améliorer les pratiques organisationnelles (réunions

9 Sur le site de l'Institut Jean-François REY, ijfr.fr

10 http://www.institutdevictimologie.fr/publications/bibliographie_77.html

11 Situation de la chirurgie de l'obésité, D^r J.Emmanueli, V.Maymil, P.Naves (IGAS), avec le concours de C-T.Thuong, interne en santé publique, janvier 2018 - N° 2017-059R

12 Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes), Questions d'Économie de la Santé n° 237, septembre 2018

13 Développement professionnel continu

d'équipe pluripro, horaires d'ouverture au public, visites à domicile, ...) mais sans pour autant toucher à la *boîte noire* des pratiques médicales, cœur de métier des CDS.

En matière d'action sociale, préventive et curative, lorsque des équipes et des gestionnaires attachés au bien public ont produit des avancées, celles-ci restent non facturables à l'assurance maladie. Dans le paiement à l'acte traditionnel en CDS, vestige des conventions libérales des années soixante, les dépenses du CDS, salariales pour l'essentiel, sont fixes tandis que les recettes dépendent des actes facturés, sans corrélation avec le contenu réel de la prestation produite. D'où une contradiction structurelle entre logiques médicales centrées sur les patients et impératifs budgétaires du CDS. Relevons, pour être complets, que certains gestionnaires de centres de santé, mutualistes notamment, ont cru pouvoir dépasser cette contradiction en rémunérant leurs praticiens au pourcentage des actes facturés à la sécurité sociale. Sans succès.

Comment évaluer les équipes ?

Répétons-le à nouveau afin d'éviter toute ambiguïté, l'efficacité médico-économique de l'expérimentation nous semble devoir être un critère de jugement essentiel. Autres critères de jugements majeurs, la satisfaction des patients et la satisfaction des professionnels⁽¹⁴⁾, mais ce n'est pas l'objet du présent document, nous ne les évoquerons pas ici. Reste donc à comprendre pourquoi certaines formes d'équipes se montreront plus performantes que d'autres, à identifier les éléments explicatifs et à en apprécier la reproductibilité. Quelles formes d'organisation sont favorables à l'amélioration de la qualité des soins ? Partons de l'hypothèse que les soignants ont plutôt envie de bien faire leur travail, de rendre à leurs patients des services utiles, et d'en retirer la satisfaction d'exercer un métier qui a du sens.

L'intelligence collective existe

Les bonnes pratiques médicales sont chaque jour un peu plus fondées sur des données probantes, ce qu'on appelle l'Evidence Based Medicine, plutôt que sur des croyances collectives, sur la prise en compte d'intérêts industriels, ou sur les arguments d'autorité d'influents leaders d'opinion. Pourquoi ne pas s'inspirer de cette évolution et adopter une démarche analogue, dans le cadre du projet Epidaure CDS, afin de faire évoluer les pratiques en équipe dans les CDS sur la base des connaissances issues de la littérature scientifique.

Illustrons l'idée par un exemple. Les résultats d'une étude expérimentale étudiant l'intelligence collective pourraient inspirer les équipes participant au projet Epidaure CDS⁽¹⁵⁾. On trouve une description de cette étude dans un récent ouvrage de Thomas Coutrot, économiste et statisticien, ouvrage dont nous recommandons la lecture⁽¹⁶⁾. Les chercheurs ont réparti aléatoirement 699 individus dans des groupes de 2 à 5 personnes auxquels ils ont soumis divers problèmes : résoudre une énigme, assembler un puzzle, négocier en situation de pénurie. Premier résultat, les groupes qui réussissent mieux à l'un des tests, réussissent également mieux aux autres tests, les auteurs parlent d'intelligence collective.

Quels sont les facteurs généraux favorables à l'intelligence collective ?

Très peu l'intelligence individuelle des membres du groupe (le IQ moyen du groupe), rien du côté de la motivation des membres, de leur sérénité, ni de l'homogénéité du groupe. À leur grand étonnement les chercheurs identifient finalement trois facteurs augmentant l'intelligence collective d'un groupe : l'égalité du temps de parole entre les membres du groupe, la capacité des membres à être en empathie avec les autres membres du groupe, la proportion de femmes dans le groupe.

Comme le relève avec humour Thomas Coutrot, *l'expérience prouve qu'un groupe de personnes ordinaires où la parole circule et où les participants sont attentionnés envers les autres aura en moyenne des résultats très supérieurs à un groupe masculin dirigé par un leader super-intelligent et charismatique.*

On lira également dans le même ouvrage⁽¹⁷⁾ les résultats du projet de recherche « Aristote » lancé par Google. Ce projet avait pour but de déterminer pour les propres besoins de Google la composition optimale d'une équipe de travail. La recherche a mobilisé d'énormes moyens pour aboutir à une conclusion banale en psychologie du travail. Citons à nouveau Thomas Coutrot : « *ce qui compte pour l'efficacité d'une équipe, ce n'est pas la*

14 Voir le dossier de candidature Epidaure-CDS sur le site de l'IJFR.

15 Anita Williams Wooley, Christopher F. Chabris, Alex Pentland, Nada Hashmi, Thomas W. Malone, « Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups », *Science*, 330, 686, 2010

16 Thomas COUTROT, *Libérer le travail*, SEUIL, mars 2018, p. 229. Voir aussi http://www.xerficanal-economie.com/emission/Thomas-Coutrot-Liberer-le-travail-face-a-l-obsession-du-controle_3745949.html

17 Idem, p. 233

composition sociologique ou démographique ni la personnalité de ses membres, c'est qu'elle ait le temps et les ressources nécessaires pour se doter de règles autonomes qui organisent la coopération et assurent la sécurité psychologique des participants. Cette sécurité n'est compatible ni avec une compétition exacerbée, ni avec d'importantes inégalités de pouvoir au sein du groupe, ni avec des situations de précarité d'emploi ou de statut ».

Si c'est Google qui l'a trouvé...

Des idées pour rendre les équipes de CDS plus performantes ?

Sur la base des travaux précédemment cités, il serait intéressant de vérifier les relations entre performance médico-économique des équipes, forme d'organisation et relation entre les membres. En d'autres termes, lorsque la qualité des soins est jugée meilleure, quelles sont les caractéristiques des équipes qui pourraient avoir exercé une influence favorable ? En première approche, ça pourrait donner ce type de grille, forcément partielle, imprécise, voire fautive par certains aspects, c'est le lot commun d'une idée martyre, le lecteur voudra bien nous en excuser.

Critères d'évaluation de la qualité d'une équipe de CDS (pistes de réflexion)

Egalité du temps de parole entre les membres du groupe

Empathie réciproque au sein de l'équipe

Proportion de femmes dans le groupe

Temps et moyens suffisants

Autonomie de l'équipe pour s'organiser

Équilibre entre les pouvoirs au sein de l'équipe

Sécurité psychologique pour les individus

Sécurité professionnelle salariale

Redisons-le, si l'idée devait être retenue, commenceraient alors les études préalables, la recherche bibliographique, la recherche de compétences en la matière, sociologues et d'économistes par exemple. L'idée est lancée, certains lecteurs auront peut-être d'emblée des suggestions, des propositions, ou des désaccords. Faut-il poursuivre ? Comment ? Le débat est ouvert.

**« J’aspirais à exercer une médecine globale,
complète, sociale, qui ait du sens... »**
**Interview du D^r May, médecin directeur du centre
de santé de Malakoff et directeur de la santé**

Par Mme Isabel De Bary, journaliste

Mme Isabel De Bary: Quelle est votre fonction et quel est votre métier?

D^r May: Ma fonction... je suis actuellement directeur de la santé et médecin directeur des centres municipaux de santé de la ville de Malakoff. La direction de la santé est une direction récemment créée, qui a un peu plus de deux ans mais qui a pris du temps pour se mettre en place. Il n’y avait pas de cadre prédéterminé, pas de moyens dédiés, et on est au tout début, tout début de la mise en place de cette direction de santé, qui n’existait pas auparavant. Elle était plus ou moins assurée directement par une directrice générale adjointe.

Dans mon champ d’intervention, j’ai les centres municipaux de santé. J’ai aussi à gérer un service de soins infirmiers à domicile. Et il y a le champ de la prévention et de l’animation locale, territoriale, de la santé et de la coordination des acteurs, quand la ville, évidemment, imagine qu’elle doit intervenir – en tous les cas, se doit d’intervenir.

La première création n’est pas du tout originale par rapport à d’autres territoires, mais pour nous, le plus visible, c’est la création du conseil local santé mentale, par un décret du printemps dernier, et qui est, on va dire, la première réalisation de la direction santé.

Sinon, je suis médecin généraliste. Je suis toujours médecin, c’est-à-dire que je pratique, et l’une de mes difficultés est donc de pouvoir concilier l’ensemble de mes missions à la fois de médecin et de directeur de la santé. En fait, j’ai été embauché il y a vingt-deux ans au centre de santé de Malakoff, d’abord comme médecin généraliste temps complet. Avec le temps, je me suis investi et je suis devenu directeur adjoint du centre de santé avant de prendre la direction d’un centre de santé en 2010. Et après, c’est la création de la direction de la santé dans une volonté de Madame la maire d’étendre le champ et de donner aussi plus de visibilité à un certain nombre d’actions déjà menées par la ville de Malakoff mais qui étaient peut-être un peu masquées par l’omniprésence de cette structure et d’un deuxième centre. Nous avons en effet deux centres municipaux à

Malakoff. C’est remarquable pour une ville de trente-un mille habitants, et en sachant que ces centres de santé reçoivent à peu près de dix mille à dix-huit mille patients par an pour environ soixante-dix mille actes, actions réalisées.

Mme Isabel De Bary: C’est énorme!

D^r May: Oui, c’est tout à fait considérable. **Un habitant sur deux passe effectivement dans ce centre au cours de l’année.** Tous ne sont pas suivis par les médecins généralistes. Un certain nombre ne viennent que pour les services médico-techniques (radio, imagerie, laboratoire, chirurgie dentaire) et on a aussi des médecins spécialistes. Il y a d’ailleurs une collaboration avec tous les acteurs de terrain, qu’ils soient hospitaliers ou avec nos collègues de bureau au conseil de santé.

C’est une institution, le centre de santé! Il a été créé en 1939. On va fêter ses 80 ans en début d’année prochaine. Un deuxième centre de santé a été créé au début des années quatre-vingt, c’est le centre de santé Henri-Barbusse, de plus petite taille et où il n’y a pas tout l’équipement médico-technique. Il avait vocation à offrir des soins de proximité sur un territoire un peu particulier, au sud de la ville de Malakoff, et qui bénéficie en ce moment d’une rénovation et d’une augmentation de ses capacités avec deux cabinets de médecine générale supplémentaire. On y passerait de trois à cinq cabinets de consultation. On y développera aussi une nouvelle pratique. En termes de service public, c’est aussi une offre de soins accessibles à tous et à toutes, avec une pratique d’IVG par aspiration ambulatoire, qui est maintenant une pratique autorisée, bien encadrée et qui complète évidemment, pour les femmes, le choix qu’il peut y avoir sur le territoire entre l’IVG médicamenteuse, l’IVG en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire. On va donc avoir cette activité qui va débiter dans les nouveaux locaux à partir de janvier. C’est un grand projet.

Mme Isabel De Bary: Vous avez toujours pratiqué dans le service public? C’est un choix de départ?

D^r May : Le temps passe... J'ai fait évidemment, comme tout le monde mes études et mon internat (qu'on appelait alors le résidanat) de médecine générale à l'hôpital public, ou dans des hôpitaux de service public ou y participant. À l'issue de ces études, après avoir prolongé de quelques semestres mon activité dans les établissements de santé, il fallait que je me décide. Comme tout le monde, j'ai fait des remplacements en médecine libérale et je n'ai pas été convaincu. Donc, à un moment, j'ai cherché ma voie et j'ai eu la chance d'avoir une longue période de remplacement dans ce centre de santé. Comme il créait un poste à ce moment-là, j'ai postulé et j'ai eu la chance d'être choisi. Là, ça répondait à toutes mes aspirations qui curieusement, aujourd'hui, semblent être les aspirations des jeunes professionnels de santé et plus particulièrement des jeunes médecins ! C'est-à-dire que **j'aspirais à travailler dans une équipe, j'aspirais à être évidemment totalement détaché des tâches administratives, j'aspirais à bénéficier d'un plateau médico-technique et de conditions d'exercice les meilleures possible pour essayer de pratiquer la meilleure médecine possible. J'aspirais à exercer une médecine globale, complète, sociale, qui ait du sens.** Et le salariat ne me posait aucun problème puisque je sortais de l'hôpital et que j'avais évidemment tâté du libéral. C'est formidable, le libéral, bien sûr... C'était semble-t-il au départ une rémunération tout à fait exceptionnelle, mais ce n'était pas la chose qui me motivait le plus et vous vous rendez compte assez vite que tout ça est assez compliqué à gérer. Ce n'était en tout cas pas des éléments qui me motivaient dans le choix de l'exercice de la médecine.

Mme Isabel De Bary : *C'était un choix !*

D^r May : C'est une rencontre, la rencontre du centre de santé. Je connaissais parce que j'habitais Montreuil et j'avais pu le fréquenter une fois ou deux en tant qu'adolescent pour une consultation. Je n'aurais pas pu imaginer que. Mais quand vous faites vos études de médecine – et c'est comme aujourd'hui, même si les choses ont un peu changé –, personne ne vous parle des centres de santé. On entend un tout petit peu parler de la médecine du travail, de la médecine de PMI, de la médecine scolaire, mais la médecine salariée de soins dans les centres de santé, personne n'en parle. Il faut donc vraiment que ça soit la chance. Il faut vraiment que vous ayez la chance de pouvoir croiser un jour un centre de santé, qui cherche, qui plus est, un médecin et que vous franchissiez la porte. Ça s'est passé pour moi et ça a été la révélation. Et après, je n'ai pas lâché, au point de devenir un militant, promoteur, accompagnateur. J'ai

d'autres fonctions au niveau national. Je suis président du syndicat des médecins de centres de santé et responsable du congrès national des centres de santé, qui se tient les 11 et 12 octobre prochains et dont le titre sera « Pour un service public de santé de proximité ».

Mme Isabel De Bary : *Dans le cadre de vos responsabilités, avec quels services publics êtes-vous plus particulièrement en relation ?*

D^r May : On va essayer de ne pas oublier parce que c'est vaste. Commençons avec les services de la ville. On a une collaboration avec les services de la ville. Il y a des services avec lesquels on a plus de collaboration, en termes fonctionnels ou de projets, qui sont par exemple le centre d'action sociale, aujourd'hui la direction nouvellement créée de la solidarité, mais qui étaient aussi des centres sociaux, ou qui peut être aussi la direction de la tranquillité pour les problématiques comme la santé mentale, etc. Donc, il y a d'abord les services de la ville. Ensuite, sur la santé, nous sommes en lien avec tous les acteurs du territoire. En termes de service public, il y a des enjeux très importants puisque vous avez d'une part les hôpitaux de service public dont la part de l'APHP, avec Antoine-Béclère sur le territoire, le gros pôle hospitalier du territoire et qui couvre Malakoff. Il se situe à Clamart.

Il y a ensuite l'hôpital psychiatrique Paul-Guiraud adultes ; il est à Villejuif mais a une antenne à Clamart, juste en face d'Antoine-Béclère. Pour la psychiatrie enfants, c'est Érasme, l'établissement de santé pour enfants situé à Antony. Mais il faut bien voir, par exemple, que les deux hôpitaux psychiatriques ont leur antenne. C'est sectorisé. Vous avez donc le CMP adultes et le CMP enfants, et les deux sont présents à Malakoff, le premier est ici et le second dans les quartiers sud. Ce sont des partenaires. Je parlais de la santé mentale.

Vous avez l'hôpital Saint-Joseph, Paris 14^e, un hôpital privé à but non lucratif et participant au service public. C'est un partenaire de très grande proximité. Vous avez, si j'ose dire, une antenne de l'hôpital Saint-Joseph, qui est le centre de santé Marie-Thérèse, un centre de santé associatif géré par l'association Marie-Thérèse et qui a en fait donné délégation de gestion à l'hôpital.

Vous avez donc un réseau sur le plan de la santé publique, et pour lequel il y a évidemment des enjeux à la fois de développement, de consolidation et d'adaptation aux problématiques de santé du territoire, de la population. Nous sommes d'ailleurs aujourd'hui

sur un très gros projet de partenariat avec l'APH, avec le groupement hospitalier de territoire Antoine-Béclère – Le Kremlin Bicêtre, et nous sommes tout près de signer en fin d'année des conventions de partenariat, de mise à disposition de personnels hospitaliers et d'accès facilité à des consultations spécialisées et aux plateaux techniques des hôpitaux.

On vient de créer le conseil local de santé mentale et on met en place un partenariat dans les CMP et le GHT psy Paul-Guiraud, qui auront donc une place privilégiée au sein du conseil local de santé mentale.

On a autour des structures non publiques, mais le projet que nous portons, que porte la ville et pour lequel j'ai mandat de le mettre en œuvre, est clairement de développer, de renforcer tous les parcours de santé de service public pour nos patients. Et c'est logique.

Mme Isabel De Bary: *Vous expliquez en fait qu'il y a d'un côté les services municipaux et de l'autre les outils qui sont sous autorité régaliennne d'État... Y a-t-il d'autres outils sous la responsabilité du département et du territoire qui est une nouvelle donne!*

D^r May: Le territoire n'a pas de compétence santé. Il n'intervient que dans le cadre d'une prestation de service: l'élimination des déchets; on pense en effet aux ordures ménagères mais cela recouvre aussi les déchets médicaux. On a donc une relation et il ne faut pas surtout pas l'oublier! Il faut donc cultiver de bonnes relations parce qu'on a vu qu'on avait besoin parfois de leur demander des choses par rapport aux déchets médicaux.

Ensuite, on a le département, évidemment. Les prérogatives du département sont la prévention et la gestion des services de protection maternel et infantile. Ces services sont sur le territoire... enfin, ce qui en reste puisqu'il n'en reste plus qu'un, juste à côté. Il y a une diminution absolument considérable de ces services de Protection maternelle et infantile (PMI).

Il y a clairement une restriction considérable des missions. J'ai envie de dire « une réinterprétation des missions », au sens où il y a des consignes de directives de la part de notre président, M. Devedjian, qui sont très claires sur la limitation d'un certain nombre de missions et de services de ces PMI, pour une population qui devrait théoriquement être prise en charge, certes avec d'autres mais bien par les services de PMI. On pense par exemple aux personnes sans droits. Aujourd'hui, il y a des directives où les services de PMI ne prennent plus en charge ces personnes alors que cela fait partie de leurs missions. Ils doivent systématiquement les

ré-adresser aux permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux.

Et cela s'est d'ailleurs fait sans aucun accord préalable et aucune information préalable auprès de ces hôpitaux puisque nous avons bien évidemment été confrontés à cette décision de manière très brutale. J'ai appelé mes partenaires hospitaliers pour leur demander ce qui se passait et s'ils étaient informés de la décision du département; non, ils n'étaient même pas informés! L'Agence régionale de santé n'était même pas informée!

Mme Isabel De Bary: *Alors même si les gens qui vont à la PMI en ont vraiment besoin!*

D^r May: C'est ça! La PMI reste un service de proximité. L'hôpital est évidemment une structure extrêmement importante mais elle a des missions qui lui sont propres, et en plus, on va dire que les services rendus sont des services tout à fait spécifiques et en deuxième ligne. L'hôpital n'a pas à être positionné en première ligne à partir du moment où on en a la capacité via des services dédiés.

Nous ne sommes pas les seuls, mais Malakoff a la particularité de gérer les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) par délégation du département. Nous avons donc un centre de planification et d'éducation familiale dans chaque centre de santé. Eh bien, cette délégation est interrogée sur l'avenir, actuellement par le positionnement du président: clairement, les objectifs qui deviennent avant tout quantitatifs. Ils ne vont plus prendre en compte ce côté qualitatif qui est: qu'est-ce que nous faisons de ces CPEF?

Aujourd'hui, tout se borne à savoir combien de jeunes femmes de moins de 25 ans les CPEF ont reçues. Or la planification ne s'adresse pas qu'aux jeunes femmes de moins de 25 ans! Elle est beaucoup plus large que ces seules missions, parce qu'ils amènent à la contraception... Ils ont même retiré les conseils ou l'aide à la parentalité. Les problématiques de couple, les violences faites aux femmes et la santé sexuelle au sens large ne sont actuellement pas prises en compte dans les tableaux d'évaluation des CPEF. Le seul truc à dire dans ces tableaux, c'est en gros si la personne a bénéficié d'un conseil, d'une contraception, d'une pilule du lendemain ou d'un conseil à l'IVG.

Mme Isabel De Bary: *Au niveau des structures sous autorité de l'État ou des collectivités, en dehors du service municipal, cela veut dire qu'ils sont en train de mettre en concurrence les services publics?*

D^r May: Il y a actuellement une mission parlementaire sur la PMI, et je viens de l'apprendre ce matin par une

indiscrétion venant du cabinet de la ministre : la question de re-centraliser la gestion des missions de la PMI se pose. Cela veut dire que ce serait potentiellement repris en main et transféré directement aux Agences régionales de santé (ARS), sous le prétexte qu'il y a aujourd'hui la carence d'un certain nombre de départements dans leurs missions. Or le problème n'est pas que le département n'est pas le bon territoire ; il est le bon territoire, et je serais très inquiet si tout était centralisé sur les ARS.

Le problème est que certains choix, clairement politiques, ont pour conséquences de ne pas mettre en œuvre correctement les missions qui sont dévolues aux départements.

Aujourd'hui, ce qui est questionné, c'est la politique. Clairement, l'orientation donnée aux services publics, qui sont absolument essentiels... C'est comme la prévention. Tout le monde n'a que cela à la bouche, mais on le voit et on le constate : ça ne fait que se réduire. Et on n'a pas encore parlé de la médecine scolaire...

Ça se réduit comme peau de chagrin. Les moyens sont de plus en plus réduits. L'accessibilité à ces services devient quasiment nulle. Et on pourrait parler des Espaces départementaux d'actions sociales (EDAS), les anciennes assistantes sociales, qui fondent aussi comme neige au soleil, et qu'on envoie en plus, pour des problématiques particulières, à Châtenay. On se retrouve devant une diminution du maillage des services publics sur le territoire. Malakoff est touchée comme les autres. Les Hauts-de-Seine sont fortement touchés par la politique menée par la majorité politique du département. On entretient des réflexions qui iraient vers le retrait encore plus important des moyens aux collectivités territoriales.

