



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°29
juin
2018

LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

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

Comité de rédaction

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

Comité de lecture

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

SOMMAIRE

Éditorial :

L'état de la protection sociale en France et la ligne que défendent les Cahiers de santé publique & protection sociale Par le Dr Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles :

Financiarisation et spéculation. L'Église catholique dans un processus de réflexion Par Jacques Bénézit, rédacteur en chef de La Pensée	Page 11
La France intègre le trafic de drogues dans le calcul de la richesse nationale Par le Dr Richard Lopez	Page 15
Le chômage ne baisse pas. La précarité augmente Par la rédaction du Rapse	Page 18
Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain Par le Dr Eric May, Président de l'USMCS	Page 20
Études de médecine & risques psycho-sociaux Interview du Dr Guillaume Ah-Ting, interne en médecine Par le Dr Claire Meignan	Page 27
Progrès médical / E.Santé / hôpital public Par le Dr Michel Limousin	Page 30
Note de réflexion concernant la procréation médicale assistée (PMA) Par Jean-Pierre Basset	Page 32
Salaire à vie : révolutionnaire ou gauchiste ? Par Gisèle Cailloux	Page 35
Le reste à charge en matière de soins médicaux Par Jean-Michel Cano, syndicaliste CGT, Conseiller CNAMTS/UNCAM en charge de l'assurance maladie	Page 42

Le dossier : Addictions

Les addictions chez les jeunes (14-24 ans) ; Enquête du Fonds Actions Addictions, de la Fondation Gabriel Péri et de la Fondation pour l'innovation politique réalisée par l'institut IPSOS Analyse des résultats Sous la direction de Michel LIMOUSIN, Michel MASO, Michel REYNAUD & Dominique REYNIÉ	Page 50
---	---------

<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 68
-------------------------------------	---------

Les notes de lecture

« Vaincre Macron » de Bernard Friot par Denis Durand, responsable de la commission économique du Pcf (<i>La Dispute, Paris, 2017, 132 p.</i>)	Page 76
« Changer la vie à l'hôpital. Contribution du « groupe des 26 » » par le Dr Michèle Leflon, membre du comité de rédaction des Cahiers	Page 79

<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 84
---------------------------------------	---------

L'état de la protection sociale en France et la ligne que défendent les Cahiers de santé publique & protection sociale

Dr Michel Limousin, Rédacteur en chef.

La protection sociale joue un rôle majeur en France depuis la Libération. À tel point qu'elle constitue incontestablement aujourd'hui un véritable pilier de notre république sociale. C'est reconnu dans le monde entier et longtemps elle a servi de modèle. Le colloque international de novembre 2017 organisé Place du Colonel Fabien sur le thème « *Le droit à une protection sociale pour tous les peuples* » et dont les Actes sont disponibles l'a bien montré. Ce rôle majeur est né du programme « *Les jours heureux* » élaboré par la Résistance et mis en œuvre en particulier par le gouvernement du Général De Gaulle et le ministre communiste Ambroise Croizat. Il s'agissait de répondre aux aléas de la vie qui ne peuvent être pris en charge par les seules ressources des individus : maladie, vieillesse, accident et maladie du travail, famille. Un prélèvement sur la richesse nationale alimentait la caisse nationale et chacun recevait selon ses besoins et cotisait selon ses moyens. Cela a marqué une avancée de civilisation considérable dans laquelle les lois du capitalisme étaient partiellement neutralisées. Une avancée vers le communisme finalement si on y regarde bien. Avancée qui faisait l'unanimité par ses bienfaits si ce n'est l'opposition farouche et constante des capitalistes eux-mêmes. Ce combat de classe n'a jamais cessé jusqu'à aujourd'hui.

L'originalité de ce mécanisme tient à plusieurs points :

1. Il organise un prélèvement dans les entreprises, là où se créent les richesses, en associant cotisations salariales et patronales. C'est en quelque sorte un investissement dans l'humain par un prélèvement sur les profits.
2. Ce mode de financement a permis le développement de l'économie pendant les décennies qui ont suivi, en particulier les « trente glorieuses ». Il n'a pas été un frein ni une « charge ». Il prenait en compte que c'est l'être humain qui, par le travail, crée la richesse et donc qu'améliorer la situation des travailleurs et de leurs familles améliorerait la situation économique du pays.
3. Il était géré directement par les salariés et leurs syndicats représentatifs. L'État n'intervenait pas directement dans la gestion.
4. Il reposait sur des valeurs humanistes : solidarité (des âges, des générations, des territoires, des différents niveaux de revenus), redistribution, universalité, égalité, unicité.

Bien sûr, cette ambition sociale et politique a été l'objet de luttes incessantes et la situation en 2018 résulte de différentes étapes qu'il faut garder en tête.