Il y a un paradoxe, c'est-à-dire que d'un côté on transfère en permanence des missions nouvelles sans moyens supplémentaires – Mme la maire et le directeur général des services vous en parleraient bien mieux que moi –, et d'un autre côté, là où les moyens existent, où les missions sont clairement précisées et où il y a des financements, eh bien, brutalement, il y aurait une remise en cause des pouvoirs, ou en tout cas des compétences des collectivités pour mieux se les approprier. Et tout ça pour faire quoi ? Pour récupérer les moyens, diminuer à nouveau les moyens. Une fois que ça sera re-centralisé sur les ARS, on peut attendre à ce que les actions des PMI soient encore et encore un peu plus atteintes, négativement impactées.

Mme Isabel De Bary : *D'où cette idée récente de créer une direction de santé municipale ?*

D^r May : Je crois qu'une analyse disait bien que les enjeux étaient très importants. Vous savez, on voit

bien que parmi les priorités des Français, il y a certes l'emploi mais la santé arrive à des niveaux très, très élevés, en deuxième ou troisième position dans toutes les enquêtes d'opinion.

Aujourd'hui, on est confronté à plusieurs problématiques. La première est l'accès aux soins tout court, c'est ce qu'on appelle la désertification médicale. Malakoff est en zone prioritaire d'ARS cette année. Le directeur de santé analyse depuis quelques semaines certains éléments simplement quantitatifs. Au niveau des offres de soins de médecins généralistes, sur les treize médecins généralistes actuellement sur la commune, on sait que la moitié, à peu près, vont quitter le territoire entre 2020 et 2022/2024. C'est donc à très court terme. Il n'y a quasiment aucun spécialiste exerçant en médecin libéral sur la ville. L'offre de soins est donc extrêmement concentrée sur les centres de santé municipaux, avec en plus celui de Marie-Thérèse. Mais même avec ces centres de santé, le départ brutal de tous ces médecins à la retraite ne va pas être compensé, et il fallait donc l'anticiper et y réfléchir. Cette problématique a été très tôt prise en charge avec, en premier lieu, la création de la direction générale de la santé et son lancement – qui, entre parenthèses, n'est pas financée par l'ARS sous prétexte que notre Indice de développement humain (IDH) est trop élevé par rapport à la moyenne du département, et c'est donc à la charge totale de la municipalité ! Cela relève donc bien d'une décision politique de la municipalité. Aujourd'hui, nous faisons donc un certain nombre de choses, et il s'agissait ensuite de les recenser, d'anticiper les besoins et de s'y adapter. Au-delà du soin avec le centre de santé, il s'agissait, en termes de prévention et de promotion de la santé, d'avoir une démarche complète, globale de santé. Et c'est ça qui a guidé la création de la direction de la santé.

Mme Isabel De Bary : *Cela veut dire que vos centres de santé sont déficitaires économiquement, ou qu'ils arrivent à s'équilibrer ?*

D^r May : On ne parle pas encore comme ça à Malakoff ! On est par ailleurs tout à fait honnête. Il y a bien sûr une subvention municipale, c'est-à-dire qu'il y a chaque année une compensation au bon fonctionnement des structures. Il y a par contre une politique, de toujours, d'une grande transparence sur les comptes du centre de santé, sur le coût du centre de santé pour la collectivité, et je suis surtout mandaté, comme l'était mon prédécesseur, pour maintenir ce coût dans un cadre déterminé. Il s'agit d'éviter tout dérapage, etc.

Ensuite, pour ce qu'on fait en termes de soins, il faut distinguer ce qui est aujourd'hui financé par les

actes ou par notre convention particulière de ce qui ne l'est pas. Là, il faut bien distinguer les activités qui sont à l'équilibre d'autres activités qui, évidemment, coûtent à la ville parce que les actes n'existent pas, parce que les financements n'existent pas, mais dont on sait pertinemment qu'elles bénéficient à la population. C'est un choix. On est là dans cet esprit de service public qui est de dire: la municipalité met en place des programmes, des actions au bénéfice de la santé de la population de Malakoff. Cela a un coût, c'est assumé politiquement et on est capables de le défendre. On est aussi capables de se battre et de réclamer auprès des autorités nationales pour qu'ils soient un jour financés. On se bat pour ça.

On a d'ailleurs un petit projet, en ce moment, un projet tout récent qu'on va essayer de mettre en place, et dont je dois discuter avec Madame la maire...

Mme Isabel De Bary: Il n'est pas encore public?

D^r May: Il est public mais on n'en est qu'à la première étape. On essaie de modifier le financement de ces centres de santé pour y intégrer justement des organisations nouvelles et dans un cadre qui ne soit pas celui de la rémunération à l'acte mais dans le cadre d'une rémunération globale, forfaitaire.

Il y a des enjeux derrière... Quand vous vous retrouvez avec le directeur de l'ARS et les représentants de la CNAM, eux s'imaginent tout de suite que ça va faire des économies... On leur dit « non, non! », et on leur explique qu'on veut surtout essayer d'améliorer la pertinence de nos actions, de nos soins. On leur demande bien de ne pas aller imaginer que cela allait faire des économies! Il y aura peut-être effectivement, si l'on regarde certaines de nos actions, des économies d'échelle, de l'efficacité à mettre en œuvre, mais il s'agit surtout que les autorités reconnaissent un certain nombre d'actions qui ont un impact territorial.

Je vous cite un exemple. Cet été, nous avons tout à fait identifié le fait que le centre de santé reçoit les patients des médecins libéraux. Pourquoi? Parce que les médecins libéraux partent en congé, ne se font pas remplacer et que les plus âgés savent très bien qu'une structure est ouverte toute l'année, y compris pendant l'été. Nous recevons donc tout l'été des patients qui, pour un motif X ou Y, pour une urgence ressentie, un besoin de renseignement, d'ordonnance qui n'a pas été renouvelée, viennent nous solliciter. Et nous les recevons. Donc, c'est bien une réponse aux demandes de soins non programmées, et elle n'est pas que pour nos seuls patients mais pour tous les patients du territoire. C'est donc une mission. Elle est pour nous d'intérêt

général – j'ai même qualifié cela de mission « d'intérêt territorial » – et elle mobilise les équipes du CMS au bénéfice des patients des autres médecins. Je demande donc que ce soit reconnu et que ce soit en tout cas partiellement financé, de façon à pouvoir mettre en place cette mission tout au long de l'année, de manière, évidemment, cohérente, dans le respect des médecins libéraux, dans le respect de leurs patients, et dans un cadre formalisé, protocolisé.

Cela fait partie des éléments du projet qu'on essaie de mettre en place. Vous avez peut-être entendu de ce grand débat sur la réponse à la demande de soins non programmés. Dans mes fonctions de président de l'union syndicale, je me balade dans toute la France et j'interviens dans des réunions publiques. À chaque fois on m'interpelle: « Accès aux médecins généralistes, deux à trois semaines partout »; « Pas de réponse le jour même, obligé d'aller aux urgences, de les encombrer »; « Pas de médecins, les médecins libéraux refusant de prendre de nouveaux patients tellement ils sont débordés » Il y a donc là des enjeux sur tous les territoires.

À Malakoff, on essaie d'anticiper ça et d'imaginer une organisation qui nous permette de répondre le mieux possible à ces besoins. Ils vont émerger sur le territoire. Si je prends aujourd'hui les patients, ils vont me dire, « Ah bien, non là, ça va! Le jour même, peut-être pas avec mon médecin traitant mais dans deux, trois jours, j'aurai un rendez-vous! » Très bien, sauf que quand la moitié sera partie en 2020-2024, ça sera fini! C'est donc aujourd'hui qu'il faut se préparer à ça. C'est donc le diagnostic territorial santé, l'analyse des besoins et, évidemment, demander aux autorités, ARS Ile-de-France et ministère (parce que ce projet passe par le ministère), de pouvoir expérimenter de nouvelles organisations, et toujours au service du public. Ici, nous ne développons rien qui ne soit pas au service de l'utilisateur. C'est un peu le message que je fais passer auprès des professionnels de santé, et même auprès de ceux qui bossent ici: on n'oublie jamais qu'une chose, c'est que quoi que l'on mette en place, on regarde le bénéfice pour l'utilisateur ou pas.

Ça peut parfois être un peu dur parce qu'il y a un moment donné où l'on propose de mettre en place telle ou telle organisation. Je comprends bien que l'organisation des gens qui bossent peut aider, mais je demande toujours: quel est le bénéfice? On va me dire, « si je travaille dans de meilleures conditions, forcément, je sais plus à même de. » C'est déjà une bonne réponse, mais il faut quand même aller plus loin et analyser en permanence quelles sont les actions que nous mettons en place et, au final, quel est le retour pour le patient et qu'est-ce qu'il peut en espérer. C'est l'esprit service public permanent.

Mme Isabel De Bary: Comment définiriez-vous le service public, et pas seulement termes de santé publique? Quels sont les mots que vous mettriez derrière?

D^r May: C'est toujours complexe de vouloir le retransformer, et on l'a tous intégré! Trois principes liés au service public sont pour moi essentiels, **le principe de solidarité, le principe d'égalité et le principe de neutralité**. Il y a peut-être d'autres choses mais avec ça, je pense qu'on peut s'y retrouver – en tout cas moi, je m'y retrouve.

La solidarité, c'est que personne n'est laissé sur le bord de la route, aucun territoire n'est abandonné, aucun administré ne se retrouve sans solution, sans réponse.

Au centre de santé, je dis qu'on n'a pas toutes les solutions, qu'on n'a pas toutes les réponses, mais par contre, quand quelqu'un vient, le service public ce n'est pas de lui dire, « oui, on fait ça » ou « non, non ne fait pas ça », c'est de lui dire, et avec le sourire: « Oui, on fait ça mais on le fera dans tels délais et c'est telle personne qui le fera » ou « Non, on ne fait pas ça, mais je vais par contre vous adresser à des personnes, et ces personnes sont elles aussi dans le cadre du service public. » Le pire, c'est le patient qui sort sans réponse et qui se dit qu'il est rentré là-dedans et en est ressorti sans réponse. Il y a donc la solidarité et derrière, évidemment, une disponibilité.

Et il y a bien sûr l'égalité, c'est le principe même du centre de santé.

Il y avait trois caractéristiques au centre de santé... On entend encore dire que ce sont des « tracteurs » « Les médecins qui y travaillent ne sont pas des médecins comme les autres, ce sont des médecins fonctionnaires! » Ici, on fait des visites à domicile et on participe à la permanence des soins ambulatoires; on fait de la médecine générale comme les médecins libéraux, évidemment!

Ensuite, c'est: « Ça coûte cher, les centres de santé! » Je tiens à en parler parce que c'est important. Cela dépend bien sûr du service public, mais un service public minimal, malheureusement minimal, d'offre de soins, on peut l'équilibrer, en centre de santé. Ça, on l'a démontré; ici, on va au-delà du service minimum.

Troisième chose, c'est: « **Les centres de santé, c'est pour les pauvres! Ce sont des médecins qui font de la médecine pour pauvres et ils ne font pas de la médecine!** » Le mouvement des centres de santé et Malakoff sont là pour en témoigner. Nous sommes en train de développer la meilleure médecine pour tous. Et c'est là où on a le principe d'égalité; **toute personne qui rentre ici, et ce quel que soit évidemment son statut, sa**

catégorie socioprofessionnelle, ses difficultés ou pas, ses revenus ou pas, eh bien, pour nous, on doit être en mesure de lui apporter la bonne réponse médicale ou un bon accompagnement médical ou médico-social.

Et ça, c'est vraiment le principe d'égalité, et on l'attend dans le service public, dans tous les services publics. Or on voit bien que ce sont des choses malmenées aujourd'hui, et fortement.

On parlait par exemple des services, des services sociaux du département, des permanences d'assistantes sociales, et on pourrait parler de la Sécurité sociale, et donc des différents lieux d'accueil de la Sécurité sociale. Or on fait sauter La Poste et tous les lieux d'accueil au prétexte qu'aujourd'hui, le numérique, la dématérialisation, les réseaux sociaux et les services en ligne... C'est aller vite en besogne! Et c'est justement créer, pour le coup, des inégalités de type numérique. J'ai entendu récemment une expression: aujourd'hui, on est capable de distinguer – c'est un peu plus important chez les personnes âgées mais c'est aussi vrai chez les jeunes – des gens qui sont dans l'incapacité d'utiliser les outils numériques, et qui se retrouvent en très grande difficulté en particulier pour ces services publics maintenant dématérialisés et pour lesquels on doit absolument passer par l'outil de l'ordinateur.

Aujourd'hui, par exemple, vous avez les jeunes qui ont majoritairement des smartphones, et qui n'ont pas forcément d'ordinateur; or l'usage du Smartphone pour accéder aux services publics est relativement complexe et n'est pas aussi simple et aussi complet qu'un ordinateur. La fracture numérique est réelle, elle existe, et donc, elle met à mal le principe d'égalité des services publics.

La neutralité, c'est qu'ici, on reçoit tout le monde et on n'a pas de jugements à porter. Il faut aussi y être très attentif. Il y a eu des débats il y a quelques années sur le port du voile et sur tous les signes d'appartenance religieuse. Il faut être attentif parce que ça peut vite dérapier. On a tous nos opinions, on a tous une réflexion, etc., et dans un service public, eh bien, tout le monde doit être accueilli, indépendamment de ce qu'il peut porter, y compris sur lui, comme signe d'une appartenance à une communauté, qu'elle soit religieuse ou pas. Peu importe. La neutralité est essentielle et c'est quelque chose, je pense, qui est plutôt propice à l'idée qu'on peut se faire de la paix en général, de la paix entre citoyens et entre communautés, et de la paix en général. Je pense que le service public doit être un modèle et doit être exemplaire là-dessus.

La tolérance et la neutralité ne sont pas tout à fait la même chose. La tolérance, c'est, au-delà de ses opinions, la capacité à pouvoir tolérer des choses qui... La neutralité,

c'est la neutralité, et c'est quelque chose d'absolument essentiel dans le service public.

Mme Isabel De Bary: Quelle visibilité, voire quelle lisibilité les services publics ont-ils dans la population ?

D^r May: La visibilité, c'est que nous sommes des fois invisibles parce que nous sommes plantés dans le paysage et tout le monde oublie, au bout d'un moment, que nous sommes des services publics, que nous participons à des services publics. Derrière, il y a des hommes et des femmes avec de l'implication. Pour les services municipaux, il y a une municipalité avec des choix de maintenir, de développer. C'est le principe que ça a toujours été là et que donc, c'est un dû... Je crois qu'il suffit de peu de chose... C'est peut-être un peu excessif, mais je crois qu'il ne faut pas non plus avoir une vision trop négative de nos usagers en pensant qu'ils ne sont pas sensibles à. Par contre, sans doute qu'il faut rappeler la qualité du service rendu, leur rappeler quand même que derrière, c'est toute une réflexion, tout un travail. Bon, c'est le fameux « fonctionnaires et service public bashing » On a adoré Coluche mais le jour où il a dit qu'« on passait notre temps à regarder la pendule » ou qu'on « bougeait les aiguilles de la pendule », un truc comme ça, c'était marrant mais bon... c'était facile! Mais ça nous poursuit, ça, et c'est malheureux.

En termes de visibilité, il y a sans doute quelque chose qu'il faudrait mettre en parallèle. Pour nous, par exemple, ce serait : « **Êtes-vous satisfait du centre de santé? Oui, mais vous vous souvenez que c'est un service public municipal?** » Il y a quelque chose à faire, partir quand même de la satisfaction parce que je pense que si l'on faisait une enquête sur le service public de la ville, je crois que la majorité des gens seraient satisfaits. J'ai ce sentiment-là, mais je me trompe peut-être.

Par contre, ils ont parfois oublié que c'était un service public et les investissements que cela nécessitait de la part de la ville et de lutte, pour la ville, pour le maintenir. Derrière, la meilleure façon de les défendre, c'est qu'ils y soient sensibles et soient capables de se mobiliser, et puisque nous sommes à l'époque des réseaux sociaux, de les valoriser. Je rentre au centre de santé ou dans n'importe quel service municipal, et sur Google, j'écris que c'est bien! Il y en a qui l'écrivent! Google vous autorise maintenant à pouvoir exprimer...

Alors, ça nous embêtait beaucoup parce que même s'il n'y avait pas eu beaucoup d'expressions, il y en avait eu une de négative au début, et même si tout le reste était positif, on ne voyait que la négative! C'était dommage. Il faut donc faire attention.

Pour la lisibilité, on en revient à démonter ce qu'est le service public pour mieux montrer à quel point c'est précieux, à quel point c'est utile, à quel point c'est pertinent et – je vous en ai parlé pour le centre de santé – à quel point c'est, je pense, efficace. Et on en revient à la pertinence : le service public apporte des bonnes réponses, et si on était dans une vision économique, on dirait que c'est efficient. Au vu de ce qu'on dépense, eh bien, on est beaucoup plus efficaces et beaucoup plus économes que ce qu'on veut nous dire, ou que ce que veulent parfois dire les adversaires du service public.

On le voit dans les centres de santé, et c'est pour cela que je vous disais qu'il fallait bien décortiquer ce qu'est le budget d'un centre de santé, ce qui est fait dans un centre de santé et en quoi, évidemment, ce qu'on appelle des déficits, ce sont des choix politiques qui sont assumés.

Aujourd'hui, j'accompagne des constructions de centres municipaux de santé dans toute la France, et ce dans des villes de toute couleur politique. La première, c'était en 2011 à La Ferté-Bernard, dans la Sarthe, et ça a fait un buzz terrible. C'est à droite, une terre filoniste. Le maire, Jean-Charles Grelier, était à l'époque sarkoziste et est maintenant député. Il était président d'une commission parlementaire sur les déserts médicaux et il est venu nous voir à Malakoff en 2011 parce qu'il était confronté à un désert médical. Il n'arrivait pas à réimplanter des médecins libéraux sur le territoire et n'arrivait pas à créer une zone santé qui lui convienne compte tenu de l'argent public qu'on lui demandait d'investir.

Il est donc venu ici se renseigner sur le modèle avec ses collaborateurs. On est resté une journée à travailler ensemble et il était convaincu très, très rapidement que le modèle pouvait justement être efficace sur son territoire. Cela pouvait être la bonne réponse sur son territoire, mais il m'a posé cette question : « mais économiquement ? » Je lui dis : « Vous voyez, tout ce qu'on fait ici, ça a un coût par la ville, c'est assumé politiquement et défendu, il n'y a pas de problème. La ville sait combien elle met et elle est heureuse de le mettre parce que derrière, c'est à la hauteur de ce qu'elle espère. Par contre, si vous me demandez d'équilibrer votre centre de santé à La Ferté-Bernard, on va équilibrer, mais simplement, il y a des choses que vous n'allez pas faire et vous allez devoir faire des choix. On va donc reprendre à partir de vos besoins les plus urgents et on va y répondre, et je vais vous le démontrer. » En fait, il n'avait besoin que de médecins généralistes, et c'était tout. Le reste était à peu près couvert et l'idée était évidemment d'intégrer le centre de santé avec les autres services publics du territoire, et y compris les acteurs libéraux qui pouvaient participer

aux services publics. Je pense qu'il faut en effet avoir une vision élargie. Donc on a mis en place le modèle d'un centre de santé purement médical, avec quatre médecins généralistes et ça répondait aux besoins.

Eh bien, un an après, en 2012, M. Grelier venait témoigner au congrès des centres de santé pour dire que c'était équilibré. Au printemps, nous étions auditionnés par la commission parlementaire Vigier sur les déserts médicaux. À un moment donné, la question du modèle économique des centres de santé a été posée, et c'est lui, M. Grelier, qui prit la parole pour dire qu'il pouvait témoigner qu'un centre de santé, c'était équilibré, puisqu'il en avait créé un dans sa propre ville et qu'il était tout à fait équilibré.

Derrière ces services publics, c'est toutes les histoires, tout le débat sur la gestion des mutuelles et de la Sécurité sociale. (*rires*). C'est ça : la gestion publique est tout à fait raisonnable, tout à fait rigoureuse et tout à fait adaptée. On peut toujours trouver des exemples d'entreprises qui font faillite et se cassent la figure, ou des exemples de modèles privés... Je ne vous citerai pas ces hôpitaux privés de sinistre mémoire, qui ne sont pas si loin d'ici, et qui ont planté les budgets des collectivités. Il y a des trucs invraisemblables de location de locaux hospitaliers à des investisseurs privés, à des niveaux absolument énormes et qui plantent les budgets des collectivités pour des dizaines et des dizaines d'années...

Mme Isabel De Bary : *Ce que vous dites sur le service public est intéressant ; quand on parle de la santé, on parle de choses vitales. On ne remet pas en question l'utilité d'un service de santé, je pense. Mais vous allez un peu plus loin en disant qu'on pourrait appliquer cet exemple des services publics de santé sur d'autres sujets.*

Dr May : Tout à fait ! Je pense qu'il faut l'appliquer sur d'autres sujets. On parlait de redonner de la lisibilité et de la visibilité. En fait, si on le fait, je pense qu'il ne faut pas craindre de regarder objectivement ce que font aujourd'hui les services publics, et tous les services publics. Il y a bien sûr partout des possibilités d'améliorer, y compris chez nous, en permanence le service. On y travaille. Il faut essayer d'améliorer la qualité et la pertinence du service, etc. Mais en analysant ce qu'on fait, on se rendra compte qu'on fait déjà des choses tout à fait formidables. Et je ne parle pas seulement de la santé ; je parle de tous les services publics.

Ce service est aussi à mon avis irremplaçable. Quand on parle de solidarité, d'égalité – et je parle bien d'égalité et non d'équité – et de neutralité, c'est irremplaçable. Rien ne vaudra jamais totalement le service public et les services publics. Aucun prestataire privé ne le

pourra, quand bien même on signe partout des tonnes de conventions et de contrats.