Après une période de développement important on peut distinguer trois phases majeures :

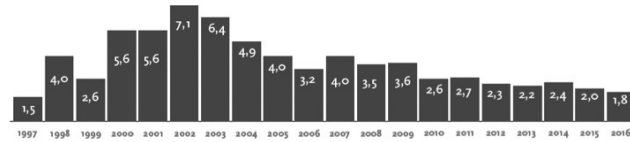
- a) La période de 1967 à 1995
- b) La période de 1995 à 2008
- c) La période actuelle

En 1967, le Général De Gaulle procède à une réorganisation par voie d'ordonnances. Il introduit la « parité » dans la gestion de la Sécurité sociale. Le mot est joli à entendre mais la réalité est qu'il a introduit le patronat dans la gestion à « égalité » avec les organisations de salariés. Le problème est que si le patronat est uni, les organisations salariées ne le sont pas. Aussi il n'a qu'à passer un accord de gestion avec une organisation minoritaire et alors il prend la main. Dans une première longue période c'est Force Ouvrière (Bergeron, Derlin) qui dirige la Sécurité sociale. Dans un second temps, FO étant discréditée, c'est la CFDT qui fait le travail, sans changer de ligne. Le but est alors de limiter les cotisations patronales et de réduire les dépenses. Pour ce faire, il fallait donc réduire l'influence de la CGT qui rappelle le a toujours porté la Sécurité sociale. 29 plans gouvernementaux de redressement de la Sécurité sociale vont alors se succéder ! Le déficit savamment organisé sert de prétexte à ces politiques d'austérité. C'est l'époque du « trou de la Sécu ». Les exemptions de cotisations patronales se multiplient, jamais complètement compensées par les aides promises par l'État. Ainsi s'instaurent un climat de culpabilisation et, sans qu'on s'en rende toujours vraiment compte, une étatisation sournoise. L'Assurance maladie est frappée (tickets modérateurs, augmentation des restes à

charge, fiscalisation). La retraite des Français est mise à contribution (le Plan Fillon en 1993 entraînera en 10 ans une baisse progressive de 20 % du pouvoir d'achat des retraités). Ces réformes provoqueront des manifestations géantes (contre le plan Seguin, contre la réforme des retraites etc.) mais les libéraux garderont le pouvoir.

En 1995, c'est le Plan Juppé qui réforme l'organisation des hôpitaux et le financement de la Sécurité sociale. Il subordonne le financement de la protection sociale à une loi annuelle qui l'encadre complètement avec un mécanisme appelé ONDAM. C'est la main mise de l'État complète sur l'institution. La CSG (première étape de la fiscalisation) est créée.

Le tableau ci-dessous montre l'impact de l'Ondam au fil des années.



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juillet 2017.

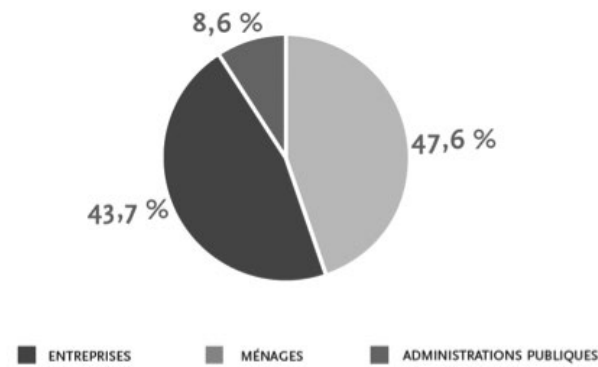
Puis arrivent les années 2000 et la crise économique de 2008. Le patronat, à côté de son objectif de réduction des cotisations patronales se fixe un second objectif : il s'agit d'asservir à ses intérêts la gestion des systèmes socialisés : mettre la main sur les retraites, sur les capitaux gérés par l'assurance maladie, faire de l'argent avec les secteurs de soins jugés comme rentables etc. C'est-à-dire que puisque les sommes considérables engagées par la protection sociale sont une nécessité sociale incontestable, il faut qu'elles deviennent profitables pour le capitalisme. C'est la politique qu'appliqueront Sarkozy, Hollande et que Macron essaie de développer en poussant au maximum l'avantage.

Signalons enfin les transformations qu'a subies la mutualité. Elle est passée d'un mouvement populaire et solidaire à une institution financiarisée agissant sur le marché de l'assurance. C'est la conséquence de choix européens qui ont imposé un nouveau code de la mutualité. Elle y perd son âme et à la fin elle sera avalée par le système assurantiel.