Par contre, il est important de faire adhérer au service public des acteurs qui ne sont pas eux-mêmes publics. Nous avons là la contractualisation, nécessaire à un certain nombre d'acteurs pour qu'ils participent à une organisation. Pour nous, c'est la santé territoriale. Je pense à Mme Touraine qui avait trouvé une si belle formule sur la santé territoriale, et je l'applaudissais des deux mains – même s'il est bien dommage qu'elle n'ait pas été plus loin que la formule... C'est ce qu'on rêve de bâtir à Malakoff, et au-delà de Malakoff. Derrière, vous avez les centres municipaux de santé, des hôpitaux publics, des acteurs privés à but non lucratif. Il y a les acteurs libéraux : rien ne les empêche d'adhérer à une idée de service public territorial pour peu qu'ils respectent un minimum de choses : solidarité, on n'abandonne personne ; égalité, il suffit en médecine ville de pratiquer tout simplement le tiers payant et de respecter les tarifs, et c'est ce nous faisons, nous, et c'est la base ; neutralité, bien sûr, on est là, on participe tous, c'est la base même de la médecine : on soigne tout le monde et la neutralité est intégrée. Encore faut-il le rappeler, mais le serment d'Hippocrate met en avant et la solidarité, et l'égalité, et la neutralité.

C'est quelque chose qui est cohérent, même si historiquement, en France, ça n'a touché que le secteur hospitalier. Les seules contraintes, c'était le secteur hospitalier. La charte de la médecine libérale, qui date, de mémoire, de 1927, a permis la liberté d'installation, le fait que ça soit payé directement et qu'il n'y ait donc pas de tiers payant. Cette charte a donné des droits qui, aujourd'hui, posent question, interrogent au vu de ce qu'on voit : les déserts médicaux, l'incapacité libérale à répondre aux besoins des territoires. Vous avez encore des libéraux qui se battent pour défendre ardemment ça, alors que c'est la dernière profession qui n'est pas régulée ! Les pharmaciens, les infirmiers sont régulés, quasiment toutes les professions de santé sont régulées, et il n'y a que les médecins qui ne le sont pas.

Vous pouvez comprendre que je ne me fasse pas que des amis en tribune ! Je peux donc parler de la santé, mais oui, il faut essayer de le porter pour les autres secteurs.

Mme Isabel De Bary : *Il y a aussi l'idée de la proximité ; le département n'est pas très loin des gens... La santé est tout de même sous une autorité régaliennne...*

Dr May : La santé est régaliennne, sauf que je peux en témoigner comme directeur de la santé et comme premier témoin : l'État a totalement abandonné l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ils sont d'abord concentrés

sur des objectifs essentiellement économiques. La première chose, c'était, disent-ils, la réduction du déficit de la Sécurité sociale, et vous savez qu'il y a débat. C'est quoi le déficit? Arrêter les comptes à l'instant et ne pas voir après le bénéfice pour la population et la richesse produite au-delà de la seule vision santé, c'est déjà tout un débat. Le modèle entrepreneurial appliqué au système hospitalier français va toujours dans le but d'une réduction des dépenses de santé et de réduction des déficits publics, puisque, aujourd'hui, la Sécurité sociale n'est plus financée que par les seules cotisations mais qu'elle l'est également par l'impôt. Les choses ont quand même basculé et on ne va refaire l'histoire de la création de la Sécurité sociale...

L'État, c'est-à-dire quarante ans de politique. Ils parlent de supprimer le numerus clausus mais le premier numerus clausus, c'était il y a quarante ans: boum! on va réduire le nombre de médecins et on réduira comme ça les dépenses de santé. L'effet mécanique: moins de médecins et donc moins de dépenses. Ils avaient juste oublié que la population augmente, que la vie s'allonge, que les pathologies se complexifient et que, quatrième, que le progrès est là et qu'on traite mieux aujourd'hui qu'il y a quarante ans.

Tout ça n'a pas été intégré mais il y a quand même eu des mesures de ce type dont on paye aujourd'hui les conséquences. Elles ont été mises en place pour des seules visées économiques.

L'État a donc abandonné. Il y a un schéma régional d'organisation de l'offre hospitalière mais il n'y en a pas pour l'offre ambulatoire ou pour l'offre de soins de ville. Les libéraux s'y sont toujours opposés et aucun gouvernement n'a jamais voulu mettre cela en place, alors qu'on voyait apparaître les problèmes au fur et à mesure des années. Je parle des déserts médicaux depuis 2007-2008; c'était annoncé.

L'abandon de l'État est total. Paradoxalement, au même moment, plus les problèmes apparaissent sur les territoires et moins les administrés s'adressent à l'État, alors que cela devrait être le cas. Que faites-vous pour moi, MM. Sarkozy, Hollande et Macron? Mmes Bachelot, Touraine, Buzyn: que faites-vous pour moi? Ce n'est pas à eux que s'adressent les citoyens; ils s'adressent aux élus de terrain, aux édiles, aux maires, et ils les prennent à témoin partout, dans toute la France. Dans le même temps, l'État, malin, via les ARS mises en place, demande aux collectivités de soutenir tous les efforts visant à maintenir une offre de soins sur les territoires. Ils demandent aux collectivités de s'investir non pas dans la santé – ils sont plus malins – mais dans l'aménagement du territoire. C'est la même chose pour les régions et pour les départements, qui ont tous, à

différents niveaux, des compétences d'aménagement. Sauf que quand les ARS et les administrés sont en demande, les collectivités finissent par se dire qu'elles doivent s'investir dans la santé pour apporter des réponses. Et elles se retrouvent de fait à devoir mettre en place et à prendre brutalement en charge des compétences qui n'étaient pas les leurs.

Je n'ai jamais douté que les élus soient intelligents, mais je suis très, très agréablement surpris par leur capacité à intégrer rapidement les problématiques d'organisation de la santé. Évidemment, cela les rend perplexes. Ils sont parfois effondrés devant les interlocuteurs qu'ils ont et devant, parfois, l'incapacité des ARS à simplement leur donner des éléments d'analyse, et je ne parle même pas des soutiens et des financements. À un moment donné, ils se retroussent les manches et certains y vont. Il y a ceux qui y vont maintenant, parce qu'ils sont confrontés aux urgences, et il y a ceux qui l'ont anticipé, comme la ville de Malakoff, parce qu'ils ont associé le développement de la santé au développement social, et c'est la politique menée par la ville depuis quatre-vingts ans: elle investit dans la santé mais comme elle a investi dans le champ social, de manière extrêmement forte, tout comme elle investit dans la culture.

J'ai dit à un congrès que le centre de santé était un outil d'intégration sociale. Le centre de santé est une porte dans l'intégration de la vie sociale de tous les jours. Quelqu'un qui ne va pas bien dans sa tête, dans son corps, c'est quelqu'un qui est menacé d'exclusion de la vie sociale, et le rôle de notre service public, de par son action dans la santé, est de pouvoir l'intégrer. Cela ne s'arrête évidemment pas à nous et il repart ensuite vers les services sociaux, vers le CCAS. Nous sommes au carrefour d'une prise en charge globale de ces patients et d'une intégration au sein de la vie de la ville, de la collectivité.

Mme Isabel De Bary: *Vous avez quelque chose à rajouter?*

D' May: Je milite pour que l'État reprenne en main et de manière forte l'organisation de l'offre de santé sur tous les territoires, mais cela doit tout d'abord, et absolument, passer par un service public. On dit qu'on va donner des missions aux « territoires de santé », et il y en a plusieurs; après les GHT, ils ont inventé les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la médecine de ville. La question est pour nous de savoir si l'on va en créer une ou pas. Je dis chiche! allons-y pour la CPTS mais attention! Les CPTS sont un service public, c'est basé sur des missions d'intérêt territorial. On va définir ces missions. Tous les acteurs participant à ces CPTS devront signer une charte, un

contrat qu'ils devront respecter et qui respectera lui-même un certain nombre de dispositions (l'accès aux soins pour tous, le principe de non-dépassement des honoraires, le principe de garantir à chacun de pouvoir accéder aux meilleurs soins, quel que soit son niveau social). Il y a donc une organisation mais elle devra clairement s'appuyer sur les acteurs, et la collectivité devra en être pour moi l'acteur prioritaire.

On touche là au problème de la réforme des territoires. **On est en train de faire disparaître les collectivités alors que la proximité qu'elles permettent est absolument essentielle. La proximité, c'est comprendre, décrypter la problématique des administrés. Là est le rôle des élus.** Quand vous êtes en charge d'une ville de trente mille, cinquante mille ou cent mille habitants, c'est possible, mais passez à un territoire de trois cent mille habitants ou plus et je vous mets au défi d'être en mesure d'être réellement à l'écoute et en capacité de retranscrire ensuite ce que les administrés vous auront dit. C'est un enjeu majeur. Les collectivités doivent rester, à mon avis, le pivot de la mise en place des services publics territoriaux, quelle qu'en soit la nature. On parle de santé mais cela rejoint évidemment beaucoup d'autres domaines.

C'est un enjeu essentiel : défendre le principe des collectivités, et ce n'est bien sûr pas dans l'air du temps. Il ne s'agit évidemment pas de faire n'importe quoi, mais quand on voit la capacité des collectivités à investir avec justesse sur leur territoire pour répondre précisément aux besoins, pour peu qu'on leur en donne les moyens et qu'on puisse redonner de la lisibilité/visibilité à ces services publics, on pourra faire des choses merveilleuses, extrêmement efficaces et utiles à la population, et à l'activité économique.

Pour en revenir à la médecine, j'étais vendredi en débat à Carmaux, où ce n'est pas la grande forme ; la ville se vide et est en train de se désertifier. Je les interroge sur leur capacité à investir politiquement dans la création d'un centre de santé et on me répond : « Mais quel médecin voudrait venir ? », etc. Je leur ai répondu qu'ils prenaient les choses à l'envers. « Aujourd'hui, pourquoi les gens ne viennent pas ? Interrogez les jeunes couples, les familles. Ils vont vous demander plusieurs choses : les services publics sur votre ville, l'école, la crèche et s'il y a de médecins. Et si vous leur dites que vous venez de fermer La Poste, que la crèche n'est pas en forme, que vous ne savez pas où va l'école et qu'en plus, vous n'avez pas de médecin, ils ne viendront pas. Réinvestissez dans la santé ; avec le centre de santé, vous allez réimplanter les médecins, c'est sûr, et ça sera déjà une première pierre pour redynamiser et réaménager globalement le territoire. »

Mme Isabel De Bary: Il y a le logement... ?

D^r May: Oui, mais je vais vous surprendre parce que c'est vrai que sur ces territoires, les logements, ce n'est pas le problème ! Le logement est une problématique propre à l'Île-de-France. Le logement se trouve assez facilement dans les territoires de type ruraux ou semi-ruraux et pour ce qui est des médecins, les conditions de logement sont largement plus intéressantes qu'ici !

Maintenant la qualité du logement est importante partout en France, bien sûr. C'est comme l'accès aux soins de qualité... Il y a tout un débat sur le droit à la santé. C'est compliqué de dire « le droit à la santé » ; c'est quelque chose qui est lié à notre génome et à plein de trucs. Par contre, le droit à l'accès aux soins pour tous, c'est autre chose, et cela me paraît tout à fait essentiel.

Pour le droit au logement, je suis à 100 % d'accord. C'est un besoin fondamental.

Mme Isabel De Bary: ... pour être en bonne santé!

D^r May: Exactement ! pour pouvoir apporter sa contribution à la société, à l'économie du pays, à tout ! Être bien logé et en bonne santé, être bien dans sa peau, dans une situation de vie sociale et familiale épanouie, oui ! On peut estimer que ça ne peut que bénéficier à nos territoires et plus largement à notre pays, si j'ose dire au moment où il y en a qui disent qu'ils veulent redorer l'image de et dynamiser je ne sais pas quoi...

Une chose est importante dans les services publics, c'est que les services et les territoires ne sont pas en concurrence, parce que c'est aujourd'hui ce qui se passe, quand même. Aujourd'hui, on sent bien qu'on est dans une situation idéologique où le « libéralisme » touche toutes les couches et toutes les organisations de la société, y compris les services publics.

Et il faut faire attention à cela dans le cas où l'on se retrouve dans des états de concurrence de fait territoriale alors que ce sont des collectivités avec des collectivités, des services publics avec des services publics, et que les limites géographiques n'existent pas pour les administrés. Et c'est là où le service public doit nous aider à dépasser ça et à lutter contre cet état de concurrence.

On le connaît très bien en santé et justement en aménagement des territoires en santé puisque, aujourd'hui, vous avez des collectivités qui ont à un moment investi dans des structures, des aménagements, pour essayer de maintenir ou d'attirer sur leur territoire des structures de santé qui venaient des territoires avoisinants, et cela créait de fait un état de concurrence. Vous avez des guerres de clochers absolument terribles ! À Carmaux, j'ai entendu qu'une toute petite commune avait le

projet de créer une petite structure de type centre de santé dont l'objet était d'attirer des médecins exerçant sur des communes limitrophes. C'est violent! On est sur autre chose avec le service public!

Mme Isabel De Bary: Il y a encore beaucoup de luttes à mener!

D^r May: Il y a encore beaucoup à lutter! Nous luttons! Ici, à Malakoff, je suis plutôt bien servi.

Mme Isabel De Bary: Cela ne vous empêche pas de lutter ailleurs?

D^r May: Tout à fait, bien sûr! Et il faut encore lutter ici. Vous avez dû l'entendre dans les autres interviews: certains services disparaissent du territoire et ça nous touche directement: la Sécurité sociale, l'éclatement des EDAS, qui était juste à côté est maintenant à Montrouge, je crois, le département qui nous menace en permanence de nous retirer des aides et des financements pour nos CPEF...

Juste une petite histoire: aucun des autres CPEF (Les centres de planification et d'éducation familiale) des Hauts-de-Seine ne proposait une activité d'IVG médicamenteuse. Nous avons porté tardivement ce projet par rapport à d'autres centres de santé, qui le faisaient

depuis dix ans, et nous avons cette problématique générationnelle de devoir porter ça en équipe avec les départs et les arrivées des uns et des autres. Par contre, avec Monsieur Oliveira adjoint à la santé, on a tenu à ce que ce projet soit partagé avec les CPEF que nous gérons par délégation, en sachant que ce sont des personnels qui sont communs aux centres de santé. Le département était très surpris de notre demande, et Mme la maire a dû en demander l'autorisation par un courrier à M. Devedjian. Il nous a donné cet accord mais ça a été long.

Quand on parle de service public, c'est donc aussi parler de la défense des droits. **Accéder à ses droits, c'est pouvoir accéder au service public. Or on sait qu'une grande partie de la population n'accède pas aujourd'hui forcément à tous ses droits par méconnaissance**, et quand en plus, vous éliminez les capacités d'accès au service public, et on parlait tout à l'heure d'accueil physique, avec des gens qui vous répondent, un humain, une femme, un homme... **Accéder à des droits, c'est forcément maintenir et même développer le service public.**

On est dans une situation d'observateur privilégié, dans la santé d'une part et qui plus est dans un centre de santé. Pour ça, c'est d'une richesse assez extraordinaire! Et que dire de mes collègues qui travaillent en Seine-Saint-Denis, dans certaines zones...

« Haemonetics » : une affaire de sécurité sanitaire pour les donneurs de sang

Par Jean-Pierre Basset

Le 25 mai 2018 l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments) et l'EFS (Établissement Français du Sang) publiaient un communiqué commun indiquant que ces deux organismes d'état avaient été « informés de doutes sur la sécurité des machines d'aphérèse de la société Haemonetics », pour dire, « à ce stade, il n'existe pas de risque avéré pour les donneurs de plasma⁽¹⁸⁾ et de plaquettes » (prélevés par machines Haemonetics). Ce communiqué suivait la plainte⁽¹⁹⁾ déposée le 23 mai 2018 au « Pôle médical du TGI de Paris » par le délégué central CGT de l'EFS et deux « lanceurs d'alerte » anciens salariés de la société Haemonetics.

Le JO du 24 juillet publiait le texte d'une « Question écrite du député André Chassaigne » à Mme la Ministre de la santé « sur les risques pour les donneurs et receveurs de produits du sang suite au dysfonctionnement de machines d'aphérèse ». La réponse de Mme la ministre, étonnamment rapide était publiée au JO du 4 septembre : « il apparaît que la balance bénéfice risque de l'aphérèse reste largement positive... le risque pour le donneur est maîtrisé puisqu'il existe un filtre entre le kit de prélèvement et le bras du donneur... ». Le 12 septembre l'ANSM et la direction de l'EFS suspendaient la mise sur le marché en France des dispositifs médicaux Haemonetics. C'est-à-dire la totalité des 300 machines en service dans l'EFS, représentant plus des 50 % du prélèvement de plasma utilisé par l'établissement public LFB pour la fabrication des Médicaments Dérivés du Sang destinés à environ 500 000 malades/an.

Pour comprendre, partons du début.

Le 29 mars 2016 au CHU de Bordeaux un patient de 88 ans subissant une intervention chirurgicale cardiaque est mort après qu'une machine « d'autotransfusion » modèle « Cell Saver Elite » soit tombée en panne. Cette machine étant utilisée lors d'interventions qui entraînent d'importantes hémorragies. Le 10 février 2017 « Médiapart » révélait cet accident. La machine qui a dysfonctionné à Bordeaux est une variante des « machines d'aphérèse » qui permettent quotidiennement de prélever « Plasma » et « Plaquettes » des donneurs bénévoles en France⁽²⁰⁾ et des malheureux qui vendent leur plasma ailleurs.

L'alerte sanitaire lancée après cet accident a eu plusieurs conséquences :

- des salariés de Haemonetics ont révélé qu'ils avaient, depuis des mois, alerté les autorités sanitaires après avoir constaté que des machines neuves, vendues à l'EFS comprenaient des pièces de récupération venant de machines usagées.
- des salariés de l'EFS ont alors signalé avoir constaté des dysfonctionnements, en particulier vibrations et production de particules noires en suspension dans des poches de plasma. Cette révélation de production de particules visibles a entraîné des recherches qui ont montré que des particules de taille nanométrique, étaient aussi produites par le « joint tournant » du « séparateur » de plasma et de plaquettes qui réinjecte les globules rouges dans le circuit sanguin du donneur. À la suite de cela l'alerte a été prise au sérieux et les organismes sanitaires (ANSM et IGAS) ont mis en route des contrôles. L'ANSM, pour sa part a créé un « Comité Scientifique Spécial Temporaire » (CSST) en octobre 2017

Plusieurs phénomènes rocambolesques ont alors été dévoilés :

18 Créé en octobre 2017 le CSST écrivait : « Si une évaluation des risques fiable n'est pas obtenue très rapidement, il faudra envisager la suppression des dispositifs médicaux contenant des joints mobiles (type Graphite / céramique) qui peuvent libérer des substances connues pour leurs toxicités potentielles à faibles doses (formaldéhyde, chrome VI, hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP). L'exposition de particules dans les échantillons biologiques humains étant déjà identifiée, le risque toxique est donc possible ».

19 Cette plainte vise l'EFS, l'ANSM, ainsi que Haemonetics pour : « Risque de mise en danger de la vie d'autrui, tromperie aggravée et inexécution d'une procédure de retrait ou de rappel d'un produit préjudiciable à la santé ».

20 98 % du plasma d'aphérèse est destiné au LFB. 2 %, du groupe AB, est utilisé en « plasma thérapeutique » transfusé aux patients de ce groupe. À l'exception du groupe AB la totalité du « plasma thérapeutique » provient du « fractionnement » du « Sang Total »

- L'EFS (établissement public sous tutelle de l'état) a négocié une transaction financière avec Haemonetics pour les machines achetées comme neuves. Puis un cadre de Haemonetics qui signalait le non-respect de cet accord a été licencié et... Haemonetics a déménagé le service de maintenance de France en Hongrie sans que l'EFS ne rompe ce contrat de maintenance.
- une mission d'inspection de l'ANSM contrôlant les conformités au siège « Europe » de Haemonetics, en Suisse, a constaté que la production des machines avait été délocalisée d'Écosse en Malaisie et que la production des « DMU » (Dispositif Médical à usage Unique - les poches et le dispositif de prélèvement dont le « joint tournant ») avait été délocalisée des USA au Mexique et qu'il était donc avec les moyens dont disposait la mission d'inspection, impossible d'effectuer les contrôles aux deux bouts de la planète.

Cela a conduit l'ANSM à créer le CSST déjà cité et à exiger que Haemonetics transmette la composition chimique du « joint tournant » qui s'use et dont les particules sont réinjectées dans le sang des donneurs et possiblement des malades. L'ANSM a dû attendre des mois avant de recevoir une réponse, laquelle indique que Haemonetics reconnaît une usure normale de deux milligrammes lors de chaque prélèvement. Combien lors de dysfonctionnements ?

Le problème c'est que ces deux milligrammes sont essentiellement du « phénol formaldéhyde », cancérigène, mutagène, reprotoxique (CMR) et du « trioxyde d'aluminium » neurotoxique. Le 2^e problème c'est que les donneurs de Plasma sont très sollicités et peuvent donner plus de 250 fois dans leur vie, dans la limite de 20 fois/an en France (103 fois ans pour les vendeurs de plasma aux USA).

Comme l'indique l'interpellation de la ministre, le rapport de l'ANSM le « bénéfice/risque » est positif et il convient de poursuivre l'utilisation des machines Haemonetics... mais il ne tient pas compte du rapport du « CSST » que personne ne connaît car jamais publié. Si dans la notion de « bénéfice/risque », le bénéfice est certain pour le malade/receveur, le bénéfice est un non-sens pour le donneur bénévole qui agit par solidarité. Il est donc inacceptable de lui faire courir un risque. Lors du congrès national de la fédération des donneurs de sang à Agen, j'ai interpellé, le 11 mai 2018, la représentante de l'État (Madame la Directrice générale adjointe de l'ANSM) sur ce sujet. Elle m'a répondu à partir de « l'élément de langage » dont tout dignitaire est pourvu en pareil cas, donc la réponse officielle sur « bénéfice/

risque, c'est-à-dire le déni ou plutôt le mensonge d'État. J'ai donc réitéré l'interpellation. Elle m'a re-débité son « élément de langage ». Pour le délégué central CGT de l'EFS il y a aussi danger pour le personnel infirmier qui manipule le dispositif d'aphérese car il est apparu, lors de dysfonctionnements identifiés, que des particules des produits cités ci-dessus (formaldéhyde et trioxyde d'aluminium) sont projetées dans l'atmosphère immédiate du « bol » lors de sa rotation donc qu'ils peuvent les respirer.

Pour la compréhension, encore, il faut ajouter que le 24 août une machine Haemonetics a dysfonctionné à l'EFS de Tarbes. Et que très rapidement une inspection a eu lieu, le 29. Le délégué syndical a alors constaté qu'un huissier était présent aux côtés de trois inspecteurs de l'ANSM pourtant assermentés et trois dirigeants de l'EFS. Le 30 l'ANSM suspendait l'autorisation de mise en service de la machine de Tarbes. Puis le 10 septembre survenaient deux nouveaux incidents, à Annonay (07) et à Avicenne (93). Le 12 l'ANSM suspendait l'ensemble du parc « Haemonetics » alors que la ministre avait nié l'existence d'un problème le 4. Pourquoi ? Parce que le 18 juillet, après que la plainte du 23 mai ait été jugée recevable, le vice-procureur du pôle santé s'en était « saisi ».