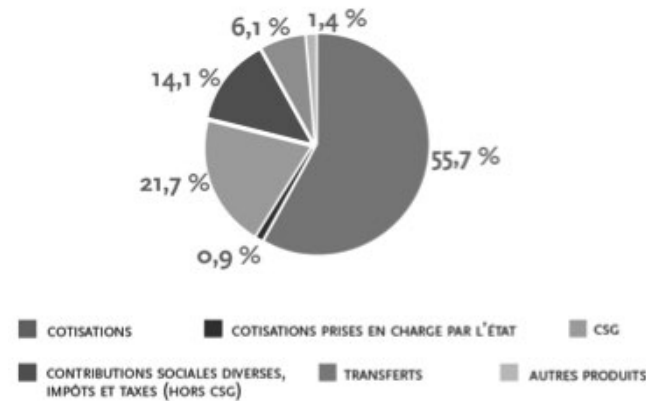
Le poids économique de la protection sociale aujourd'hui :

Lors de l'écriture de ce texte nous n'avions pas encore les chiffres certifiés pour 2017. Nous donnons donc les chiffres des prestations sociales pour 2016 selon les

données de la Sécurité sociale elle-même. La Sécurité sociale gère 9,6 millions de comptes cotisants. Elle a recouvré 486 milliards d'euros en 2016 dont 367 milliards pour le régime général. La part des principaux financeurs est la suivante :



On voit que la part venant des entreprises est en baisse constante. Il en résulte que la structure des recettes du régime général est la suivante :



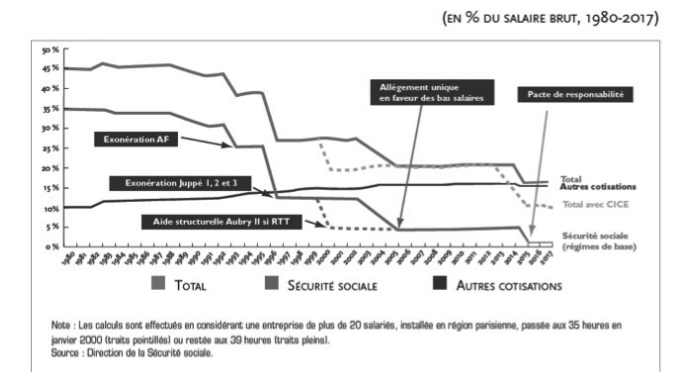
Au total la Cnam pilote les caisses primaires et gère la majorité des prestations versées dans le cadre de la protection universelle maladie. Elle couvre 92 % de la population soit 61,5 millions de personnes et finance 86 % des dépenses d'assurance maladie, soit 186,9 milliards en 2016. Les dépenses de santé représentent 11 % du PIB en 2016 (pour mémoire le PIB 2016 s'élève à 2 229 milliards d'euros).

Concernant les retraites, 14 millions de personnes sont concernées. 113,1 milliards d'euros ont été versés par la Cnav en 2016, soit 14 % du PIB. Quant à la Cnaf qui gère les prestations familiales, elle concerne 12,5 millions d'allocataires et a versé 36,8 milliards soit 1,7 % du PIB. Le régime social des indépendants a couvert 2,8 millions de personnes dont 35 % de commerçants, 37 % d'artisans et 28 % de libéraux. La Mutualité sociale agricole couvre 1,2 million de personnes dont 58 % de salariés et 42 % d'exploitants.

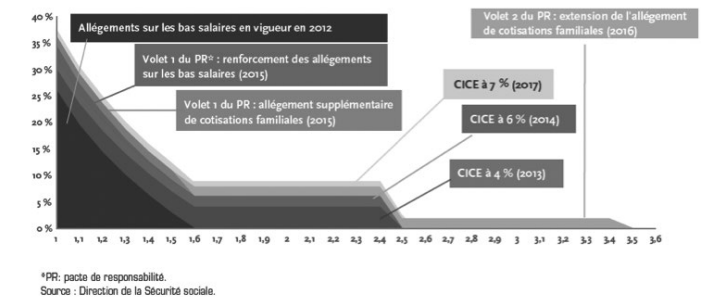
Quelles sont les orientations actuelles ?

On peut ainsi citer parmi les choses les plus criantes :