Enfin le 14 septembre à Hyères Mme la ministre de la santé a déclaré devant des médecins (réf AFP) : Aucun risque pour les donneurs et receveurs, puis : « *importer du plasma de l'étranger n'est pas dangereux, car aujourd'hui tous les plasmas sont soumis aux mêmes contrôles* » (ce qui est faux). Pourquoi pareille déclaration de la ministre ?

Il y a deux hypothèses derrière cette déclaration :

- soit les autorités sanitaires, l'EFS et le gouvernement ont décidé, « par effet d'aubaine » après la « suspension » des machines, de liquider la « filière plasma » en France, elle est financièrement déficitaire pour l'EFS.
- soit la ministre a voulu rassurer les « marchés financiers » et les actionnaires d'Haemonetics qui dispose d'une position dominante à l'échelle mondiale. Si d'autres pays mettent leur nez dans la composition chimique de « joints tournants » on peut connaître un séisme mondial pour le système transfusionnel. Référence pour cette 2^e hypothèse : le 19 septembre à 23 heures le patron d'un fonds d'investissement US a téléphoné à l'un des deux lanceurs d'alerte : dans l'après-midi Haemonetics venait de convoquer ses actionnaires à une conférence !

Je pense que cette affaire est grave :

- elle met en péril l'approvisionnement du LFB donc de l'autosuffisance nationale alors qu'il y a un an l'EFS a signé une convention avec le LFB pour accroître la fourniture plasma et atteindre le million de litres en 2020
- le fonctionnement de l'EFS est affecté
- une réorganisation de la collecte plasma est nécessaire pour répartir les machines « Fresinus » en service sur les plus gros sites EFS afin de collecter le maximum de plasma
- alors que l'EFS et l'ANSM savaient qu'il y avait un problème, l'EFS a pratiqué le déni, l'ANSM aussi en public, et la direction de l'EFS a méticuleusement pris soin de ne pas entreprendre une modification progressive de son parc machines en augmentant la part « Fresinus »
- pourquoi l'EFS ne s'est pas inquiété de la multiplication des incidents et a négligé les informations sur le

fonctionnement erratique, à la limite James Bond, révélé par l'inspection ANSM effectuée en Suisse, siège Europe de la firme Haemonetics.

Il faudra faire la clarté sur toute cette affaire, une simple question écrite à la ministre ne peut suffire. D'autant qu'un autre fait troublant apparaît, peut être signe de compromissions de haut niveau : l'ensemble du système informatique national de l'EFS est fourni par une filiale de Haemonetics! Ainsi les USA peuvent disposer de toutes les données médicales confidentielles de millions de donneurs de sang en activité et de millions d'anciens donneurs.

N.B. : en 2016, dernier chiffre total connu, 331 040 procédures d'aphérèses plasma ont été réalisées en France.

Afrique & lutte contre le SIDA

Recruter 2 millions d'agents de santé communautaires d'ici 2020

Par Fousséno Sissoko
Expert Communication en Santé,
Membre du Comité Scientifique Consultatif Roll Back Malaria-Cameroun et du sous-comité scientifique Communication pour le Développement et partenariat en charge des enseignements IEC- Plaidoyer en Master Communication Santé et Environnement, ESSTIC, Yaoundé 2

En juillet 2017, en marge du 29^e Sommet de l'Union africaine à Addis-Abeba, en Éthiopie, les chefs d'État africains ont approuvé l'initiative des Agents de Santé Communautaires (ASC), qui vise à recruter, former et déployer deux millions d'agents de santé communautaires en Afrique d'ici 2020 (L'Union africaine approuve de nouvelles initiatives majeures unaid⁽²¹⁾).

Cette initiative vise à accélérer les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles 90-90-90 fixés par ONUSIDA d'ici 2020 :

- À l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
- À l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable.
- À l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

L'ONUSIDA estime qu'il y a aujourd'hui plus d'un million d'agents de santé communautaire en Afrique, mais qu'ils se concentrent principalement sur un seul problème de santé et sont sous-formés, non rémunérés ou mal rémunérés, et mal intégrés dans les systèmes de santé. Pour l'institution spécialisée onusienne, la nouvelle initiative vise à recycler les agents de santé communautaires existants, dans la mesure du possible, et recruter de nouveaux agents de santé pour atteindre l'objectif de deux millions d'agents. Autre aspect, la nouvelle initiative est alignée sur la Stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et sur les ressources humaines pour la santé.

Qui sont les agents de santé communautaire ?

Les Agents de Santé Communautaire sont des membres de la communauté ayant reçu une certaine formation pour promouvoir la santé ou pour pratiquer certains soins de santé, sans être professionnel de santé.

Qui sont-ils et quels sont leurs vrais rôles ? Ils ne sont ni médecins ni infirmiers. Ce sont des individus (hommes ou femmes) ayant été choisis dans et par leur communauté suivant des critères de dynamisme et de bonne réputation, et qui prennent en charge les cas de maladies simples (diarrhée, paludisme, pneumonie), la promotion de la santé et la prévention des maladies comme le VIH/SIDA, le paludisme.

Qu'est ce qui a motivé cette initiative en faveur du recrutement de 2 millions d'agents de santé communautaire ?

Le rôle central des ASC dans la détection et la réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 est à l'origine de cette initiative. Dans un document publié en 2017 par l'UA avec les soutiens d'ONUSIDA et intitulé, « *2 millions d'Agents de Santé Communautaires en Afrique, tirer pleinement profit de dividende démographique, mettre fin à l'épidémie de SIDA, et assurer durablement la Santé pour tous en Afrique* », l'on apprend qu'en plus de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone, où la plupart des transmissions d'Ebola se sont produites, la maladie s'est également répandue au Sénégal, où elle a été rapidement contenue en grande partie en raison des actions des ASC. C'est la même riposte qu'au Nigeria, où les ASC qui se sont concentrés sur l'éradication de la poliomyélite ont joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre des mesures de prévention d'Ebola.

Un autre facteur ayant motivé cette initiative, les ASC peuvent intervenir à tout moment de la cascade de soins : conseil-dépistage et prévention, suivi des

patients sous anti-rétrovirus⁽²²⁾, promotion de la santé et la prévention de la transmission de la maladie.

Un troisième argument, cette fois-ci stratégique, il s'agit de la stratégie coût effective. Les spécialistes qui soutiennent l'initiative rappellent que la formation des ASC est plus courte et que leurs indemnités sont nettement inférieures aux salaires des professionnels de santé. À Madagascar par exemple, ils reçoivent une brève formation en santé communautaire. Ils ne reçoivent ni salaires ni indemnités. Ils sont seulement motivés par l'appréciation de leur communauté, les connaissances acquises, et la sensation d'avoir sauvé des vies.

Il est enfin fait mention de la plus-value de l'approche des ASC dans la prestation des services ; une approche qui permet une flexibilité des lieux et des horaires pour aller au plus près des populations clés et atteindre de nouvelles populations.

Un an après le lancement de l'initiative

Un an après le lancement de l'initiative, le Sénégal est le seul État sur les 54 États africains a mis en place un projet concret depuis janvier 2018 en responsabilisant l'Alliance Nationale des Communautés pour la Santé (ANCS). Celle-ci s'est engagée à recruter annuellement 124 agents de santé communautaire à compter de janvier 2018 ; et pour leur prise en charge à mobiliser 127 224 000 F CFA par an. Cet engagement sénégalais entre en droite ligne avec la stratégie de l'UA qui consiste comme nous l'avons ci-dessus écrit, à recruter 2 millions d'agents de santé communautaires, d'ici 2020.

Pour de nombreux spécialistes des questions de santé communautaire dans les régions Afrique de l'Ouest et Afrique du Centre, cet engagement sénégalais ne surprend point. En effet, disent-ils, « *au cours des deux dernières décennies, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale de ce pays appuyé par divers partenaires techniques et financiers ont soutenu le développement des interventions en santé communautaire au sein des cases, des postes et des centres de santé pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaire* ». *Des agents de santé communautaires ont été formés pour assurer la prévention*

et la prise en charge primaire concernant la vaccination, la santé de la reproduction, la malnutrition, le paludisme, la tuberculose, l'infection à VIH. La cartographie des acteurs communautaires réalisée en 2016 par les services sénégalais de la santé publique a révélé un réseau de 25 644 acteurs communautaires polyvalents identifiés et repartis à tous les échelons du système de santé. »

Où trouver des fonds pour recruter 2 millions d'ASC d'ici 2020 ?

La question fondamentale que se pose l'ensemble des intervenants dans la riposte en Afrique, c'est comment et où trouver des fonds pour recruter 2 millions d'ASC. Conséquence, nombreux sont ceux des intervenants qui émettent des réserves et des doutes sur la capacité de l'Union africaine avec ces 54 États membres et soutenue par l'ONUSIDA de mobiliser des fonds et faire de cette initiative une réalité, malgré l'enthousiasme qu'elle a créé, car en plus de mobiliser les fonds, il faudra :

- obtenir un engagement politique des pays pour la reconnaissance et l'intégration des ASC dans leur système de santé
- définir un statut des ASC unique reconnaissable par l'ensemble des pays d'Afrique
- définir un cadre pour leur rémunération. Déjà des pays comme le Mali tentent de privilégier comme approche l'intégration des Agents de santé communautaire dans la Fonction publique : <https://niarela.net/sante/agents-de-sante-communautaire-asc-plaidoyer-pour-leur-integr>

Et pour ne rien arranger, l'ONUSIDA est aujourd'hui en manque d'argent pour soutenir la riposte au VIH / SIDA. Sept milliards de dollars par an. D'après l'ONUSIDA, c'est ce qu'il manquerait pour que le virus ne soit plus considéré comme un danger pour la santé publique mondiale en 2030. « *Nous allons avoir des problèmes si nous n'avons pas davantage d'argent,* » a déclaré Mark Dybul, ancien dirigeant du Fonds mondial de lutte contre le Sida,

22 Le traitement antirétroviral (ARV) standard consiste à associer au moins 3 médicaments antirétroviraux (ARV) pour supprimer au maximum le VIH et arrêter l'évolution de la maladie.

Les brèves des Cahiers

De nouveaux ciseaux moléculaires pour l'édition du génome

Dans le n° 21 de juin 2016 nous avons publié un article : « *CRISPR-Cas9: quel drôle de nom pour une technique qui suscite tant d'espoir et tant de craintes!* ». Nous avons signalé cette découverte extraordinaire. Nous avons vu juste. Les généticiens parlent de CRISPR-Cas9 comme d'une révolution biologique. Cet outil – association d'une enzyme (Cas9) et d'une portion d'ARN capable de repérer une séquence complémentaire dans l'ADN cible – offre aux scientifiques la possibilité de couper facilement une portion précise du génome. Le coût est très faible et permet une multitude d'applications allant de la création de souris génétiquement modifiées à la correction de maladies géniques. La chose a déjà été tentée à des fins de recherche par une équipe chinoise puis par une équipe américaine sur des embryons humains : problèmes éthiques. CRISPR-Cas9 n'était pas en mesure de donner des garanties de précision suffisante pour travailler sur l'embryon humain. C'est en revanche maintenant le cas de son successeur CRISPR-Cas12a. Cette version du complexe CRISPR se révèle plus précis et spécifique que les complexes CRISPR-Cas9 et CRISPR-Cas3 actuellement utilisés.

Concrètement, lorsque Cas9 est introduite dans une cellule, l'ARN auquel on l'a associé reconnaît une région spécifique du génome. Cas9 s'y fixe et y introduit une cassure destinée à inactiver le gène ciblé, à le supprimer ou à accueillir un fragment d'ADN exogène. Le problème de Cas9 est qu'elle établit des liaisons très fortes avec les nucléotides de la séquence d'ADN visée. Mais en cas d'erreur la force de cette liaison pose problème quand il ne s'agit pas de la région du génome que les chercheurs souhaitaient couper. Cas12a, lui agit en multipliant des liaisons faibles. Tous les nucléotides de la séquence génétique doivent être reconnus pour qu'une fixation solide se fasse. Le chercheur qui l'utilise est donc plus sûr de découper la bonne partie du génome.

Il restait encore un obstacle à l'utilisation massive de Cas12a : l'absence de molécules capables de bloquer ou moduler son activité enzymatique, comme c'est le cas pour Cas9 ou Cas3. C'est cette carence que les chercheurs viennent de combler. La biochimiste Jennifer Doudna et ses collègues décrivent une méthode bio-informatique employée pour passer en revue un panel de protéines bactériennes susceptibles de bloquer l'action de Cas12a. Ils ont découvert trois protéines inhibitrices spécifiques de Cas12a, dont la plus puissante s'est révélée être AcrVA1. Les auteurs précisent que leur approche pourrait être

employée pour n'importe quel autre système CRISPR. Nicole Marino⁽²³⁾ et ses collègues de l'université de Californie à San Francisco ont également identifié plusieurs protéines dont l'AcrVA qui disposait, une fois encore, de la meilleure activité inhibitrice contre la plupart des variants de Cas12a. Tout ceci ouvre la voie pour de nouvelles utilisations en génétique humaine.

La pauvreté effraie de plus en plus les Français

Selon le baromètre annuel de l'Ipsos et du Secours populaire, les Français se sentent de plus en plus vulnérables face à la pauvreté. Les interrogés situent le seuil de pauvreté à 1 118 € par mois. C'est 5 € de plus qu'en 2017, 50 de plus qu'en 2016. En 2008, ce taux subjectif s'élevait à 1 008 € par mois. Il faut de plus en plus de moyens pour échapper à la pauvreté. 39 % des interrogés déclarent avoir déjà connu une situation de pauvreté dans leur vie, contre 37 % en 2017 et 35 % en 2015. Et 20 % ont cru tomber dans cette situation. « *Le sentiment de vulnérabilité s'enracine dans la société française* », déclare Julien Lauprêtre, président du Secours populaire français. Enfin, quatre personnes sur cinq craignent que leurs enfants connaissent la pauvreté. La pauvreté concerne 13,6 % de la population en 2016 selon l'Insee, qui considère comme pauvre toute personne touchant moins de 1 015 € par mois, contre 14,1 % en 2012, au plus fort de la crise. Cela représente 8,8 millions de personnes dans cette situation en France. Pour rappel, le smic net en 2018 s'élève à 1 173 € par mois. D'après le baromètre, plus de la moitié des personnes gagnant moins de 1 200 € par mois peinent à payer leurs dépenses médicales. Deux tiers d'entre elles ne vont pas en vacances une fois par an. Et les femmes sont particulièrement touchées par les difficultés financières : près d'une interrogée sur trois a du mal à consommer des fruits et légumes frais tous les jours, contre 22 % pour les hommes. « Une réalité dramatique » « *Derrière ces chiffres, il y a une réalité dramatique : la mère qui n'a pas à manger pour ses enfants, le retraité qui n'a plus rien dans son frigo* », alerte Julien Lauprêtre. « *Ce sont les plus démunis qui ont vu leur situation se dégrader ces dix dernières années* ». Le Secours populaire affirme venir en aide à plus de trois millions de personnes sur le territoire. Le plan pauvreté présenté récemment par le gouvernement ne règle en rien cette question.

23 Discovery of widespread Type I and Type V CRISPR-Cas inhibitors dans <http://science.sciencemag.org/content/early/2018/09/05/science.aau5174>

Paradoxe anglais

La mauvaise gestion des secteurs de l'économie confiés à des sociétés privées conduit le gouvernement anglais à renationaliser (discrètement). Ainsi il a repris le contrôle d'une prison privée (G4S), d'une ligne ferroviaire (l'East Coast Main Line). De même Carillion, surnommée « l'entreprise qui gère le Royaume-Uni », a connu une faillite retentissante. Peu familière du grand public, cette société servait des centaines de cantines scolaires, assurait le nettoyage d'hôpitaux, opérait la maintenance de casernes militaires... Sous la direction de son leader, Jeremy Corbyn, l'opposition travailliste appelle à une renationalisation des grandes compagnies d'eau, d'électricité, de gaz et de trains. Cette promesse est très populaire : plus des trois quarts des Britanniques s'y disent favorables. Quant aux partenariats public-privé (PPP), qui permettent à des entreprises privées d'investir (par exemple en finançant la construction d'un hôpital ou d'une école) avant d'être remboursées sur des décennies, ils sont en train de mourir : en 2017, un seul a été conclu. Certaines collectivités locales commencent à rapatrier leurs services, pour en reprendre le contrôle direct. Comme le souligne Albert Éric dans le Monde du 11 septembre : Ceci « *impose une conclusion : que les services soient sous-traités ou non, ou que les utilities soient privées ou non, l'État ne peut pas échapper à sa responsabilité d'investisseur et de régulateur* ».

Selon l'OCDE, les économies ont des évolutions structurelles qui ne profitent pas aux salariés

Quatre évolutions majeures et inexorables contribuent à la montée du malaise social dans les pays de l'OCDE.

1) La première est la désindustrialisation. Le recul de l'emploi manufacturier et son remplacement par l'emploi dans les services domestiques, est impressionnant : l'emploi manufacturier a reculé de 20 %, tandis que l'emploi de services de base augmente de 20 %. Les niveaux de productivité et les niveaux de salaire par tête sont nettement plus élevés dans l'industrie manufacturière que dans les services domestiques : un salaire moyen par tête de 48 000 dollars par an dans l'industrie, contre 30 000 dollars par an dans les services domestiques.

2) L'intensification de la concurrence fiscale et salariale est la deuxième évolution importante dans les pays de l'OCDE. L'affaiblissement de la demande globale pour les produits industriels (en 20 ans, la production industrielle a augmenté de 18 %, le PIB de 44 %) renforce

la concurrence entre les pays de l'OCDE pour conserver une industrie de grande taille. Cette concurrence pour conserver l'industrie prend plusieurs formes.

a) baisse continue de la taxation des profits des entreprises ; d'un taux de 41 % en 1998 à 27 % aujourd'hui. Il s'agit aussi de la concurrence salariale ; chaque pays essayant de réduire ses coûts salariaux, il en résulte au total la déformation du partage des revenus au détriment des salariés : en 20 ans, les salaires réels ont augmenté dans l'OCDE de 12 %, quand la productivité s'est envolée de 30 %.

b) La concurrence fiscale réduit les ressources fiscales et nécessairement les dépenses publiques. La concurrence salariale réduit le pouvoir d'achat des salariés, le tout étant mal accepté par les opinions. Évolutions structurelles

3) L'impossibilité d'accroître les dépenses publiques est le troisième problème. La concurrence fiscale réduit les taux d'imposition et les recettes fiscales. Il va donc en résulter l'impossibilité, à partir de maintenant, d'accroître les dépenses publiques (qui, en termes réels, sont en 2018 au même niveau qu'en 2010).

4) Enfin, l'exigence de rentabilité forte du capital va dans le même sens. Le capitalisme moderne des pays de l'OCDE a une exigence de rentabilité élevée du capital (le rendement du capital pour les actionnaires est en 2018 de 12 % contre 1,5 % pour le taux d'intérêt sur les dettes publiques), ce qui s'ajoute à la concurrence fiscale pour entraîner le recul de la part des salaires dans le PIB.

La machine capitaliste n'est pas capable de répondre aux besoins de l'humanité.

Fruits & légumes : un français sur 4 n'a pas assez d'argent pour en manger

C'est un signe de pauvreté, révèle le baromètre Ipsos-Secours populaire diffusé le 11 septembre. Le Secours populaire a publié les derniers chiffres de son baromètre sur la précarité, réalisé pour la onzième année consécutive. 86 % des personnes interrogées estiment qu'éprouver d'importantes difficultés pour manger sain et équilibré représente un signe de pauvreté. Dans le détail, 27 % d'entre eux disent rencontrer « un peu » ou « beaucoup » de difficultés pour manger des fruits et légumes frais tous les jours, 22 % pour consommer du poisson au moins une fois par semaine. Pire, plus d'une personne sur cinq (21 %) admet avoir du mal à se procurer une alimentation saine lui permettant de faire trois repas par jour. Payer la cantine des enfants représente également un obstacle financier pour 19 % des personnes. La viande, dont la consommation a reculé de 12 % en dix ans dans

l'Hexagone, ne représente un problème financier que pour 17 % des Français. Près de deux tiers des Français interrogés (65 %) jugent qu'il est impératif de préserver le financement de l'aide alimentaire aux plus démunis. Plus largement, ce sondage révèle que plus d'un tiers des Français dit avoir déjà connu une situation de pauvreté (39 %), une donnée en hausse de deux points par rapport à l'an passé. Si de plus en plus de personnes arrivent à mettre un peu d'argent de côté (+8 % par rapport à 2017), un tiers d'entre elles (32 %) parviennent tout juste à boucler leur budget et 14 % disent vivre à découvert. Enfin, l'immense majorité des Français (81 %) reste convaincue que leurs enfants seront plus vulnérables qu'eux face à la pauvreté.

Brevet du sofosbuvir : l'Office européen des brevets confirme sa validité

Selon l'Office européen des brevets (OEB), le brevet protégeant la prodrogue du sofosbuvir, médicament de Gilead indiqué contre l'hépatite C, n'est pas contestable. La déception est forte pour les associations dont Médecin du Monde, Médecins sans Frontières, AIDES et l'Alliance européenne. « Cette décision de l'OEB nous alarme, elle démontre que le système des brevets en Europe est défaillant, affirme Olivier Maguet, responsable de la campagne de Médecins du Monde sur le prix des médicaments. Nous sommes extrêmement inquiets sur les conséquences potentielles pour demain, notamment face à l'arrivée de nouveaux traitements contre le cancer sur les marchés. Certains de leurs prix sont presque 10 fois plus élevés que pour le sofosbuvir. ». « Les brevets abusifs créent en effet des monopoles », déclare Médecin du Monde dans un communiqué. « C'est grâce à cela que Gilead demande encore jusqu'à 43 000 euros par personne pour 12 semaines de traitements dans plusieurs pays d'Europe », ajoute l'ONG. En mars dernier, un accord a été conclu entre Gilead et le comité économique des produits de santé (CEPS) pour réduire à 28 000 le prix de ces traitements contre l'hépatite C (Sovaldi, Harvoni, Epclusa et Vosevi) en échange de leur mise à disposition en officine.