1. Dans le domaine hospitalier qui utilise 41 % des ressources de l'Assurance maladie : Développement des partenariats publics – privés ruineux au profit des grands groupes du BTP. Mise en place d'une réforme du management qui élimine les représentants de la population des conseils d'administration des hôpitaux et qui marginalise le corps des directeurs d'hôpitaux et les salariés. Mise en place d'une tarification à l'activité (enveloppe fermée) qui pousse les hôpitaux dans une course à la ressource et qui offre finalement au secteur privé la possibilité de choisir les activités jugées rentables en laissant au secteur public ce qui coûte cher. Enfin les hôpitaux sont contraints à souscrire à des emprunts auprès des banques privées parfois à des taux invraisemblables. Les hôpitaux publics voient alors leurs charges financières exploser et sont contraints à réduire la masse salariale.
2. Dans le domaine des retraites, c'est la course à la restriction des droits : augmentation de l'âge du départ à la retraite, réduction de la base de calcul des retraites, réduction du montant des retraites. Les retraites par capitalisation sont poussées en avant. La nouvelle réforme que propose Macron (comptes notionnels, à points) va supprimer la garantie de ressources des cotisants et bloquer les ressources des caisses. Cela en sera fini de toutes les garanties qui ont protégé les personnes âgées de la misère. Et bientôt suppression des pensions de réversion ?
3. Dans le domaine de la politique familiale : le pouvoir a mis fin au principe d'universalité en conditionnant les allocations au revenu des familles. Les classes moyennes sont frappées sans que les classes les plus pauvres voient la couleur de cet argent. Les caisses d'allocations sont alors bénéficiaires et renflouent les secteurs déficitaires.
4. Une politique de dispense de cotisations patronales sous prétexte d'aide à l'embauche organise une véritable trappe aux bas salaires, les employeurs ayant intérêt à maintenir leurs salariés au salaire minimum. L'évolution du taux de prélèvement effectif à la charge des employeurs au niveau du SMIC parle d'elle-même. Elle marque l'impact des mesures d'allègement en faveur des entreprises.



La réduction du coût du travail selon le niveau de salaire en 2017 est très nette :



En conclusion de cette rapide présentation on peut dire qu'il est assez facile de tracer un programme qui prenne le contre-pied de cette situation : démocratiser la protection sociale, relancer la politique salariale pour générer des ressources, investir sur l'humain, renouer avec des cotisations patronales responsables puisque la promesse de baisse du chômage n'est pas tenue, en finir avec les politiques de précarisation des individus et des familles. Et surtout renoncer à cette politique macronienne qui cultive l'individualisme, le chacun pour soi et le creusement des inégalités. Revenons aux fondamentaux humanistes de la protection sociale.

Voilà la ligne que défendent les Cahiers de santé publique & protection sociale.

Financiarisation et spéculation L'Église catholique dans un processus de réflexion

Par Jacques Bénézit, rédacteur en chef de La Pensée

Le Vatican a récemment publié, avec l'accord du pape François, un document intitulé "*Economicae et pecuniariae quaestiones*" (questions économiques et financières). Signé par la Congrégation pour la doctrine de la foi et le Dicastère pour le développement humain intégral ce texte dénonce les excès de la finance, son pouvoir de nuisance sans égal et propose de remettre l'économie mondiale sur les rails de l'éthique. Un procédé et un contenu qui notent une certaine évolution de la curie romaine.

Ce n'est pas la première fois que les institutions de l'Église catholique se préoccupent des questions économiques et sociales. Ces attentions sont indissociablement liées aux transformations politiques, économiques et sociales dans lesquelles l'Église Catholique (et les autres religions) évolue et tente d'accompagner. Une démarche qui prend appui sur un mouvement contradictoire à l'intérieur du monde catholique entre le besoin de faire évoluer leurs schémas de pensée et le poids de l'interprétation des Écritures et de la Tradition sur les consciences.

C'est le pape Léon XIII qui le premier donnera une structure à cette problématique par la publication de l'Encyclique *Rerum novarum* en 1891. Ce texte fondateur de la Doctrine sociale de l'Église apparaît dans un contexte de développement du capitalisme et de bouleversements sociaux considérables. La question du socialisme envahit le débat d'idées. Toutefois, si les documents de l'Église arborent l'évolution du monde sous un regard nouveau, les solutions, ils ne manifestent aucune volonté de changement : « *Que ceci soit donc bien établi : le premier principe sur lequel doit se baser le relèvement des classes inférieures est l'inviolabilité de la propriété privée* » précise l'Encyclique. Pour elle, « *la théorie socialiste de la propriété collective est absolument à répudier* ». Dès lors chaque individu est invité à trouver sa place dans la marche du monde dominé par le capitalisme. Le chemin est ainsi « balisé » par le compromis et la recherche d'une voie médiane. Les évêques et la papauté perçoivent la société comme une construction voulue par Dieu et faite de classes sociales différentes mais complémentaires.

L'évolution des rapports sociaux va peu à peu modifier cette conception.

Les profondes mutations intervenues dans le monde contemporain avec le développement des capacités humaines, les luttes et la poussée des peuples contre les injustices sociales influenceront les successeurs⁽¹⁾ de Léon XIII dans l'interprétation des événements de l'histoire humaine, et la façon de percevoir différemment la place de Dieu dans cette histoire. Les publications doctrinales marqueront dès lors cet infléchissement.

Le concile Vatican II (1962-1965) est une étape décisive dans l'élaboration de conceptions nouvelles. *Gaudium et Spes*, l'une des constitutions pastorales adoptées lors du concile devient un axe central : « *Dans la vie économique-sociale aussi, il faut honorer et promouvoir la dignité de la personne humaine, sa vocation intégrale et le bien de toute la société. C'est l'homme en effet qui est l'auteur, le centre et le but de toute la vie économique-sociale*⁽²⁾ ». ».