18,1 millions de nouveaux cas de cancer en 2018

Un homme sur cinq et une femme sur six dans le monde développeront un cancer au cours de leur vie selon un rapport de l'Organisation mondiale de santé

(OMS). Le Centre international de recherche sur le cancer (Circ/Iarc) de l'OMS ajoute qu'un homme sur huit et une femme sur onze meurent de cette maladie. Le cancer continue ainsi sa progression avec 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès en 2018, d'après les estimations. Le cancer du poumon est de loin le plus meurtrier avec 1,8 million de décès (18,4 % du total). Il devance le cancer colorectal (881 000 décès, soit 9,2 % du total), le cancer de l'estomac (783 000 décès) et le cancer du foie (782 000 décès), selon ces nouvelles estimations établies pour 36 cancers dans 185 pays. Les nouveaux cas de cancer dans le monde atteignent 17 millions en 2018 contre 14 en 2012 selon la précédente estimation. « Ces nouveaux chiffres montrent qu'il reste beaucoup à faire pour répondre à l'augmentation alarmante du fardeau mondial du cancer et que la prévention doit y jouer un rôle clé », selon le Dr Christopher Wild, directeur du Circ France (Lyon). « Des politiques efficaces de prévention et de détection précoce doivent être mises en œuvre de toute urgence pour compléter les traitements pour lutter contre cette maladie dévastatrice à travers le monde ». Chez les femmes, le rapport souligne l'« augmentation préoccupante » du cancer du poumon. Celui-ci constitue la principale cause de décès par cancer chez les femmes dans 28 pays. La Hongrie est en tête de liste, suivie de l'Amérique du Nord, l'Europe du Nord et de l'Ouest (notamment au Danemark et aux Pays-Bas), la Chine, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. En valeur absolue, le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer chez les femmes (627 000 décès). Il représente aussi environ un quart des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les femmes dans le monde. Suivent, en termes de nouveaux cas, le cancer colorectal dans les pays développés et le cancer du col de l'utérus dans les pays en développement. Rappelons que pour le cancer du col, nous avons des vaccins...

Ils dominent l'économie mondiale

Peu connus du grand public, les nouveaux géants s'appellent BlackRock, Vanguard, State Street... À eux trois, ils gèrent 14 000 milliards de dollars (12 000 milliards d'euros), plus que le PIB de la Chine. Une étude publiée en 2017 par Jan Fichtner, Eelke Heemskerk et Javier Garcia-Bernardo, de l'université d'Amsterdam, a donné un aperçu de leur poids gigantesque : ensemble, ils sont le principal actionnaire de 90 % des entreprises du S&P 500, le principal indice boursier américain. L'emprise est un peu moindre en Europe, mais reste très forte. En France, BlackRock et Vanguard possédaient respectivement 2,3 % et de 2 % du CAC 40 fin 2016,

contre 1,5 % et 1 % fin 2012, selon une étude d'Euronext. BlackRock a recruté comme conseillers George Osborne, l'ancien chancelier de l'Echiquier britannique, ou encore Philipp Hildebrand, l'ancien banquier central suisse. Ces sociétés sont beaucoup moins supervisées que les banques. Est-ce elles qui provoqueront la prochaine catastrophe financière ?

Pénurie de médicament anti-Parkinson

Face à la rupture de stock prolongée de certains dosages de Sinemet (lévodopa/carbidopa), médicament indiqué dans le traitement symptomatique de la maladie de Parkinson, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) vient d'annoncer la mise en place d'un plan d'action « *afin d'éviter toute interruption de traitement chez les patients concernés* ». Les ruptures de stock ont débuté fin août 2018 et devraient se poursuivre jusqu'en mars 2019. Une durée « *sans précédent qui nous paraît folle* », a déclaré au Quotidien du Médecin la directrice de France Parkinson Florence Delamoye.

« *Entre novembre 2017 et février 2018, nous avons connu quelques mois difficile car Sinemet et Edopar étaient tous les deux en rupture de stock* », souligne-t-elle. Dans un communiqué commun, les associations du collectif Parkinson dénoncent une « *situation préoccupante* » et une rupture de stock « *inadmissible* ». Elles interpellent la ministre de la Santé, Agnès Buzyn sur la multiplication des épisodes de rupture de stock. « *Des sanctions financières seront-elles appliquées aux laboratoires dont les plans de gestion des pénuries ne permettent pas d'apporter aux malades les soins thérapeutiques dont ils ont besoin* », questionnent-ils ? En 2017, les signalements de rupture de stock de médicaments ont augmenté de 30 %. Question : pourquoi ? Quel est le but de ces manœuvres commerciales ? Pour faire pression sur qui ? Pour obtenir quoi ?

L'État en 2019 va changer les principes du financement de la Sécurité sociale : grosse menace

C'est une vraie révolution que prépare le gouvernement dans son projet de budget 2019. À partir de l'année prochaine, il va commencer à arrêter de compenser les pertes de recettes pour la Sécu entraînées par les baisses de cotisations accordées aux entreprises au nom de la diminution du coût du travail. Ce changement aura des

conséquences importantes pour le modèle social français. Depuis des années, lorsque les gouvernements successifs accordaient des réductions de cotisations sociales aux employeurs, l'État compensait le manque à gagner pour la Sécurité sociale. Alors que les comptes de la Sécu (branche maladie, branche accident du travail et maladies professionnelles, branche retraites et branche famille) devraient connaître en 2019 leur premier excédent depuis 2001 des coupes dans les dépenses successives, le déficit porté par l'État, de son côté, continue de se creuser du fait des cadeaux aux entreprises. L'année prochaine, le déficit de l'État va ainsi augmenter pour atteindre 98,7 milliards d'euros, contre 81,3 milliards en 2018, parce que l'État va combler la perte de recettes qu'entraînera la bascule du Crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en baisse de charges patronales pérennes. Il le fera en versant une partie de ses recettes de TVA à la Sécu. Le gouvernement ne veut plus, désormais, que l'État soit l'unique financeur des baisses de charges sociales. Si une cotisation sociale baisse, ce sera à la Sécurité sociale d'assumer la perte de recettes. À partir de 2020, l'État va même puiser dans les caisses sociales pour financer les allègements de charges accumulés dans le passé ! Au nom de la baisse du coût du travail, l'État va donc rogner sur la force de frappe de la Sécurité sociale. Ce qui veut dire que, en cas de nouvelle crise économique, le système de protection sociale aura moins de recettes pour couvrir ses dépenses. Le rôle d'amortisseur de crise de la protection sociale, comme en 2008, sera supprimé. De quoi justifier à ce moment-là une réduction de la voilure des régimes d'assurances (retraites, chômage, notamment). Ce changement s'inscrit dans un mouvement depuis longtemps entamé de diminution du financement du modèle social français par les cotisations, au profit des impôts comme la CSG, payés non pas par les assurés des différents régimes mais par tous les contribuables, au nom de la solidarité nationale. Tout cela est très dangereux pour les salariés et leurs familles.

Les hôpitaux américains se rebellent

Plus de 450 hôpitaux aux États-Unis montent ensemble la société pharmaceutique Civica Rx, pour pallier la pénurie de médicaments aux États-Unis, ainsi que pour remédier à la hausse de leurs prix. Les pénuries de médicaments génériques courants se sont multipliées ces dernières années aux États-Unis. Et cela a entraîné une forte augmentation des prix. Pour prendre le problème à bras-le-corps, Intermountain ainsi que plusieurs autres systèmes hospitaliers américains lancent leur propre société pharmaceutique à but non lucratif. Le but :

lutter contre la hausse des prix et contre les pénuries chroniques. Le docteur Marc Harrison est président et PDG d'Intermountain Healthcare, un système de 22 hôpitaux basés à Salt Lake City. Il explique sur leur site : « *C'est un plan ambitieux, mais les systèmes de santé sont les mieux placés pour résoudre les problèmes du marché des médicaments génériques. Nous constatons quotidiennement que les pénuries de médicaments génériques essentiels ou que les augmentations de coûts considérables pour ces mêmes médicaments affectent nos patients. Nous sommes convaincus que nous pouvons améliorer leur situation en mettant en concurrence le marché des médicaments génériques* ». Appelée Civica Rx, la société devrait être indépendante et en collaboration avec Ascension, SSM Health et Trinity Health, ainsi qu'en consultation avec le Département des Anciens combattants des États-Unis. À elles cinq, ces organisations représentent plus de 450 hôpitaux aux États-Unis. Au programme de cette nouvelle société, donc, la commercialisation de 14 médicaments génériques courants rares et dont les prix ont augmenté ces dernières années. Pour l'instant, les noms de ces médicaments n'ont pas été révélés. Civica Rx présentera début 2019 une demande à la Food and Drug Administration, organisme américain qui autorise la commercialisation des denrées alimentaires et des médicaments. L'entreprise devra probablement commencer par passer des contrats avec des fabricants existants pour concevoir les médicaments sous son étiquette. Elle pourra ensuite développer ses propres installations. L'initiative pourrait inspirer d'autres pays. En France, le risque de pénurie de médicaments vitaux menace aussi, comme nous l'avons signalé plus haut. Cela fait penser au pôle public du médicament que le Pcf propose. Les idées et initiatives cheminent !

Le Sénat et l'Académie de pharmacie sonnent l'alarme sur la pénurie de médicament en France

Les chiffres sont alarmants. Après 2013, l'année 2017 connaît un nouveau pic inquiétant. Environ 530 produits figurant sur la liste des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ont fait l'objet d'une rupture de stock et/ou de tensions d'approvisionnement en 2017, soit 30 % de plus qu'en 2016. Toutes les classes thérapeutiques sont impactées mais le trio de tête concerne des anticancéreux (5FU, vincristine...), des anti-infectieux (antibiotiques, vaccins, antiviraux) et des médicaments du système nerveux. Les causes de cette pénurie sont multifactorielles. Devant la mission sénatoriale, le Dr

Patrick Maison, directeur de la surveillance de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a énuméré les principales raisons : déséquilibre entre la production et la demande (25 % des causes), problèmes dans la chaîne de production (20 %), défaut de qualité des produits finis (20 %) ou encore difficultés en approvisionnement en matière première (15 %). « *Les arrêts de commercialisation sont rarement la cause de rupture, même si cela peut fragiliser un secteur où il y a peu d'alternatives* », précise le Dr Maison. L'Académie de pharmacie, première instance à lancer l'alerte dès 2008, avance d'autres facteurs : une réglementation contraignante et surtout le prix français de certaines molécules indispensables. En clair, le tarif actuel de certains anticancéreux ou antibiotiques anciens n'inciterait pas les laboratoires à investir dans leur fabrication. « *On constate une dégradation au niveau français comme au niveau européen* », souligne l'Académie de pharmacie.

Les rapaces se lancent dans la téléconsultation remboursée

Le site de prise de rendez-vous médical en ligne Doctolib est sur les rangs. La téléconsultation est un « *prolongement naturel* » de Doctolib, explique le groupe qui propose déjà à 60 000 professionnels de santé français ses services de prises de rendez-vous médicaux sur internet. La start-up revendique 20 millions de visites de patients par mois sur ses plateformes françaises et allemandes. L'objectif est les téléconsultations remboursées par la CNAM. Des téléconsultations par visioconférence, qui ne pourront être proposées par les médecins qu'à leurs patients déjà connus, sauf exceptions, et qui devront passer par leur médecin traitant. D'autres acteurs commerciaux profitent du lancement de la téléconsultation remboursée pour faire la promotion de leurs services sans être éligibles à un remboursement par la Cnam, car elles ne respectent pas ces conditions. À terme nous aurions des médecins qui vous consulteraient depuis des pays étrangers selon le principe de plates-formes bien connues dans le reste du commerce. Or la médecine ne peut être un commerce ! « *Des plateformes laissent entendre qu'elles vont réussir à se faufiler dans les mailles de la convention et que nous ne serons pas capables de faire la distinction entre une plateforme commerciale offshore et une plateforme territoriale. C'est faux, nous pourrions très bien le voir* », a déclaré directeur général de la Cnam, lors du congrès des centres de santé. L'Allemagne est le second marché de Doctolib, uniquement dans la prise de rendez-vous médical pour le moment...

Incroyable mais vrai : Levothyrox : l'Agence du médicament invoque la loi du secret des affaires pour ne pas communiquer des informations, accuse l'avocat de patients

Maître Emmanuel Ludot affirme sur franceinfo ne pas avoir pu obtenir toutes les informations qu'il souhaitait sur la nouvelle formule du Levothyrox. La première application connue de la loi validée en juillet 2018 sur le secret des affaires concerne le dossier sensible du Levothyrox. Ce médicament est accusé d'avoir des effets indésirables. Une information judiciaire est même ouverte au pôle santé de Marseille. Dans cette affaire, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) invoque cette nouvelle loi pour censurer un document apportant des précisions sur cette nouvelle formule du Levothyrox, selon maître Emmanuel Ludot, qui défend des dizaines de patients qui ont porté plainte pour tromperie et mise en danger de la vie d'autrui. « *La première surprise c'est de découvrir qu'il y a eu une autorisation modifiée de mise sur le marché du Levothyrox de façon très discrète pour ne pas dire clandestine au beau milieu du scandale par le laboratoire Merck en novembre 2017* », raconte l'avocat à franceinfo. « *La deuxième surprise* », poursuit-il, « *c'est que je reçois un document qui est complètement caviardé, expurgé, je n'ai que quelques pages de l'autorisation modifiée de mise sur le marché du Levothyrox au motif que l'on m'oppose le secret des affaires. Je m'attendais à tout sauf à ça. J'ai bien compris l'habileté de l'ANSM qui a attendu sciemment six mois pour me répondre, ils ont attendu que cette loi soit promulguée en juillet dernier.* » De son côté, le laboratoire allemand Merck, également contacté par franceinfo, répète que son médicament est fabriqué « *en Europe* » sans livrer plus de précision. De nombreux malades se demandent si certains comprimés du nouveau Levothyrox ne venaient pas d'une usine chinoise de Merck, les normes dans ce pays n'étant pas toujours les mêmes qu'en Europe. Des explications qui ne satisfont pas Emmanuel Ludot, en colère : « *On est dans la dissimulation la plus totale et pour faire en sorte qu'on ne soit pas informés, on nous oppose une loi qui n'a strictement rien à voir avec le droit à la santé* ». Le collectif « *Informer n'est pas un délit* » dénonce une situation inacceptable et demande au gouvernement de rendre rapidement publique la totalité des informations concernant le nouveau Levothyrox.

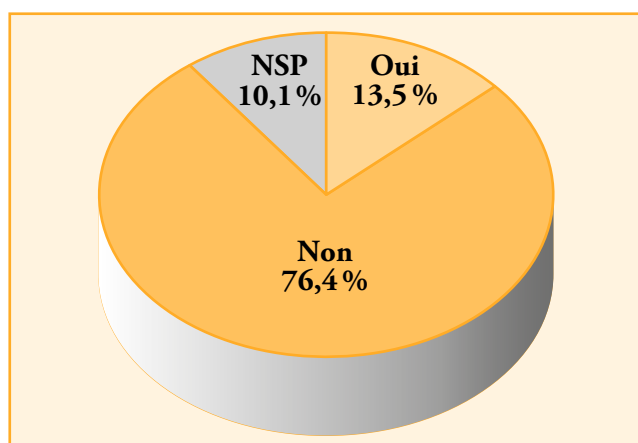
James Allison et Tasuku Honjo, récompensés pour leurs travaux sur l'immunothérapie du cancer par le Prix Nobel 2018

Les immunologistes James Allison, de l'université californienne de Berkeley, et Tasuku Honjo, de l'université de Kyoto, viennent de recevoir conjointement le prix Nobel de médecine pour leurs découvertes à l'origine de l'immunothérapie du cancer. Au début des années 1990, le Pr Allison s'interroge sur la raison pour laquelle le système immunitaire ne réagit que faiblement aux cellules tumorales. En étudiant les protéines membranaires des lymphocytes T, il découvre CTLA-4 un récepteur dont l'activation inhibe la réponse des lymphocytes T. En 1994, les études précoces sur un modèle de souris atteintes de mélanome ont montré qu'un inhibiteur de CTLA-4 pouvait stopper la progression de la tumeur voire entraîner sa régression dans certains cas. Le premier essai clinique débutera dès l'année suivante, mais il faudra attendre 2011 pour que le premier inhibiteur de CTLA-4, l'ipilimumab, soit autorisé dans le traitement du mélanome métastatique par la FDA et l'agence européenne du médicament (EMA). C'est à Marseille que ce récepteur est mis en évidence pour la première fois en 1987, par l'équipe de Pierre Golstein, du Centre d'immunologie de Marseille-Luminy (CNRS/Inserm/Aix-Marseille Université). « *Le rôle de cette molécule n'était pas bien connu au départ*, explique Pierre Golstein au « *Quotidien* », *nous nous inscrivions dans une approche qui consistait à identifier de façon systématique les molécules impliquées dans la cytotoxicité. Nous en avons découvert plusieurs, mais la subtilité de CTLA-4 est qu'elle ne faisait pas directement partie du mécanisme de la cytotoxicité : Elle le régulait. Cela n'a été compris que plus tard.* ». Le Pr Tasuku Honjo, de l'université de Kyoto, a apporté une contribution précieuse sur l'immunothérapie des cancers en 1992 avec la découverte d'un autre récepteur membranaire des lymphocytes T : le PD1. Le premier anti-PD1, le nivolumab, a reçu une autorisation de mise sur le marché en 2014 aux États-Unis et en 2015 en Europe. « *Il y a 10 ans, la plupart des patients atteints de mélanomes mourraient en quelques mois. Maintenant, plus de 60 % d'entre eux sont encore vivants au bout de 3 ans* », déclare Thomas Perlmann, le secrétaire du comité du prix Nobel de Physiologie ou de Médecine.

Télémédecine : nous avons écrit que la télémédecine était le cache-misère de la pénurie de médecins

Les médecins ne sont pas loin de le penser. Voici le résultat de l'enquête flash publiée sur lequotidiendumedecin.fr en septembre.

Allez-vous proposer la télémédecine à vos patients ?



Enquête réalisée en ligne du 24 au 30 septembre 2018
(436 participants)

Dr Denis Mukwege : un gynécologue Prix Nobel de la paix

Ce n'est que justice : Le Prix Nobel de la paix a été attribué ce 5 octobre au gynécologue congolais Denis Mukwege, qui soigne les femmes victimes de viols et de violences sexuelles, ainsi qu'à la Yazidie Nadia Murad, ex-esclave du groupe « État Islamique », qui se bat aussi pour mettre fin à l'emploi des sévices sexuels comme arme de guerre. « Denis Mukwege et Nadia Murad ont tous les deux risqué personnellement leur vie en luttant

courageusement contre les crimes de guerre et en demandant justice pour les victimes », a déclaré la présidente du comité Nobel, Berit Reiss-Andersen. « Un monde plus pacifique ne peut advenir que si les femmes, leur sécurité et droits fondamentaux sont reconnus et préservés en temps de guerre », a-t-elle ajouté. À la suite de la destruction de son l'hôpital en 1996, au cours de la première guerre du Congo, le Dr Mukwege fonde l'hôpital de Panzi, au sud de Bukavu (capitale de la province du Sud-Kivu). Ouvert en 1999, Panzi devient rapidement une clinique du viol alors que le Kivu sombre dans la deuxième guerre du Congo (1998-2003). « Ma première malade en 1999 avait été violée, puis on lui avait introduit une arme dans l'appareil génital et fait feu. Elle avait tout le bassin détruit. Je pensais que c'était l'œuvre d'un fou, mais la même année, j'ai soigné 45 cas semblables », témoigne-t-il. Cette « guerre sur le corps des femmes », comme l'appelle le médecin, continue aujourd'hui. Chaque jour, l'hôpital accueille des dizaines de femmes venues de tout le Kivu, mais aussi du Rwanda ou du Burundi (en décembre 2014, 42 264 femmes avaient été traitées). Ces dernières années, les médecins « réparent » aussi des bébés, des enfants, victimes de viol utilisé comme une arme de guerre. « C'est un homme droit, juste et intègre mais intraitable avec la médiocrité qui veut faire de Panzi un pôle de référence aux normes internationalement reconnues », dit de lui le Dr Levi Luhiriri, médecin de l'hôpital. « En 2015, on avait observé une diminution sensible des violences sexuelles. Malheureusement, depuis fin 2016-2017, il y a une augmentation », confiait le Dr Mukwege à l'AFP en mars 2018. Le médecin a par ailleurs lancé en 2014 le mouvement féministe masculin, V-Men Congo. Des prises de paroles courageuses alors que sa sécurité est régulièrement mise en danger. Le Dr Mukwege a échappé de peu à une tentative d'attentat en 2012 (qui a coûté la vie à son garde du corps). Entre deux voyages à l'étranger, comme cette année en Irak pour lutter contre la stigmatisation des femmes violées yazidies, le Dr Mukwege vit dans la fondation de Panzi, sous la protection permanente de soldats de la Mission des Nations unies au Congo (Monusco).

Les notes de lecture

« *Parlez-vous cerveau ?* »

**De Lionel et Karine Naccache, aux éditions Odile Jacob, Paris 2018, 215 pages,
par Evariste Sanchez-Palencia, membre de l'Académie des sciences**

Ce livre est issu d'une série de courtes émissions radio pour vulgariser les connaissances en neurobiologie. Grâce à l'utilisation systématique de nouvelles technologies, dont l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), il s'agit là d'un domaine en rapide développement, dont les médias signalent chaque jour des avancées, souvent mal décrites et peu intelligibles. Le neurologue Lionel Naccache, grâce au concours de son épouse (non spécialiste), réussit à passer en revue les bases générales de cette discipline passionnante en utilisant des analogies et des descriptions facilement compréhensibles pour le non-initié. En particulier, la terminologie nécessaire est introduite et expliquée, ce qui donne son titre au livre ; mais celui-ci est bien plus, c'est bel et bien une description sommaire de l'état de connaissances actuelles dans la matière. Bien entendu, il serait illusoire d'attendre de ce petit livre à la lecture agréable une vision précise des phénomènes

neurobiologiques, souvent paradoxaux et éloignés des idées reçues. Ainsi, le fonctionnement des neurones miroir (probablement à l'origine de l'empathie) ou « la perception est une construction » sont particulièrement intéressants. Les passages sur la conscience et la prise de conscience ont été certainement insuffisants pour dissiper mon ignorance ; en revanche, j'ai particulièrement apprécié la description du fonctionnement normal de notre cerveau, qui en recevant une information construit automatiquement un modèle du futur ou d'un éventail des futurs possibles, que la suite des événements conduit à corriger, modifier et affiner, tout en construisant simultanément le nouveau futur possible ; c'est ce que les auteurs décrivent par « le cerveau parle au futur présent » (notre cerveau ne cesse donc pas d'anticiper ce qu'il va vivre, cela fait partie de notre condition humaine).

« Probablement approximativement correct. Les algorithmes de la nature pour apprendre à vivre et à prospérer dans un monde complexe » de Leslie Valiant aux éditions Cassini

Par Michel Limousin

Comment la vie a-t-elle pu se développer dans un monde complexe et inconstant ? Comment faisons-nous pour prendre continuellement des décisions, sans l'appui d'une théorie et à partir d'informations incomplètes et hasardeuses ? Comment font les animaux ?

Dans « Probablement approximativement correct », Leslie Valiant nous propose une synthèse magistrale de l'apprentissage, de l'évolution et de l'intelligence. La clé : les algorithmes d'apprentissage. Ceux-ci sont aujourd'hui au cœur des applications d'intelligence artificielle, mais bien plus que cela, ils sont au cœur du vivant. Les organismes calculent – qu'on pense à la façon dont l'ADN régule l'activité des cellules – et l'adaptation par sélection naturelle n'est qu'un apprentissage automatique : s'adapter, c'est, par un mécanisme complexe mettant en jeu plusieurs générations, apprendre de l'environnement. Apprentissage à partir de l'environnement encore, les comportements individuels et collectifs qui permettent aux animaux de survivre et de prospérer. Quant aux concepts nécessairement imprécis qui sont le produit des apprentissages sans théorie, c'est sans doute pour

les traiter que s'est développée l'intelligence humaine : ce qu'on appelle le bon sens.

La théorie que Valiant présente dans ce livre extrêmement ambitieux inspirera nombre de chercheurs. Elle montre en même temps comment la nature nous a menés jusqu'ici et où la technologie va nous conduire ensuite, et elle éclaire déjà des questions fondamentales, comme le débat sur l'inné et l'acquis ou les possibilités réelles et les limites de l'intelligence artificielle.

Leslie Valiant est professeur d'informatique théorique et de mathématiques appliquées à l'université Harvard. Il a reçu le prix Nevanlinna, décerné par l'Union mathématique internationale, et le prix Turing, considéré comme le Nobel de l'informatique.

Ce livre est traduit de l'anglais par le Professeur Ivan Lavallée, directeur de la revue communiste « Progressistes » et est préfacé de Cédric Villani. La préface est flamboyante de clarté. À lire !

Courrier des lecteurs

Plan Santé 2022 ou poudre aux yeux ?

Par le Dr Alain Brémaud, syndicaliste

Alors que les sondages mesurant la confiance des Français pour le président Macron et sa politique sont en chute libre et que les élections européennes approchent, il semble que le responsable de l'exécutif a choisi encore « la com » pour tenter de remonter la pente. Ainsi, lui qui pour beaucoup d'observateurs est le président privilégié des 1 % les plus riches de notre pays, a présenté un plan « pauvreté » qui apparaît bien « pauvre » en mesures et moyens par rapport aux enjeux. Il semble qu'il soit entré en campagne pour les élections européennes faisant des promesses électorales... Mais en est-il ainsi aussi du Plan Santé 2022 (date ou il souhaite être réélu) qu'il a tenu a présenté lui même comme le plan « pauvreté »...!

A. Quels sont les problèmes essentiels qui se posent à la population de notre pays en matière de santé ?

- L'accessibilité sociale aux soignants, examens complémentaires, traitements. Rien dans ce plan n'évoque cette problématique alors que près de 9 millions de personnes doivent chaque année renoncer aux soins dont ils ont besoin. Rien sur les prises en charge par la sécurité sociale, rien pour remettre en cause les remboursements successifs.
- La prévention, les actions de santé publique, l'éducation sanitaire sont le parent pauvre de notre système de santé et avec ce plan ils le resteront. Toujours des plans de prévention édictés chaque année sans que soit envisagé qui seront les effecteurs obligés afin que ces plans soient réalisés de manière homogène sur l'ensemble du territoire. Pire, rien sur la santé au travail, la santé scolaire, la médecine sportive, la PMI, ... Au contraire, la mise en place d'un service sanitaire obligatoire pour les étudiants soignants, afin qu'ils assurent (quelques semaines chacun) les actions de prévention, illustre la haute idée que notre gouvernement se fait de la santé publique à l'échelon national.
- L'accès aux urgences et l'organisation de celles-ci bien peu évoquées.
- L'accessibilité territoriale aux soins qu'il faut envisager à deux échelons est considérée comme un problème organisationnel. D'ailleurs pour le président, les problèmes liés à notre système de santé sont seulement organisationnels et non liés à des problèmes d'effectifs, de moyens, de budgets.

En effet l'accessibilité territoriale est à deux niveaux : la présence sur un territoire des différents soignants nécessaires et par ailleurs que ceux-ci soient accessibles socialement, voire pratiquent le tiers payant.

Sur ce point, la réorganisation envisagée que nous étudierons plus loin n'est pas à la hauteur et peut même apparaître comme un écran de fumée.

B. Quelles sont les mesures « phares » évoquées dans ce plan ?

- Réorganisation au niveau hospitalier. Les hôpitaux seront labellisés en trois niveaux (proximité, de recours et de référence) mais rien n'exclut la poursuite de la fermeture de lits et de services hospitaliers. Les praticiens hospitaliers auront un mode de recrutement et un statut uniques... tout en conservant des CDI. En contrepartie ces praticiens pourront plus facilement avoir un exercice mixte (exercer conjointement en libéral ou avoir une consultation privée à l'hôpital). Pour ce qui concerne les financements de ces établissements la T2A représentera 50 % au lieu de 60 % de leurs ressources. Création d'un mode de financement au forfait pour deux pathologies chroniques.
- Augmentation insuffisante du budget de la santé avec un Ondam à 2,5 % qui risquent d'être grignotés considérablement par l'inflation actuelle.
- Suppression du Numerus Clausus : une bonne chose mais tout dépend de ce que sera vraiment le double système qui devrait le remplacer.
- Pour réduire les conséquences des déserts médicaux et plus généralement de l'insuffisance du nombre de soignants sur l'ensemble du territoire national plusieurs rustines sont proposées :
 - Afin d'augmenter le rendement des médecins, ce qui risque d'avoir des conséquences sur la qualité des soins, il est proposé la création, en 2022, de 4 000 assistants médicaux partiellement financés la première année et réservés aux médecins libéraux regroupés (bien peu sont concernés sur les 106 000 médecins libéraux). Ce concept pose plusieurs questions en dehors de son financement partiel : assistant aux soins ou au travail administratif, ou les deux ? Quelle place par rapport aux infirmières ? n'est-ce pas le risque de créer des sous officiers de santé aux tâches médicales subalternes et de

diminuer la qualité des soins? S'il s'agit d'aider les médecins en les dispensant du temps passé pour le travail administratif, pourquoi ne pas envisager cette mesure pour les médecins salariés, par exemple pour les centres de santé qui le réclament et qui l'ont mis en place depuis plusieurs décennies. Ce serait équitable. S'il s'agit de petits actes de soins qui peuvent être effectués tout en dialoguant avec le malade, quel gain de temps pour le praticien? Par contre ce sera une diminution du temps consacré au dialogue médecin-patient.

- Pour lutter contre les effets des déserts médicaux et faciliter l'accessibilité territoriale, création exceptionnelle de 400 postes de médecins généralistes salariés à exercice mixte pour une période de deux ou trois ans. Ceux-ci seraient salariés par des hôpitaux ou des centres de santé situés dans des territoires prioritaires. Là aussi les centres de santé sont pionniers en la matière dans plusieurs régions sans aide significative jusqu'à présent. Mais comment ces postes seront-ils financés? Quand? En totalité ou en partie? Et dans deux ans, que se passera-t-il? Pourquoi cette volonté d'incitation au double statut libéral-salarié? Le mode libéral semble être à plusieurs reprises dans ce document, contrairement à tous les constats effectués auprès des professionnels et des usagers, le modèle d'avenir du ministère.
- Développement de l'espace numérique personnel, du dossier médical partagé, de l'aide à la consultation, de la téléconsultation: rien de nouveau...
- Financement (à définir en volume et répartition) de 1 000 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé d'ici 2022, application de la loi de 2016 et qu'on appelle depuis 30 ans le travail en réseau. Rien d'innovant en la matière sauf le vocabulaire. Il paraît illusoire d'attendre de cette organisation entre professionnels « très incités », organisation qui

existe déjà et qui a déjà été tentée, la solution à tous les maux: déserts médicaux, urgences, prévention, hospitalisations, permanence des soins,...

Toutefois, là où ils sont, nombreux sont les centres de santé déjà dans la démarche des CPTS en s'inscrivant activement dans les contrats locaux de santé.

Le mouvement des centres de santé revendique depuis plusieurs années une évolution des réglementations les régissant afin de tenir compte des territorialités: définir qui doit créer ces structures? Où? Qui doit les cofinancer? Envisager que les instances (état, région, département, ville, association, mutuelle) en charge des populations d'un territoire soient les cocréateurs, codécideurs et cofinanciers des centres de santé. Définir les règles de gouvernance pour associer professionnels et patients. Edicter les situations aboutissant à la création obligatoire d'un centre de santé. Définir un statut d'établissement public ambulatoire pour l'ensemble du pays avec un statut commun des personnels de ces centres. Ces questions et bien d'autres devaient être envisagées avec Mme Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, au 58^e Congrès National des Centres de Santé organisé par l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (thème central du congrès: Pour un service public de santé de proximité) les 11 et 12 octobre à Paris. La ministre s'y est exprimée dans un discours résumé avec humour par la presse en une phrase: Je vous ai compris...!!!

On sait combien, historiquement, ce genre de propos peut recouvrir de vagues promesses qui ne seront jamais tenues. Encore de la poudre aux yeux!

On le voit, rien d'exceptionnel dans ce plan qui privilégie mesurette et réorganisations souvent déjà en cours, négligeant des chapitres essentiels et sous-estimant l'importance des personnels compétents, des difficultés des usagers, du temps, des moyens et des finances.

Extrait de la chronique des quatre jeudis de Rolland Cazeneuve (septembre 2018)

Le Directeur de l'hôpital de Tarbes aurait-il peur des communistes ?

Depuis le début de l'année les parlementaires communistes, ont entamé un tour de France des hôpitaux. Ainsi plus de cent établissements ont été visités. Dans ce cadre, j'avais pour la section de Tarbes du PCF sollicité la sénatrice communiste du Val de Marne Laurence Cohen pour venir à l'hôpital de Tarbes. Programmée dans un premier temps le 2 juillet cette venue a dû être annulée du fait que le Directeur de l'hôpital avait ce jour-là une réunion de CTE à l'hôpital de Lourdes dont il est aussi le Directeur. Qu'à cela ne tienne nous avons tenté de reprogrammer la venue de la sénatrice au moment de la Fête de l'Huma des Hautes Pyrénées qui aura lieu les 6 et 7 octobre. Nous avons donc proposé au directeur de venir à l'hôpital le lundi 8. Voyant la réponse du Directeur tarder sans énoncer de raison, il fallut bien se rendre à l'évidence, la venue de la sénatrice communiste ne lui apparaissait pas souhaitable. Sans raison valable, celui-ci tenta de dissuader Laurence Cohen de venir. « Pourquoi vous avez choisi l'hôpital de Tarbes, pourquoi vous n'allez pas à Pau ? » tenta de questionner ce monsieur. Diantre qu'aurait à cacher ce directeur. Arait-il si peur que ça que la sénatrice entende la souffrance des personnels, voie l'état de son hôpital, tente de le dissuader de construire un hôpital commun entre Tarbes et Lourdes. À croire. Aux dernières nouvelles le Directeur devait soumettre la demande de visite de la sénatrice à son ARS... À suivre!

Un plan santé pour changer l'hôpital, oui, mais dans quel sens ?

Récemment j'ai écrit un article sur l'hôpital pour le journal de mon syndicat, « On dirait le Sud ». En voici la teneur: « En cette rentrée, chacune, chacun, ici, connaît bien les conditions dans lesquelles il effectue son travail tous les jours dans les services de notre hôpital de Lannemezan. Globalement, nous sommes sans doute, mieux lotis que beaucoup d'autres établissements de notre pays, mais il n'en demeure pas moins que les politiques de santé de ces dernières décennies ont eu pour effet la dégradation des conditions de travail des personnels avec pour conséquence, malgré l'évolution des matériels et des techniques de soins, une plus grande difficulté de prise en soins de notre population. Les restrictions budgétaires successives ont imposé des suppressions de postes et de

lits amenant à une situation de flux tendu génératrice de plus de souffrance au travail. Les attaques ont porté aussi sur l'amenuisement du service public hospitalier, de son rôle central, en faisant, trop souvent, la part belle au secteur privé lucratif. Depuis des mois des personnels, des soignants, des médecins de différents hôpitaux ont lancé des cris d'alerte, allant jusqu'à la grève de la faim, face à la dégradation due aux choix politiques successifs. La question est de savoir où va-t-on pour les mois et les années à venir. Plus d'austérité, de restrictions, moins de service public, donc plus de souffrances encore pour soignants et soignés, ou bien un renforcement des moyens pour un service public hospitalier moderne retrouvant totalement son rôle pivot dans l'organisation des soins en France. Le Président Macron, avec à ses côtés sa Ministre idéologique, pro « Buzyness », Madame Buzyn, vient de présenter avec grand fracas médiatique son plan Santé censé définir la santé pour les 50 ans à venir. Ni plus, ni moins! Eh bien, c'est un flop! Présenté comme prenant en compte les difficultés de l'hôpital autour de 5 axes: la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et la régulation, le virage numérique, la formation et la qualité de vie au travail des professionnels et l'organisation territoriale des soins, il entérine, de fait, l'austérité pour le service public. Les salariées et salariés ayant participé aux 1 700 conflits sociaux, recensés par les syndicats depuis un an, dans la santé et les Ehpad, n'ont, une fois de plus, pas été entendus. En fin de compte la campagne de communication cache des mesures qui vont encore plus détériorer les conditions de travail des salariés et les financements des hôpitaux publics. La marotte de ce pouvoir, encore plus que d'autres, est bien de réduire le service public et de tenter de faire disparaître le système de solidarité matérialisé par la Sécurité Sociale. Le Président des riches et des lobbys, Macron, n'est pas là pour améliorer la vie des gens, mais pour satisfaire les privilégiés qui l'ont désigné comme étant celui qui servirait leurs intérêts. Le plan Santé que vient de nous présenter Macron est donc, sans bonne surprise, il a pour objectif de parachever le travail de sape contre l'hôpital public entamé depuis déjà plusieurs décennies. L'hôpital est soumis à une double contrainte, celle d'une politique néolibérale destructrice et celle des évolutions très rapides, des connaissances et des techniques, des besoins des populations et du contexte épidémiologique dans un contexte où l'époque actuelle appelle à un système coopératif et intégré répondant aux besoins des gens et des territoires. Pour cela, il faudrait

abroger les lois Bachelot et Touraine et les remplacer par **une nouvelle loi de santé publique** mettant la coopération et la démocratie au cœur du fonctionnement hospitalier. Cela suppose : la suppression des GHT, remplacés par des coopérations volontaires, la suppression des pôles, le renforcement décisionnel de toutes les instances. Concernant le lien hôpital/ville, l'urgence sanitaire, due au manque de médecins généralistes, impose la création d'**un service public de soins primaires**. La nouvelle loi devrait avoir aussi un volet Psychiatrie, un volet Démocratie sanitaire, un volet Numérique et un volet Prévention. Concernant la Démocratie sanitaire il est nécessaire que les agents hospitaliers et leurs représentants, puissent sortir du musellement actuel pour pouvoir penser, véritablement, leur travail. Les CME, CTE et CHSCT, notamment, doivent avoir de nouveaux pouvoirs décisionnels. Les Conseils de surveillance doivent être remplacés par de nouveaux Conseils d'administration avec parité décisionnelle pour les représentants des salariés, des élus et des usagers.

Depuis les Ordonnances Juppé de 1995, les pouvoirs successifs, ont imposé la baisse des moyens hospitaliers jusqu'à l'étranglement actuel. Il faut donc, supprimer ces enveloppes fermées mortifères et décider, dès 2019, d'une augmentation de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) d'au moins 4,5 %. Il faut aussi supprimer la Taxe sur les salaires et la TVA que payent les hôpitaux, ainsi que supprimer la T2A et la remplacer par un mode de financement répondant aux besoins en mettant en avant des critères d'efficacité sociale et non, comme le préconise Madame Buzyn, en renforçant le système de concurrence en vue de privatiser au maximum. Le financement actuel du « parcours de soins » doit être abrogé car il a pour but de faire la part belle à la médecine libérale, donc privée, et aux groupes, voraces, de santé privée. C'est donc **un véritable plan d'investissement hospitalier** qui devrait être inscrit au budget de l'État pour sauver l'hôpital public et le développer afin qu'il réponde à l'ensemble des besoins de santé dans notre pays. »

Documents

Pénurie du médicament : jackpot pour les laboratoires

Contribution des sénatrices Laurence Cohen & de Cathy Apourceau-Poly au nom du groupe CRCE à la Mission d'information « Pénurie de médicaments et de vaccins » d'Octobre 2018

Alors que les pénuries de médicaments et de vaccins se développent de plus en plus en France comme dans les autres pays européens, la création de la mission d'information à l'initiative du groupe « Les Indépendants » a permis de mener de nombreuses auditions afin d'établir les causes de ces carences et de proposer quelques pistes pour y remédier. Nous tenons à saluer l'ampleur du travail conduit par le rapporteur de la mission d'information et remercier l'ensemble des personnes auditionnées pour la qualité de leurs réflexions sur les causes et les remèdes à apporter à ces pénuries. Si nous partageons les constats établis par la mission concernant les pénuries dues aux défaillances des industriels privés, nous regrettons que les préconisations ne remettent pas davantage en cause la logique financière qui prévaut, ne permettant pas de garantir un égal accès aux soins pour toutes et tous.

Le médicament n'est pas un produit industriel comme un autre, c'est un bien commun de l'humanité qui peut soulager, soigner, guérir. Or, les laboratoires pharmaceutiques considèrent la production de médicaments comme la production d'un simple bien marchand, qui se doit d'être rentable. On ne parle pas ici de petites marges de bénéfices nécessaires pour vivre. Le marché mondial du médicament représente un chiffre d'affaires dépassant les 1 000 milliards d'euros ! Profits considérables au détriment des besoins de santé des populations. D'autant que les grands laboratoires pharmaceutiques jouent sur tous les tableaux en prélevant, dans tous les pays du monde, les systèmes de prévoyance et les fonds publics comme, en France, celui de la Sécurité sociale.

Ce rapport d'information ne rompt pas véritablement avec cette logique. Ainsi, pourquoi vouloir proposer, pour assurer un retour de la production des médicaments en France, objectif que nous partageons, la baisse de la fiscalité pour les industriels du médicament qui bénéficient déjà largement des aides publiques ? Rappelons que ces multinationales de l'industrie pharmaceutique bénéficient déjà, dans notre pays, du Crédit Impôt Recherche (CIR)

pour un montant d'environ 600 millions d'euros en 2012⁽²⁴⁾.

Ainsi, la mise en place d'exonérations fiscales et d'aides publiques (propositions 3,4,5,6) serait pour les laboratoires une aubaine ne garantissant absolument pas le non-recours à la délocalisation de la production, une fois le temps de l'expérimentation achevé. Seules des mesures coercitives seraient de nature à mettre un terme aux ruptures de stocks si dans le même temps la puissance publique disposait de sa propre capacité de production de médicaments. Instituer (proposition 8) un programme public de production et de distribution de quelques médicaments par la pharmacie centrale des armées et par l'agence générale des équipements et produits de santé est un premier pas positif vers une maîtrise publique du médicament, ce que nous soutenons totalement puisque nous l'avons proposé dès le quinquennat de François Hollande. De même, s'appuyer sur l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) est important mais ces missions de contrôle ne peuvent se faire à moyens constants. Contrairement au Projet de loi de finances pour 2018 qui avait supprimé 20 postes à l'ANSM, il faudrait recruter davantage de personnels et augmenter la dotation de l'Agence.

Le système actuel est gangrené par la recherche de profits et seule la sortie de la sphère marchande du médicament pourra mettre un terme aux ruptures de stocks. Cela passe par la création d'un Pôle public du médicament garantissant la transparence et la démocratie sanitaire via un Conseil national du médicament. Nous y reviendrons.

Les problèmes de pénuries étant communs à tous les pays européens, nous proposons que ce Pôle public du médicament soit mis en place en France et en Europe dans le cadre d'une politique commune entre les États-membres.

24 Rapport d'information de la Commission des affaires sociales du Sénat n°739 sur la politique du médicament, par MM. Gilbert BARBIER et Yves DAUDIGNY

Les industriels responsables des pénuries de production des médicaments et de vaccins

* La course aux profits se fait au détriment de l'approvisionnement des médicaments et des vaccins

Les pénuries de médicaments et de vaccins ont pour origine soit l'arrêt de fabrication imposée par les autorités de contrôles, soit les stratégies concurrentielles de certains laboratoires qui organisent la pénurie pour augmenter leurs tarifs (on estime qu'en 2017, plus de 500 médicaments se sont retrouvés en rupture de stock, soit 30 % de plus qu'en 2016). Ainsi en décembre 2017, la Haute Autorité de santé a remis un rapport sur la pénurie de vaccins contre les infections à pneumocoque qui concluait que « *cette pénurie fait suite à des choix stratégiques des laboratoires Sanofi Pasteur et MSD Vaccins* » et qu'« *un arrêt de commercialisation du vaccin Pneumo 23 a conduit à un déficit de la couverture des besoins de vaccination des populations concernées* ». Depuis des mois, les 200 000 malades de Parkinson doivent faire face à des ruptures de stocks de Sinemet, un médicament de fond utilisé dans leur traitement. Or, le réapprovisionnement n'est prévu que pour mars 2019, et les associations de malades tirent le signal d'alarme face au risque de rupture de soins dans les sept mois à venir. Cet exemple récent est symptomatique de la pénurie de médicaments et de vaccins en France qui se développe dangereusement notamment pour les médicaments anticancéreux, ceux pour lutter contre la maladie de Parkinson, ou encore les vaccins. Les stratégies de sous-traitance et de délégation ont démunis de leurs propres outils industriels, les grands opérateurs qui, lors de problème de sécurité ou d'anomalies constatées par les Agences sanitaires américaine, européenne, ou japonaise, sont obligés de stopper la fabrication dans le monde entier. Les ruptures de stocks des médicaments et des vaccins représentent un danger pour les malades et en particulier pour les enfants et les personnes âgées, considérés comme plus vulnérables. Il en est de même lorsqu'un industriel décide de changer de formule et d'arrêter de produire l'ancienne avec toutes les conséquences que nous avons vues en matière de vaccination ou avec le Levothyrox, pour ne prendre que cet exemple.