Les graves difficultés économiques et financières de 2007-2008 amènent à nouveau le pape Benoît XVI à interroger l'Église catholique sur son rôle dans les bouleversements du monde. Cette crise, dit-il, « *nous oblige à reconsidérer notre chemin, à nous donner de nouvelles règles et à trouver de nouvelles formes d'engagement, à miser sur les expériences positives et à rejeter celles qui sont négatives. La crise devient ainsi une occasion de discernement et elle met en capacité d'élaborer de nouveaux projets. C'est dans cette optique que, confiants plutôt que résignés, il convient d'affronter les difficultés du moment présent*⁽³⁾ ». Si pour le pontife la situation exige de prendre un autre « chemin » avec « confiance », il semble toujours, à l'instar de ses prédécesseurs, ne pas mesurer l'implication du système financier dans la crise.

En 2011 le Conseil pontifical « Justice et paix » (devenu aujourd'hui "le Dicastère pour le développement humain intégral") s'affranchit de l'analyse « conventionnelle » des institutions religieuses et pointe clairement la

1 Voir notamment l'Encyclique *Populorum progressio* de Paul VI (1967) et l'Encyclique *Fides et ratio*, de Jean-Paul II (1998)

2 Vatican II, *Gaudium et Spes*, paragraphe 63

3 Voir l'Encyclique *Caritas in veritate*, de Benoît XVI (2009)

responsabilité du pouvoir financier dans l'aggravation des difficultés. La note publiée par le Conseil pontifical affiche son objectif: la nécessité d'une « réforme du système financier et monétaire international », apte à satisfaire les exigences de tous les peuples. Une première dans l'Église catholique. Si l'importance des facteurs éthiques et culturels est largement évoquée, le document souligne l'urgente nécessité « de règles nécessaires à la gestion du marché financier mondial, qui a crû plus rapidement que l'économie "réelle" ». Deux causes sont mises en exergue: l'abrogation générale des contrôles sur les mouvements de capitaux associée à la tendance à la déréglementation des activités bancaires et financières et d'autre part, les progrès de la technique financière par les instruments informatiques. Une contribution qui recevra un accueil discordant dans la hiérarchie catholique et la curie romaine. Elle sera notamment l'objet de violentes critiques de la part du cardinal Bertone, à l'époque Secrétaire d'État (numéro deux du Vatican sous le pontificat de Benoît XVI), qui exigera (en vain) le retrait de ce texte.

Un discours plus tranché

Depuis mars 2013⁽⁴⁾, le pape François, ne cesse de critiquer le capitalisme. Il en a cerné et identifié les traits majeurs et ne mâche pas ses mots. Il considère, avec sévérité, que ce système « fait de la recherche du profit » et de « l'accumulation d'argent » son unique but qui, dit-il, placé entre les mains d'une poignée d'individus, entraîne l'exclusion et la marginalisation d'une grande partie des êtres humains, ce qu'il désigne par la « culture du déchet ». C'est une économie qui « tue » répète-t-il. « L'humanité vit en ce moment un tournant historique » et les peuples sont en quête de voies économiques et politiques nouvelles.

Cela conduit le pontife à poser de nouveaux jalons: « la primauté à l'humain » comme axe de tout projet⁽⁵⁾. Chercher une société plus juste n'est pas un rêve du passé, mais un engagement qui a besoin de tous, a-t-il expliqué en octobre 2017 sur la Grand-Place de Bologne devant les représentants du monde du travail.

S'il ne se détache pas totalement de la tradition catholique et n'entre pas en conflit avec les valeurs et les dogmes de l'Église, on perçoit néanmoins une approche nouvelle sur le développement contradictoire du monde.

« Les prises de position du pape François sur les questions financières ont libéré certains organismes encore marqués

par une grande prudence et rendu possible un discours plus affirmatif et plus tranché », confie⁽⁶⁾ le Père Bruno-Marie Duffé, secrétaire du dicastère pour le développement humain intégral. Une nouvelle étape dans le processus d'élaboration de la Doctrine sociale de l'Église s'engage avec "Œconomicae et pecuniariae quaestiones" au moment où le spectre d'une nouvelle crise financière hante à nouveau le monde.

Une contribution au débat

Ce document de 22 pages prend un statut officiel dans la réflexion théologique. Cosigné par la Congrégation pour la doctrine de la foi, il devient un acte de foi dont les croyants catholiques sont appelés à s'inspirer.

Il dénonce sans détour la méthode dominante des échanges dans laquelle « le simple profit est placé au sommet de la culture d'une entreprise financière, ignorant les exigences liées au bien commun » et replace l'économie au rang d'outil au service de l'homme.