* Les défaillances des laboratoires privés engendrent un coût humain et financier pour l'hôpital et la Sécurité sociale

Outre les effets hautement préjudiciables pour les malades, ces pénuries de médicaments et de vaccins engendrent un surcoût pour les établissements de santé. Dans un contexte d'austérité budgétaire imposée à

l'hôpital, les établissements sont obligés de consacrer des postes dont la seule mission est de gérer les pénuries de médicaments. Ainsi, lors de l'audition de l'Ageps il nous a été signalé qu'au sein de l'AP-HP, la gestion des pénuries de médicaments et de vaccins représente 16 ETP (équivalent temps plein). On estime que chaque établissement de santé consacre 1 ETP uniquement aux recherches de sources alternatives d'approvisionnement. Suite à la création des Groupements hospitaliers de territoires (GHT), un problème est apparu avec la nouvelle organisation des commandes. Alors que ces regroupements devaient permettre une mutualisation des achats et de fait une baisse des coûts, ils peuvent avoir une conséquence inverse. En effet, plusieurs établissements différents s'adressaient à des laboratoires différents, s'entraînant en cas de pénurie. Aujourd'hui, 1 GHT s'adresse à 1 laboratoire et se trouve plus facilement démunis en cas de crise du fait même de la concentration des productions sur un faible nombre de laboratoires. Enfin, les pénuries engendrent un surcoût pour l'assurance maladie qui est obligée, d'une part, de renégocier les tarifs avec les laboratoires concurrents qui multiplient leur prix par trois ou cinq et, d'autre part, obligent à rechercher les produits équivalents disponibles dans les autres pays européens avec une dépense plus élevée. Or, ce sont les assurés.e.s sociaux qui payent finalement ce surcoût des médicaments. C'est donc une double peine pour les malades qui n'ont pas accès à leur traitement alors qu'ils cotisent au système de solidarité nationale.

Retrouver une maîtrise publique dans la politique du médicament

* La production publique de médicaments

Il est urgent de retrouver une maîtrise publique du médicament qui assure la transparence des prix des médicaments, l'absence de pénurie et la démocratie sanitaire. Actuellement, la puissance publique est totalement impuissante face aux pénuries car elle ne dispose pas d'outils pour produire elle-même les molécules et les médicaments. Pourtant il est indispensable de rétablir une gouvernance publique qui puisse pallier les défaillances des industriels dans la fabrication des médicaments et des vaccins. Ainsi, comme le proposait Daniel Bideau, vice-président de l'UFC Que Choisir et membre du bureau de France Assos Santé « *nous avons besoin dans le cadre d'un politique du médicament, d'une structure d'observation indépendante de la fabrication et de la distribution* ». La recherche de rentabilité des entreprises doit interroger dès lors qu'il s'agit de faire du profit sur les médicaments et donc sur la santé publique. Les tentatives de régulation du marché du médicament, menées jusqu'à

présent, ont toutes échoué, et les laboratoires continuent de mener une guerre commerciale en surfacturant les médicaments en cas de défaillance du concurrent. Seul le retour de la puissance publique permettra de mettre fin à la marchandisation de la santé!

Les prix astronomiques de certains médicaments sont les conséquences d'un système opaque de négociation entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les représentants des entreprises du médicament. Loin de réguler les tarifs ou de garantir la disponibilité des médicaments, les décisions politiques de ces dernières années ont aggravé la situation actuelle. Le crédit d'impôt recherche (CIR) censé favoriser l'emploi scientifique et l'investissement dans la recherche a été reversé aux actionnaires au détriment des salarié.e.s. Ainsi, l'entreprise Sanofi, qui a bénéficié d'un crédit d'impôt qui a plus que doublé entre 2008 (70 millions d'euros) et 2015⁽²⁵⁾ (150,7 millions d'euros), a supprimé dans le même temps plus de 5 000 emplois notamment dans la recherche. Seule la puissance publique peut garantir aux patient.e.s la fourniture des traitements considérés comme pas assez rentables par certains industriels privés.

Ainsi, lorsque les pouvoirs publics ont appris dans les années 2008-2009, l'arrêt de la production de Mexilétine par le laboratoire, l'Agence Générale des Équipements et Produits de Santé (Ageps) a repris le produit pour le fournir aux patient.e.s pour lesquels il n'existait pas de traitement alternatif. Les syndicalistes de l'entreprise Sanofi ont confirmé que « *les industriels cherchent à réduire au maximum leurs coûts de production et privilégient la production à flux tendus en raison du caractère coûteux de la constitution et la gestion des stocks.* » Contrairement aux industriels, la puissance publique peut investir sur plusieurs années et amortir les coûts de constitution et de gestion des stocks des médicaments indispensables pour la population. Cette situation est d'autant plus insupportable pour les patient.e.s, que les laboratoires utilisent en réalité les ruptures de stocks pour augmenter leurs tarifs, car leur situation de quasi-monopole permet par exemple de surfacturer les produits lorsque le concurrent est défaillant.

* Un pôle public du médicament en France et en Europe

Les pénuries de médicaments concernent chaque État européen. Les pénuries de médicaments et de vaccins démontrent l'urgence d'une politique alternative de santé avec la création d'un pôle public du médicament

piloté démocratiquement par un Conseil National du Médicament. Au sein de celui-ci s'élaborerait la formulation des besoins de santé et se prendraient les orientations et les décisions en toute transparence associant aussi bien les représentant.e.s de l'État et de la Sécurité sociale, que ceux des professionnels du secteur et de leurs syndicats, de la recherche, du développement, de la production et de la distribution, des usagers, des élu.e.s nationaux et des collectivités territoriales sous forme de plusieurs collèges. Ce conseil national du médicament devrait pouvoir décider de la production ou non de certains médicaments et vaccins « indispensables ». Cette idée dépasse largement le cadre des parlementaires communistes comme l'a illustré l'audition de M. François Caire-Maurisier pharmacien en chef de la pharmacie centrale des armées, en préconisant que « *l'État acquiert un site de production chimique fine pour les substances actives* ». Il s'agit aussi d'une question de souveraineté nationale pour ne pas rester dépendants de laboratoires étrangers.

C'est le sens de notre proposition de décliner le pôle public du médicament au niveau européen. Ses missions comprendraient également le développement et le financement public de la recherche, sous contrôle citoyen, afin d'en assurer l'indépendance. La Secrétaire générale de la Ligue nationale contre le cancer, Mme Catherine Simmonin, proposait « *de relocaliser la production des molécules de base irremplaçables, environ 36 en oncologie, sur un site européen contrôlé par la puissance publique européenne* ».

Aujourd'hui, quels sont les outils juridiques à notre disposition pour permettre à la puissance publique de pouvoir intervenir efficacement?

La licence d'office?

En France, l'article L. 613-16 du Code de la propriété intellectuelle prévoit que :

- « Si l'intérêt de la santé publique l'exige et à défaut d'accord amiable avec le titulaire du brevet, le ministre chargé de la propriété industrielle peut, sur la demande du ministre chargé de la santé publique, soumettre par arrêté au régime de la licence d'office, dans les conditions prévues à l'article L. 613-17, tout brevet délivré pour :
- a) Un médicament, un dispositif médical, un dispositif médical de diagnostic in vitro, un produit thérapeutique annexe ;
 - b) Leur procédé d'obtention, un produit nécessaire à leur obtention ou un procédé de fabrication d'un tel produit ;
 - c) Une méthode de diagnostic ex vivo.

25 Derniers chiffres disponibles sur le montant du CIR dont a bénéficié Sanofi

Les brevets de ces produits, procédés ou méthodes de diagnostic ne peuvent être soumis au régime de la licence d'office dans l'intérêt de la santé publique que lorsque ces produits, ou des produits issus de ces procédés, ou ces méthodes sont mis à la disposition du public en quantité ou qualité insuffisantes ou à des prix anormalement élevés, ou lorsque le brevet est exploité dans des conditions contraires à l'intérêt de la santé publique ou constitutives de pratiques déclarées anticoncurrentielles à la suite d'une décision administrative ou juridictionnelle devenue définitive.

Lorsque la licence a pour but de remédier à une pratique déclarée anticoncurrentielle ou en cas d'urgence, le ministre chargé de la propriété industrielle n'est pas tenu de rechercher un accord amiable. »

Pour véritablement lutter contre les pénuries de médicaments, il faut, d'une part, rétablir des pouvoirs publics de production des médicaments et, d'autre part, lui donner la possibilité d'utiliser les outils à sa disposition pour dépasser les barrières de brevets des médicaments.

Or, quelles que soient les ministres de la santé, elles ont, jusqu'à présent, soutenu qu'il n'y avait pas matière à renforcer ce dispositif en l'introduisant sous forme d'amendements dans les différents projets de lois ayant trait à la santé tout en reconnaissant ne pas avoir les outils pour la mise en œuvre de cette licence d'office. Là où il n'y a pas de volonté politique...

Conclusion :

Les faits, le vécu de chaque citoyen.ne démontrent que les industriels privés ne sont pas en mesure de garantir aux malades l'approvisionnement continu de certains médicaments ou vaccins. L'intervention publique est donc indispensable à travers un Pôle public du médicament disposant, notamment, des capacités de production et de stockage. Une politique alternative de santé est possible et réaliste en s'appuyant sur les outils et l'expérience de l'Agence générale des équipements et produits de santé et de la Pharmacie centrale des armées.

La création d'un pôle public du médicament va de pair avec une totale transparence dans les décisions et donc la mise en œuvre réelle de la démocratie sanitaire. Il est en effet indispensable pour rétablir le lien de confiance entre les citoyen.ne.s et les autorités sanitaires de les informer ainsi que les professionnels de santé dès qu'un doute sur l'intérêt d'un médicament apparaît. Pour ces raisons notre groupe a refusé de voter en faveur du rapport de la mission dont les préconisations ne répondent pas à l'urgence de l'intervention publique pour stopper les pénuries de médicaments et des vaccins.

Plus que jamais le médicament est un élément stratégique dans toute politique de santé et il est urgent de le faire sortir de la loi du marché.

Déclaration CGT au conseil de la CNAM du 2 octobre 2018

Avis sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2019

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui nous est soumis aujourd'hui marque une rupture fondamentale avec les principes qui ont gouverné jusqu'à présent la Sécurité sociale. Il remet en effet en cause l'un des principes essentiels sur lesquels s'est construite cette dernière : l'autonomie des finances sociales à l'égard du budget de l'État. Jusqu'à présent, ce principe qui s'incarne notamment dans la distinction entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale n'avait pas été mis en cause. Ainsi, la CSG, qui est considérée comme un impôt par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, avait pourtant toujours été affectée à la Sécurité sociale et ses fonds de financement (Fonds de solidarité vieillesse et CADES). Cette séparation entre finances publiques et finances sociales était notamment garantie jusqu'à présent par le principe de compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales institué par la loi Veil de 1994. Il avait déjà été mis en cause par la loi de programmation des finances publiques 2018-2022, qui prévoyait une affectation des excédents des administrations de Sécurité sociale au budget de l'État, dont nous avons toujours dénoncé le manque de transparence, est ouvertement remis en cause par les lois de finances pour 2019, et notamment ce PLFSS. Mais avec ce projet de loi, une ligne rouge est franchie.

Ainsi que l'a indiqué le ministre du budget et des comptes publics M. Darmanin lors de la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 25 septembre dernier, « *les règles de partage du financement de la baisse des prélèvements obligatoires entre l'État et la Sécurité sociale seront renouvelées. L'État continuera d'assurer une compensation stricte par crédits budgétaires des exonérations ciblées de cotisations sociales. Les autres baisses de prélèvements obligatoires seront désormais, pour celles créées à compter de 2019, supportées par la sphère à laquelle le prélèvement est affecté. Ainsi par exemple, l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires sera financée par la Sécurité sociale.* » En outre, le Gouvernement pose un principe de solidarité financière État/ Sécurité sociale. Sur la base de ce principe, les ressources fiscales affectées à la Sécurité sociale seront progressivement diminuées. Ainsi, les versements de TVA qui représenteront en 2019 près de 25 % du produit de cette taxe seront

progressivement diminués. La Sécurité sociale devient ainsi une variable d'ajustement du budget de l'État.

Rappelons que la CGT n'a jamais été favorable à un financement fiscal de la Sécurité sociale. Ces financements de la Sécurité sociale par l'impôt sont la conséquence de l'explosion des exonérations de cotisations sociales que la CGT a toujours combattue, et qui représenteront plus de 50 Mds € par an, avec la transformation du CICE en baisses de cotisations sociales.

Ces choix remettent en cause la logique qui préside à la Sécurité sociale : les cotisations sociales, y compris les cotisations dites « patronales » ne sont pas des « charges » qui viendraient grever la compétitivité des entreprises, elles sont la part socialisée des salaires perçus par les salariés, et ces exonérations ne sont rien d'autre qu'une baisse des salaires. Leur explosion à un niveau inédit jusqu'à ce jour de dénaturer la Sécurité sociale. La CGT conteste que cette explosion des exonérations ait été favorable à l'emploi, et de manière plus générale au développement économique. Le bilan de ces exonérations est pour le moins incertain et a pour conséquence le développement d'emplois précaires dans le meilleur des cas. C'est pourquoi la CGT revendique une remise en cause ces exonérations, dans le cadre d'une réforme globale du financement de la Sécurité sociale mettant le Travail au cœur du développement économique.

En tout état de cause, la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales par la diminution de 6 points des cotisations patronales jusqu'à 2,5 SMIC et la suppression quasi totale des cotisations employeurs au niveau du SMIC modifient profondément la logique de notre système de protection sociale, ces exonérations représentent une baisse de 40 % de la rémunération brute : la CGT y est totalement opposée. De plus, la nouvelle exonération, non compensée, des heures supplémentaires est totalement antiéconomique, C'est un non-sens d'inciter les entreprises à développer les heures supplémentaires, alors que notre pays connaît encore 9 % de chômeurs. Rappelons que selon l'OFCE, la précédente exonération avait fait perdre plusieurs dizaines de milliers d'emplois.

Si le Gouvernement se félicite du retour à l'équilibre prévu en 2019 des comptes de la Sécurité sociale, celui-ci tient certes à l'amélioration de la croissance, et notamment à la hausse de la masse salariale, ce qui doit nous rappeler que le retour au plein-emploi et la hausse des salaires constituent le plus sûr moyen d'amélioration de la situation financière de la Sécurité sociale. Mais à y regarder de plus près, ce retour à l'équilibre résulte largement d'une austérité encore renforcée. La sous-indexation des pensions de retraite, en violation du Code de la Sécurité sociale est proprement scandaleuse. De même la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé est un très mauvais message.

Alors que la croissance spontanée des dépenses de santé serait de 4,5 % en 2019, la hausse de l'ONDAM ne serait que de 2,5 %, ce qui induirait, selon le Gouvernement, 3,8 Mds € d'économies nouvelles. Contrairement aux années précédentes le détail de ces économies n'est pas détaillé par poste. Rien n'est prévu dans cet ONDAM pour faire face aux besoins de l'hôpital public, et en particulier aux importants besoins humains, qu'ont portés les nombreuses luttes des personnels. De la même manière, si l'existence de besoins dans les EHPAD est reconnue. Les moyens alloués sont très loin de ce qui serait indispensable.

Si certaines mesures annoncées sont positives, comme des avancées dans une véritable politique de prévention (lutte contre les addictologies, place de la vaccination, plan autisme ou renforcement de la prévention jusqu'à l'adolescence) encore faut-il que de réels moyens soient mis en place.

Par contre d'autres sont largement illusoire. Ainsi, le reste à charge 0 sur l'optique, le dentaire, et l'audition, abusivement appelé « 100 % santé » ne sera réalisé que progressivement, et sera pris en charge largement par les assurés à travers une hausse des cotisations de leurs complémentaires par une augmentation moyenne de 5 %. De plus les personnes restant sans complémentaires santé, de plus en plus nombreux supporteront un reste à charge et les accords passés avec les professionnels de santé ouvrent la voie à de possibles libertés tarifaires. De même, les restes à charge des patients sont beaucoup plus importants que ce que l'on voudrait bien nous faire croire. En effet de par les dépassements d'honoraires, les franchises, la participation forfaitaire d'1 €, les déremboursements de médicaments des années précédentes et de celles à venir, les pénalités, et bien d'autres illustrent pour les malades une augmentation des frais de santé. Sinon, comment expliquer les progressions

constantes des inégalités de santé, le non-recours aux soins révélé par les acteurs du soin, de la santé et du social. Alors que nous partageons les non-recours aux droits pour la CMUC et l'ACS, souvent par la complexité des démarches administratives, la méconnaissance de ces droits, la peur de la stigmatisation, les problèmes d'accompagnement dans l'accès aux droits, etc. Faire évoluer l'ACS peut sembler une bonne idée. Mais les propositions de ce PLFSS ne répondent pas à cette attente. Alors que le plafond de la CMUC à 734 € est déjà largement inférieur au seuil de pauvreté à 50 % soit 846 € et concernerait les très très pauvres, la solution ne consiste pas à faire payer les très pauvres parce qu'ils perçoivent plus de 734 €.

Notre pays devrait avoir l'ambition de prendre en compte le seuil de pauvreté tel que définit au niveau européen, soit 60 % du salaire médian, soit 1 015 € et couvrir l'ensemble de ces populations afin qu'elle puisse se faire soigner dans de bonnes conditions sans grever leurs maigres revenus. Pour la CGT il n'est pas question de faire la distinction entre les très très pauvres et les très pauvres.

Nous exprimons une réelle volonté d'amélioration de la qualité des soins en établissements mais le système de l'intéressement ou des pénalités peuvent être assimilés à la carotte et le bâton envers ces structures et nous ne pouvons y souscrire. Ce PLFSS répond aussi aux exigences des entreprises du médicament. Des médicaments princeps, des génériques, des bio similaires apparaissent aujourd'hui les médicaments hybrides... la prescription tout comme l'utilisation de ces différents médicaments doivent faire l'objet d'un réel partage avec la population autant sur leurs bénéfices que sur leurs risques. De plus les modifications sur les possibilités d'extension sur les Autorisations temporaires d'utilisation des médicaments répondent à nouveau aux exigences des entreprises de ce secteur. Une vigilance accrue sur ces extensions doit être mise en œuvre pour éviter toutes dérives.

Nous ne pouvons approuver pour ce point comme les précédents, le système de récupération des indus quelle qu'en soit la cause sur l'ensemble des prestations de Sécurité sociale. Ce PLFSS présente la particularité de profondes modifications remettant en cause notre Sécurité sociale par de possibles transferts d'excédents obtenus par l'austérité des mesures au sein des branches de Sécurité sociale vers le budget de l'État. Sous couvert d'une solidarité nous assistons au renforcement de l'étatisation de notre Sécurité sociale. De plus de par des mesures floues, voire ambiguës, par des manques

d'informations et de précisions, nous estimons ce PLSS ne présente pas la sincérité de ces mesures et nous dénonçons un manque de loyauté envers les représentants des assurés sociaux que nous sommes.

La CGT émet un avis défavorable sur ce PLFSS.

Vote:

- 4 Pour: (U2P, UNAPL)
- 12 Contre: (CGT, CFDT, FO, FNATH, PQ, UNSA, Représentant des étudiants)
- 18 Prise acte: (CFTC, CGC, FNME, UNASS, CPME, MEDEF)
- 1 Abstention: (UNAF)

Le Conseil d'Administration émet un avis défavorable sur le PLFSS pour 2019

Déclaration des Administrateurs CGT CNAF sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2019 Conseil d'Administration du 2 octobre 2019

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale dont les axes ont été présentés devant la Commission des comptes de la Sécurité sociale reprend, pour l'essentiel, des annonces qui avaient déjà été faites ces derniers jours, notamment lors de la présentation du budget des finances publiques.

Il met en évidence la mainmise de l'État sur la sécurité sociale, grande conquête sociale arrachée par la lutte des travailleurs pour permettre à tous les citoyens de faire face aux aléas de la vie. Si l'heure n'était pas si grave, on pourrait se réjouir du retour à l'équilibre des comptes de la sécu - la fin du fameux « trou » de la sécu déficitaire depuis 18 ans - sauf que cela se traduit par le renoncement aux soins d'un grand nombre de patients et une nouvelle fois d'un régime de rigueur pour les familles et les bénéficiaires des minimas sociaux. Un déficit organisé par le racket exercé sur les cotisations sociales qui ne cesse de se poursuivre depuis des années. La facture sera lourde pour les retraités, les familles, les malades mais aussi les personnels de la santé et de la sécurité sociale.

Les entreprises vont bénéficier d'un gain de trésorerie de 20 milliards d'euros dès 2019 par la suppression totale des cotisations pour les salaires au Smic. Viendront s'y additionner 26 milliards d'euros de CICE au titre de 2018 et 26 milliards d'euros par la transformation du CICE en abattement de cotisations dès le 1er janvier 2019. Le Président Macron ne cesse de proclamer qu'il va redonner du pouvoir d'achat aux Français en supprimant les cotisations sociales : un semblant de pouvoir d'achat qui obligera chacun à se tourner davantage vers les mutuelles, les complémentaires et les assurances privées.

La fin des cotisations sociales, c'est la légalisation du travail au noir.

L'annonce de l'organisation d'une « solidarité financière » État - Sécurité sociale est extrêmement préoccupante. Le gouvernement entend ainsi utiliser les excédents de la sécu pour diminuer le déficit de l'État sur le dos des assurés. Concrètement, cela se traduit par la confirmation de la non-compensation, comme annoncé, de l'exonération des cotisations sociales sur les heures

supplémentaires et de la suppression du forfait social sur l'épargne salariale pour les entreprises de moins de 250 salariés.