« L'opportunité d'apprendre de la récente crise financière a été gaspillée » poursuit le texte, puisque « l'exploitation et la spéculation au détriment des plus faibles sont toujours une réalité ». Le document, composé de quatre chapitres, passe au crible le fonctionnement du système financier. Rappelons ici brièvement la philosophie générale de "Œconomicae et pecuniariae quaestiones"

Pour une éthique de la finance

Quel est son but?: Plus que jamais les problèmes économiques et financiers attirent notre attention en raison de l'influence croissante des marchés sur le bien-être d'une bonne partie de l'humanité souligne le texte. Cela requiert « une juste régulation » et un « fondement éthique » que « les mécanismes économiques ne sont pas en mesure de produire à eux seuls ». Il faut par conséquent construire une nouvelle économie « plus attentive aux principes éthiques » et favoriser « une nouvelle régulation de l'activité financière » qui valorise « le service à l'économie réelle » et élimine les aspects « prédateurs » et « spéculatifs ».

Ce qui est en jeu, « c'est le véritable bien être de la plupart des hommes et des femmes de notre planète qui risquent d'être mis de plus en plus en marge sinon "exclus et rejetés" du progrès et de la prospérité réelle » alors qu'une minorité exploite et se réserve les richesses. « L'heure est donc venue de favoriser la reprise de ce qui

4 Jorge Bergoglio (pape François) élu le 13 mars 2013 deviendra le premier pape venant d'Amérique latine et le premier jésuite à accéder à cette responsabilité.

5 Voir l'exhortation apostolique *Evangelii gaudium* (2013), et l'Encyclique *Laudato'Si* (2015) du pape François

6 Interview dans le journal *La Croix* du 17 mai 2018

est authentiquement humain » en éliminant les aspects « prédateurs » et « spéculatifs ».

Pour l'Église, « notre époque marque l'essoufflement d'une vision individualiste de l'homme » dans l'unique but d'optimiser les gains. Dans un monde plus juste, tout système économique doit démontrer sa capacité « à œuvrer pour le développement de tout l'homme et de tout homme ». Le produit intérieur brut (PIB) doit notamment s'appuyer sur les critères de la santé, de la sécurité, de la qualité de la vie sociale et du travail...

Le crédit a aussi une fonction sociale irremplaçable mais le fait aujourd'hui « d'appliquer des taux d'intérêt excessivement élevés et non soutenables pour ceux qui empruntent » représente « une opération non seulement illégitime du point de vue éthique, mais aussi crée un dysfonctionnement quant à la santé de l'économie ». L'activité financière doit être au service de l'économie réelle rappelle le Vatican. Ce qui est moralement inacceptable, c'est de faire fortune en abusant de sa position dominante au détriment d'autrui ou de s'enrichir en nuisant au bien-être collectif ou en le perturbant.

La spéculation sur la dette publique est qualifiée de « pratique particulièrement déplorable d'un point de vue moral et conduit un petit nombre de gens – voire d'importants fonds d'investissement – mû par pur désir de gain, à se servir des hasards d'une spéculation pour provoquer une baisse artificielle du prix des titres de dette publique, sans se soucier du fait qu'il influence négativement ou aggrave la situation économique de pays tout entiers ». Une spéculation sur la dette publique qui fait varier le cours de la monnaie et affecte le niveau de vie de tout un pays. Et cela se fait dans la plus grande opacité.

Les cardinaux signataires dénoncent l'idolâtrie de l'argent comme source de dangers. En soi c'est un bon outil mais il peut facilement se retourner contre la personne. Surtout si le statut de l'argent passe « de moyen à celui de "fin" » et si dans le même temps le travail n'est plus considéré comme un bien mais comme un simple « outil » mis à disposition du marché mondial.

Parmi les propositions mises en débat soulignons: de nouveaux paramètres pour le PIB; « une coordination supranationale » pour combler « le vide juridique institutionnel » qui représente un « terrain propice aux malversations »; la promotion des « coopératives de crédit, un crédit public au service des familles, des entreprises ou des collectivités locales, et des pays en voie de développement »; une claire distinction « de l'activité de gestion du crédit et de l'épargne et celle qui est destinée au business »; « instituer

un impôt minimum » sur les transactions financières offshore. Le texte du Vatican considère que chacun peut faire beaucoup surtout s'il ne reste pas seul et appelle les catholiques à ce qu'ils deviennent « des interprètes d'un nouvel engagement social ».