S'agissant de l'assurance-maladie, la légère augmentation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie de 2,3 % à 2,5 % est bien en dessous des 4,5 % qu'il faudrait pour maintenir l'existant donc très loin des moyens nécessaires pour répondre aux besoins des populations. Quant aux autres annonces, elles ne répondent pas non plus aux besoins : le reste à charge 0 (rebaptisé 100 % santé) sera, en réalité, supporté par les assurés, à travers la hausse des cotisations des complémentaires. Et, la transformation de la complémentaire santé en CMUC dite « contributive » se traduira pour ses bénéficiaires par une cotisation de l'ordre de 300 euros par an.

La confirmation de la sous-indexation des pensions de retraite constitue une véritable rupture du contrat social avec les retraités, alors qu'ils subissent déjà une non-revalorisation de leurs pensions depuis plusieurs années et alors même que la loi prévoit leur indexation sur l'inflation ! Si cette mesure était prolongée, leur pouvoir d'achat se réduirait comme une peau de chagrin.

La confirmation des excédents de la branche ATMP doit, pour la CGT, être investie dans la prévention et non dans des baisses de cotisations.

Concernant la branche famille, la COG est à peine signée que des nouvelles prestations sont dévoilées par le gouvernement.

L'ensemble des mesures annoncées, dont les bonifications exceptionnelles, pour la prime d'activité, et de l'allocation adulte handicapé seront largement financées par la fin de la revalorisation annuelle indexée sur l'inflation des prestations qui va impacter le pouvoir d'achat de l'ensemble des allocataires. L'état a ainsi choisi de désindexer ces prestations sociales, en catimini. Pour la CGT, la majoration de 30 % du montant du CMG (complément du mode de garde) pour les familles ayant un enfant bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) devrait s'accompagner de

mesure de financement pour les formations nécessaires aux assistantes maternelles afin d'accueillir les enfants porteurs de handicap dans les meilleures conditions. La CGT s'étonne que cette majoration n'ait pas été intégrée dans la négociation de la COG, nous avons d'ailleurs interpellé la ministre Sophie Cluzel lors de sa venue pour un conseil d'administration sur le fait que l'accueil individuel reste le premier mode d'accueil sur notre territoire.

La mise en place d'un système de tiers payant pour le paiement du CMG structure est une bonne chose pour les familles mais concernant la prolongation du complément mode de garde à taux plein, pourquoi ne pas l'avoir maintenue jusqu'au 4^e anniversaire de l'enfant accueilli. Au passage il faut apprécier encore l'accroissement de la complexité pour les services et les familles sur la modification de la prime d'activité et du CMG. Pour un gouvernement qui veut simplifier la gestion et la compréhension des prestations c'est un bon début. !!

Au sujet de l'amélioration du recouvrement, la CGT constate que la chasse aux soi-disant fraudeurs prend une autre dimension. La majoration de la retenue mensuelle et la fongibilité interbranche pour récupérer des indus dans les prestations maladies, AT-MP, invalidité ou

retraite du débiteur est un véritable scandale. La course à la performance en matière de recouvrement prend des proportions inhumaines et va accentuer les difficultés des familles pauvres, familles dont le gouvernement se glorifie de vouloir aider. La CGT combatta cette mesure pour qu'elle ne voie pas le jour.

La CGT réaffirme qu'elle ne laissera pas détruire le modèle français de sécurité sociale qui est plus que jamais menacé et pour lequel elle porte des propositions ambitieuses. La Sécurité sociale ne peut être traitée comme une donnée comptable! Elle mérite un peu de hauteur de vue et donc un réel investissement pour faire face aux besoins et aux exigences des personnels et des usagers. La CGT émet un avis défavorable sur ce PLFSS. Paris le 2 octobre 2018.

Vote:

- 3 Pour: (U2P 3)
- 18 Contre: (CGT 3, CGT-FO 3, CFTD 3, CFE-CGC 2, PQ 2, UNAF 5)
- 14 Prise acte: (CFTC 2, PQ 2, CPME 3, MEDEF 6, CNPL-UNAPL 1)

Le Conseil d'Administration émet un avis défavorable sur le PLFSS pour 2019

Déclaration des administrateurs CGT de l'ACOSS sur le projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2019

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui nous est soumis aujourd'hui marque une rupture fondamentale avec les principes qui ont gouverné jusqu'à présent la Sécurité sociale. Il remet en effet en cause l'un des principes essentiels sur lesquels s'est construite cette dernière : l'autonomie des finances sociales à l'égard du budget de l'État.

Jusqu'à présent, ce principe qui s'incarne notamment dans la distinction entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale n'avait pas été mis en cause. Ainsi, la CSG, qui est considérée comme un impôt par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, avait pourtant toujours été affectée à la Sécurité sociale et ses fonds de financement (Fonds de solidarité vieillesse et CADES). Cette séparation entre finances publiques et finances sociales était notamment garantie jusqu'à présent par le principe de compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales institué par la loi Veil de 1994, principe confirmé par la loi organique sur les lois de financement de la Sécurité sociale de 2003.

Ce principe, qui avait déjà été fragilisé par les multiples transferts opérés depuis de nombreuses années, entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale, dont nous avons toujours dénoncé le manque de transparence, est ouvertement remis en cause par les lois de finances pour 2019, et notamment ce PLFSS. Il avait déjà été mis en cause par la loi de programmation des finances publiques 2018-2022, qui prévoyait une affectation des excédents des administrations de Sécurité sociale au budget de l'État, disposition que nous avons dénoncée, notamment à l'occasion de la discussion du rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale adopté en mai dernier.

Mais avec ce projet de loi, une ligne rouge est franchie.

Ainsi que l'a indiqué le ministre du budget et des comptes publics M. Darmanin lors de la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 25 septembre dernier, « *les règles de partage du financement de la baisse des prélèvements obligatoires entre l'État et la Sécurité sociale seront renouvelées. L'État continuera d'assurer une compensation stricte par crédits budgétaires des exonérations ciblées de cotisations sociales. Les autres baisses de prélèvements obligatoires seront désormais, pour*

celles créées à compter de 2019, supportées par la sphère à laquelle le prélèvement est affecté. Ainsi par exemple, l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires sera financée par la Sécurité sociale. »

En outre, le Gouvernement pose un principe de solidarité financière État/ Sécurité sociale. Sur la base de ce principe, les ressources fiscales affectées à la Sécurité sociale seront progressivement diminuées. Ainsi, les versements de TVA qui représenteront en 2019 près de 25 % du produit de cette taxe seront, ainsi que nous l'apprend la lecture du projet de loi de finances progressivement diminués. La Sécurité sociale devient ainsi une variable d'ajustement du budget de l'État. Rappelons que la CGT n'a jamais été favorable à un financement fiscal de la Sécurité sociale.

Ces financements de la Sécurité sociale par l'impôt sont la conséquence de l'explosion des exonérations de cotisations sociales que la CGT a toujours combattue, et qui représenteront plus de 50 Mds € par an, avec la transformation du CICE en baisses de cotisations sociales.

Ces choix remettent en cause la logique qui préside à la Sécurité sociale : les cotisations sociales, y compris les cotisations dites « *patronales* » ne sont pas des « *charges* » qui viendraient grever la compétitivité des entreprises, elles sont la part socialisée des salaires perçus par les salariés, et ces exonérations ne sont rien d'autre qu'une baisse des salaires. Leur explosion à un niveau inédit jusqu'à ce jour risque de dénaturer la Sécurité sociale.

La CGT conteste que cette explosion des exonérations de cotisations sociales ait été favorable à l'emploi, et de manière plus générale au développement économique. Au demeurant, le bilan de ces exonérations est pour le moins contrasté, comme l'attestent de nombreuses études, y compris celles réalisées dans le cadre du comité de suivi du CICE. C'est pourquoi la CGT revendique une remise en cause ces exonérations, dans le cadre d'une réforme globale du financement de la Sécurité sociale mettant le Travail au cœur du développement économique.

En tout état de cause, la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales, la diminution de 6 points des cotisations patronales jusqu'à 2,5 SMIC et la suppression quasi totale des cotisations employeurs au niveau du SMIC y compris pour les retraites complémentaires et l'assurance-chômage modifient profondément la logique

de notre système de protection sociale : la CGT y est totalement opposée.

Enfin, la nouvelle exonération, non compensée, des heures supplémentaires est totalement antiéconomique, C'est un non-sens d'inciter les entreprises à développer les heures supplémentaires, alors que notre pays connaît encore 9 % de chômeurs. Rappelons que selon l'OFCE, la précédente exonération avait fait perdre plusieurs dizaines de milliers d'emplois.

La reprise d'une partie de la dette de l'ACOSS par la CADES est une mesure positive. La CGT a régulièrement rappelé que l'ACOSS n'a pas vocation à porter une dette à long terme. Nous regrettons toutefois que cette reprise soit étalée jusqu'à 2023, ce qui expose la dette portée par l'ACOSS au risque de remontée des taux d'intérêt, risque que l'Agence centrale n'a pas les moyens de couvrir.

Le Gouvernement se félicite du retour à l'équilibre prévu en 2019 des comptes de la Sécurité sociale. Le retour à l'équilibre des comptes sociaux prévu en 2019 tient certes à l'amélioration de la croissance, et notamment à la hausse de la masse salariale, ce qui doit nous rappeler que le retour au plein-emploi et la hausse des salaires constituent le plus sûr moyen d'amélioration de la situation financière de la Sécurité sociale. Mais à y regarder de plus près, ce retour à l'équilibre résulte largement d'une austérité encore renforcée.

Alors que selon le rapport de septembre 2018 de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, la croissance spontanée des dépenses de santé serait de 4,5 % en 2019, la hausse de l'ONDAM ne serait que de 2,5 %, ce qui induirait, selon le Gouvernement, 3,8 Mds € d'économies nouvelles. Nous observons d'ailleurs que le détail de ces économies n'est, contrairement aux années précédentes, guère documenté. Rien n'est prévu dans cet ONDAM pour faire face aux besoins de l'hôpital public, et en particulier aux besoins massifs en personnels, qu'ont porté les nombreuses luttes des personnels. De la même manière, si l'existence de besoins dans les EHPAD est reconnue. Les moyens alloués sont très loin de ce qui serait nécessaire.

Si certaines mesures annoncées sont positives, comme le renforcement de la prévention (lutte contre les addictologies, renforcement de la vaccination, plan autisme ou renforcement de la prévention jusqu'à l'adolescence), d'autres sont largement illusoire. Ainsi, le reste à charge 0 sur l'optique, le dentaire, et l'audition ne sera réalisé que progressivement, et sera pris en charge largement par les assurés à travers une hausse des

cotisations des complémentaires. Il ne s'agira donc pas d'un reste à charge 0, puisqu'il sera largement pris en charge par les assurés sociaux, à travers un renchérissement des cotisations des complémentaires.

Nous partageons les analyses effectuées sur les raisons du non-recours aux droits pour les ressortissants CMUC et l'ACS, souvent par la complexité des démarches administratives, la méconnaissance de ces droits, la peur de la stigmatisation, les problèmes d'accompagnement dans l'accès aux droits, etc. Faire évoluer l'ACS peut sembler une bonne idée. Et ceci d'autant plus que le Président de la République a lancé un grand plan de lutte contre la pauvreté, mais les propositions de ce PLFSS ne répondent pas à cette attente. Alors que le plafond de la CMUC à 734 € est déjà largement inférieur au seuil de pauvreté à 50 % soit 846 € et concernerait les « très très » pauvres, la solution ne consiste pas à faire payer les très pauvres parce qu'ils perçoivent plus de 734 €.

Notre pays devrait avoir l'ambition de prendre en compte le seuil de pauvreté tel que défini au niveau européen, soit 60 % du salaire médian, soit 1 015 € et couvrir l'ensemble de ces populations afin qu'elles puissent se faire soigner dans de bonnes conditions sans grever leurs maigres revenus. Pour la CGT il n'est pas question de faire la distinction entre les très très pauvres et les très pauvres.

Enfin, s'agissant de la branche ATMP, il est positif que le Gouvernement n'envisage pas de baisser les cotisations. Nous revendiquons qu'un effort plus important soit réalisé sur le développement des actions de prévention. La sous-indexation des pensions de retraite, en violation de l'art. L161-25 du Code de la Sécurité sociale est proprement scandaleuse. Cette disposition, consécutive à la remise en cause de l'indexation des retraites sur les salaires vise à garantir un maintien du pouvoir d'achat des retraites pendant toute la durée de celle-ci, mesure qui n'empêche pas le décrochage des retraites par rapport au revenu des actifs. C'est pourquoi la CGT revendique le retour d'une indexation des pensions sur les salaires. La remise en cause de l'indexation des pensions sur l'inflation, qu'on observe depuis plusieurs années, est une rupture du pacte social qui lie les retraités au reste de la société, fondement des retraites par répartition.

Les retraites ne sont pas une prestation sociale versée par l'État selon son bon vouloir. Elles sont un salaire socialisé contrepartie de cotisations. En décidant de leur sous-indexation, le Gouvernement mine la confiance des citoyens dans leur système de retraite, au moment

où une réforme des retraites est en cours de discussion. L'absence d'une garantie minimale de maintien du pouvoir d'achat des pensions va miner la confiance des citoyens dans leur système de retraite. Cette orientation est proprement inacceptable pour la CGT. Cette sous-indexation concerne également les autres prestations sociales, notamment les allocations familiales. C'est

un nouveau coup porté à l'universalité des prestations familiales. La non-revalorisation des pensions d'invalidité, des rentes ATMP et de l'APL est elle aussi scandaleuse.

La CGT émet un avis défavorable sur ce PLFSS.

Déclaration CGT des administrateurs de la CNAV du 3 octobre 2018 sur le PLFSS 2019

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui nous est soumis aujourd'hui marque une rupture fondamentale avec les principes qui ont gouverné jusqu'à présent la Sécurité sociale. Il remet en effet en cause l'un des principes essentiels sur lesquels s'est construite cette dernière : l'autonomie des finances sociales à l'égard du budget de l'État. Jusqu'à présent, ce principe qui s'incarne notamment dans la distinction entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale n'avait pas été mis en cause. Ainsi, la CSG, qui est considérée comme un impôt par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, avait pourtant toujours été affectée à la Sécurité sociale et ses fonds de financement (Fonds de solidarité vieillesse et CADES). Cette séparation entre finances publiques et finances sociales était notamment garantie jusqu'à présent par le principe de compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales institué par la loi Veil de 1994, principe confirmé par la loi organique sur les lois de financement de la Sécurité sociale de 2003.

Ce principe, qui avait déjà été fragilisé par les multiples transferts opérés depuis de nombreuses années, entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale, dont nous avons toujours dénoncé le manque de transparence, est ouvertement remis en cause par les lois de finances pour 2019, et notamment ce PLFSS. Il avait déjà été mis en cause par la loi de programmation des finances publiques 2018-2022, qui prévoyait une affectation des excédents des administrations de Sécurité sociale au budget de l'État, disposition que nous avons dénoncée, notamment à l'occasion de la discussion du rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale adopté en mai dernier. Mais avec ce projet de loi, une ligne rouge est franchie.

Ainsi que l'a indiqué le ministre du budget et des comptes publics M. Darmanin lors de la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 25 septembre dernier, « *les règles de partage du financement de la baisse des prélèvements obligatoires entre l'État et la Sécurité sociale seront renouvelées. L'État continuera d'assurer une compensation stricte par crédits budgétaires des exonérations ciblées de cotisations sociales. Les autres baisses de prélèvements obligatoires seront désormais, pour celles créées à compter de 2019, supportées par la sphère à laquelle le prélèvement est affecté. Ainsi par exemple,*

l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires sera financée par la Sécurité sociale. »

En outre, le Gouvernement pose un principe de solidarité financière État/ Sécurité sociale. Sur la base de ce principe, les ressources fiscales affectées à la Sécurité sociale seront progressivement diminuées. Ainsi, les versements de TVA qui représenteront en 2019 près de 25 % du produit de cette taxe seront, ainsi que nous l'apprend la lecture du projet de loi de finances progressivement diminués. La Sécurité sociale devient ainsi une variable d'ajustement du budget de l'État. Rappelons que la CGT n'a jamais été favorable à un financement fiscal de la Sécurité sociale. Ces financements de la Sécurité sociale par l'impôt sont la conséquence de l'explosion des exonérations de cotisations sociales que la CGT a toujours combattue, et qui représenteront plus de 50 Mds € par an, avec la transformation du CICE en baisses de cotisations sociales. Ces choix remettent en cause la logique qui préside à la Sécurité sociale : les cotisations sociales, y compris les cotisations dites « patronales » ne sont pas des « charges » qui viendraient grever la compétitivité des entreprises, elles sont la part socialisée des salaires perçus par les salariés, et ces exonérations ne sont rien d'autre qu'une baisse des salaires. Leur explosion à un niveau inédit jusqu'à ce jour dénature Sécurité sociale.

La CGT conteste que cette explosion des exonérations de cotisations sociales ait été favorable à l'emploi, et de manière plus générale au développement économique. Au demeurant, le bilan de ces exonérations est pour le moins contrasté, comme l'attestent de nombreuses études, y compris celles réalisées dans le cadre du comité de suivi du CICE. C'est pourquoi la CGT revendique une remise en cause de ces exonérations, dans le cadre d'une réforme globale du financement de la Sécurité sociale mettant le Travail au cœur du développement économique. En tout état de cause, la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales, la diminution de 6 points des cotisations patronales jusqu'à 2,5 SMIC et la suppression quasi totale des cotisations employeurs au niveau du SMIC y compris pour les retraites complémentaires et l'assurance-chômage modifient profondément la logique de notre système de protection sociale : la CGT y est totalement opposée.

Enfin, la nouvelle exonération, non compensée, des heures supplémentaires est totalement antiéconomique, C'est un non-sens d'inciter les entreprises à développer les heures supplémentaires, alors que notre pays connaît encore 9 % de chômeurs. Rappelons que selon l'OFCE, la précédente exonération avait fait perdre plusieurs dizaines de milliers d'emplois. Le Gouvernement se félicite du retour à l'équilibre prévu en 2019 des comptes de la Sécurité sociale. Le retour à l'équilibre des comptes sociaux prévu en 2019 tient certes à l'amélioration de la croissance, et notamment à la hausse de la masse salariale, ce qui doit nous rappeler que le retour au plein-emploi et la hausse des salaires constituent le plus sûr moyen d'amélioration de la situation financière de la Sécurité sociale. Mais à y regarder de plus près, ce retour à l'équilibre résulte largement d'une austérité encore renforcée.

La sous-indexation des pensions de retraite, en violation du Code de la Sécurité sociale est proprement scandaleuse. Cette disposition, consécutive à la remise en cause de l'indexation des retraites sur les salaires vise à garantir un maintien du pouvoir d'achat des retraites pendant toute la durée de celle-ci, mesure qui n'empêche pas le décrochage des retraites par rapport au revenu des actifs. C'est pourquoi la CGT revendique le retour d'une indexation des pensions sur les salaires. La remise

en cause de l'indexation des pensions sur l'inflation, qu'on observe depuis plusieurs années, est une rupture du pacte social qui lie les retraités au reste de la société, fondement des retraites par répartition.

Les retraites ne sont pas une prestation sociale versée par l'État selon son bon vouloir. Elles sont un salaire socialisé contrepartie de cotisations. En décidant de leur sous-indexation, le Gouvernement mine la confiance des citoyens dans leur système de retraite, au moment où une réforme des retraites est en cours de discussion. L'absence d'une garantie minimale de maintien du pouvoir d'achat des pensions va miner la confiance des citoyens dans leur système de retraite. Cette orientation est proprement inacceptable pour la CGT.

La CGT émet un avis défavorable sur ce PLFSS.

Vote :

- 3 Pour : (U2P)
- 14 Contre : (3CGT, 3CFDT, 3FO, 2CGC, 2CFTC, 1PQ)
- 13 Prise acte : (7MEDEF, 3CPME, 3PQ)

Le Conseil d'Administration émet un avis défavorable sur le PLFSS pour 2019

Déclaration CGT à la CATMP du 3 octobre 2018

Avis sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2019

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) qui nous est soumis aujourd'hui marque une rupture fondamentale avec les principes qui ont gouverné jusqu'à présent la Sécurité sociale. Il présente la particularité de profondes modifications par un renforcement de l'étatisation de notre Sécurité sociale remettant en cause les fondamentaux du modèle actuel.

Pour la branche ATMP, nous allons concentrer notre propos et vous n'en serez pas étonnés, sur l'utilisation des excédents de notre branche AT/MP. S'il avance un timide rééquilibrage au bénéfice de la prévention, ce PLFSS passe une fois encore à côté de l'histoire en ne nous permettant pas de nous inscrire dans une transformation du système de santé et de la politique du travail.

Alors qu'une prise de conscience semble enfin s'étendre dans la société sur la crise du travail et nos modes de productions dévastatrices pour la nature.

Alors que cette crise dans laquelle les femmes et les hommes tombent, victimes de cette fuite en avant sans ligne d'arrivée où l'incurie de notre politique de prévention est révélée.

Alors qu'un rapport ose enfin parler de transformation globale du système de santé au travail.

Alors que la branche AT/MP a aujourd'hui les moyens de financer la révolution copernicienne dont a besoin le système de santé au travail et plus largement la démarche de qualité du travail, dans l'esprit des orientations du PST3.

Ce PLFSS à l'image de la COG ne répond en rien à tous ces défis qui n'en sont qu'un celui de l'avenir de notre pays et de notre démocratie. Ce pourquoi, à

nouveau, nous exigeons que les excédents de la branche soient maintenus pour cette politique globale de santé et du travail.

Nous pouvons aussi déplorer la baisse du budget FCAATA, fruit du durcissement de la position de l'État par rapport à la reconnaissance de l'exposition des salariés à l'amiante. Le cas de MetalTemple Aquitaine qui nous est soumis aujourd'hui en est l'exemple, puisque inscrit sous contrainte du tribunal administratif de Bordeaux.

Pour être efficace, l'utilisation de ces excédents devra aller au-delà des aides financières systématiques et permettre des actions de terrain pour aider les entreprises dans leur démarche de prévention. Des défis importants sont devant nous avec l'intensification du travail (lean), le vieillissement actif et l'inaptitude (pénibilité).

Enfin, la recherche reste un élément essentiel de la prévention. L'évolution des technologies avec le numérique ou la mise en œuvre quotidienne de nouveaux produits comme les nanomatériaux ou les agents chimiques, nous oblige à privilégier ce volet de l'action de la branche.

Pour ces raisons nous votons contre ce PLFSS.

Vote:

- Pour: U2P
- Prise d'acte: CFTC
- Abstention: MEDEF et CPME
- Contre: CFE-CGC, CFDT, FO, CGT