« Construire un avenir porteur de sens »

Ce document analyse avec rigueur le caractère « immoral » du système financier, et propose de réorganiser son activité pour la mettre au service de l'être humain. Pour autant au hasard de la lecture nous relevons la persistance de propos ambigus. Quelques exemples: la financiarisation du monde des affaires peut être « en soi quelque chose de positif⁽⁷⁾ » lorsqu'elle permet « aux entreprises d'accéder à l'argent grâce à l'entrée dans le champ de la libre négociation en bourse »; les produits financiers dérivés sont dépeints comme « une assurance contre les risques⁽⁸⁾ »; la théorie du ruissellement (lorsque le vase est rempli par les richesses accumulées il déborde et ruisselle vers les pauvres pour corriger les inégalités) parcourt en filigrane certains passages laissant imaginer que des aspects du système financier peuvent avoir un caractère « légitime⁽⁹⁾ »

Autant de questions non tranchées qui témoignent de l'existence d'approches différentes, voire divergentes qui se sont manifestées au sein de la hiérarchie et de l'Église catholique lors de l'élaboration du document.

« C'est de l'enfer des pauvres qu'est fait le paradis des riches » écrivait Victor Hugo dans *Les Contemplations*. Ces inégalités insupportables exigent une nouvelle éthique au fonctionnement de l'économie et interpellent chacun sur son comportement à l'égard des structures sociales ou économiques qui créent de l'injustice⁽¹⁰⁾ souligne Guy Aurenche. Agir contre ces dysfonctionnements suppose de modifier les logiques de l'économie capitaliste qui font de la recherche du profit maximum un ultime objectif. Il est grand temps de s'affronter aux choix de gestion des entreprises, des banques et des pouvoirs politiques et de donner davantage de pouvoir aux salariés.

Dans sa note de 2011, citée plus haut, le conseil pontifical « Justice et Paix » nous invite à « ne pas renoncer, et surtout à construire un avenir de sens pour les générations

7 "Œconomicae et pecuniariae quaestiones", éd La Documentation catholique paragraphe 15

8 Idem paragraphe 26

9 Idem paragraphe 10

10 Guy Aurenche, *La solidarité j'y crois*, éd Bayard, 2014

futures. Il ne faut pas avoir peur de proposer des choses nouvelles, même si elles peuvent déstabiliser les équilibres de forces préexistantes qui dominent les plus faibles. Elles sont la semence qui, mise en terre, germera et ne tardera pas à porter des fruits. ». Une invitation que Jorge Bergoglio reprend à son compte depuis son élection au Vatican : « nous voulons un changement, un changement réel, un changement de structures. On ne peut plus supporter ce système ». Derrière tant de souffrances poursuit-il on sent « l'odeur de ce que Basile de Césarée appelait "le fumier du diable" (...) J'ose vous dire, l'avenir de l'humanité est dans une grande mesure dans vos mains, dans votre capacité de vous organiser et de promouvoir des alternatives créatives⁽¹¹⁾ ». En 2017 il précise sa pensée, invitant son auditoire à avoir « le courage d'aller au-delà de l'ordre social qui prévaut aujourd'hui pour le transformer de l'intérieur » et à combattre cette économie qui transforme progressivement l'entrepreneur en spéculateur et le « spéculateur dit-il n'aime pas son entreprise, il n'aime pas les travailleurs, mais il voit l'entreprise et les travailleurs seulement comme un moyen pour faire du profit (...) licencier, fermer, délocaliser l'entreprise ne lui créent aucun problème, parce que le spéculateur utilise, instrumentalise, "mange" les personnes et les moyens pour (atteindre) ses objectifs de profit⁽¹²⁾ ». « Que le "non" à une économie qui tue devienne un "oui" à une économie qui fait vivre,

parce qu'elle partage, inclut les pauvres, utilise les profits pour créer la communion⁽¹³⁾ ».

Des propos qui dérangent au point de se voir reprocher par les catholiques les plus conservateurs et les dirigeants du monde de la finance, d'être le promoteur d'idées marxistes.

Des forces élargies se mobilisent aujourd'hui pour imaginer et promouvoir une nouvelle civilisation dans laquelle le développement de l'humain devient la finalité de toutes décisions. Une telle construction appelle l'engagement et la réflexion de toutes celles et tous ceux qui veulent changer les logiques financières qui prévalent afin de bâtir un monde commun.

Les textes du conseil pontifical « justice et paix, la détermination du pape François et le document "Economicae et pecuniariae quaestiones" récemment publié témoignent d'un souci de l'Église catholique d'approfondir et de préciser sa pensée concernant les malfaisances des marchés financiers et le besoin d'y remédier. Croyants de toutes confessions ou non croyants ont sur ces sujets leur « expertise » à faire entendre. Entrer davantage dans ces débats ne peut que favoriser les convergences pour édifier une société nouvelle.

11 Le pape François en juillet 2015 devant les mouvements populaires de Bolivie

12 En octobre 2017 lors d'une rencontre avec l'Académie pontificale des sciences sociales

13 Lors d'une rencontre sur l'économie sur l'économie de la communion organisée par le mouvement des Focolari.

La France intègre le trafic de drogues dans le calcul de la richesse nationale

Par le Dr Richard Lopez

Le gouvernement français, revenant sur sa décision de juin 2014, intégrera dans le calcul du Produit Intérieur Brut (PIB), le trafic de drogue. Il cède en cela aux exigences de Bruxelles qui demande depuis 2014 d'harmoniser les méthodes de calcul de cet indicateur de la croissance économique.

Pour envisager le sens de ce débat qui peut paraître curieux et surtout quelles conséquences pour la société et pour nous autres intervenant dans le champ des addictions, il faut comprendre ce qu'est le PIB et comment il se construit.

Le Produit Intérieur Brut, structure et évolution

D'une façon basique on considère que le PIB se calcule ainsi :

$$\text{PIB} = \text{Consommation finale} + \text{Investissement} + \text{Dépenses Publiques} + \text{Exportations} - \text{Importations}$$

La comptabilité nationale (INSEE) étudie la création de richesses par l'homme, leur répartition et leur utilisation. Les richesses sont créées lors de la production sous forme de biens et services. Ceux-ci peuvent généralement s'échanger sur un marché, si bien qu'ils possèdent une valeur monétaire. C'est cette valeur monétaire qui permet aux comptes nationaux d'agréger des produits de natures différentes et donc de présenter une image synthétique de l'activité économique.

La comptabilité nationale établit une distinction claire entre les activités qu'elle considère productives, c'est-à-dire créatrices de richesse, et les activités qui se limitent à une simple redistribution de richesses. Elle ne tient pas compte d'une multitude d'activités qu'elle considère, malgré leur utilité sociale incontestable, comme ne relevant pas du champ de l'économie (comme le travail domestique des femmes et des hommes dans leur vie privée).

On peut considérer en gros que les activités productives sont celles qui satisfont à trois critères :

- Elles reposent sur le travail humain ;

- Elles représentent une utilité pour la collectivité considérée dans son ensemble ;
- Elles peuvent être évaluées sur une base monétaire.

Le travail est la base de toute activité économique ; l'introduire dans la définition du champ de la comptabilité nationale permet d'exclure des activités productives, d'une part toute création de richesse qui ne peut être attribuée à l'homme, d'autre part l'ensemble des opérations financières. Ainsi, tout ce que la nature produit sans intervention humaine, par exemple les poissons de la mer, n'entre pas dans le champ des activités productives, contrairement à la pisciculture. De même, dans le domaine financier, un prêt n'est pas considéré comme une activité productive même s'il est utile aussi bien pour le prêteur que pour l'emprunteur.

Le point de vue de la comptabilité nationale est d'abord celui de la macroéconomie, c'est-à-dire un point de vue global. Ainsi, pour être prise en compte en comptabilité nationale, la richesse doit correspondre à une utilité sociale pour la société prise dans son ensemble et non à une utilité pour quelques-uns qui serait annulée par une nuisance pour d'autres. La comptabilité nationale doit pouvoir décrire toutes les économies, y compris celles où le marché apparaît secondaire face au secteur public ou au secteur informel. Ainsi, le vol n'est pas considéré comme une activité productive car il se fait au détriment de la personne volée. En revanche, les activités illégales comme le trafic de drogue ou la prostitution peuvent être intégrées dans le champ de la production car considérées comme réalisées sur une base volontaire, si bien qu'elles peuvent être effectivement évaluées par les comptes nationaux malgré les difficultés pratiques évidentes liées à l'absence de sources fiables.

Dans quel but ?

Le PIB figure parmi les principaux indicateurs permettant de mesurer la croissance économique. Il constitue une base de comparaison « universellement » organisée et la méthodologie mise en œuvre pour le calculer fournit de nombreuses informations (consommations intermédiaires, impôts, salaires, épargne brute, etc.). Afin

de pouvoir analyser l'ensemble des économies nationales, les comparer et organiser le marché international, un Système de comptabilité nationale (SCN) a été mis en place, défini par les Nations Unies en 1953, son guide méthodologique et sa structure (un pavé de 600 pages) sont réactualisés tous les 15 ans, sa dernière version adoptée par l'ONU est le SCN 2008, résultants d'un travail mené principalement par les services des USA depuis 2004-2005.

L'Europe a transposé cette dernière en 2010 dans le Système européen de comptabilité nationale (SEC), qui devait entrer en vigueur dans tous les États de l'UE en 2014. EUROSTAT, l'équivalent de l'INSEE, est chargé de vérifier les comptes nationaux des états et de veiller à la bonne mise en œuvre du SEC. Des inspecteurs européens d'EUROSTAT sont en charge de vérifier la bonne exécution du calcul du PIB et ont compétence pour adresser des « observations » qui, si elles ne sont pas prises en compte, permettent à l'UE de faire payer des pénalités aux états. En effet, la détermination de ce PIB sert de base à différentes contributions internationales dont, pour l'Europe celle des États au fonctionnement de l'UE, ce qui rend sensible pour Bruxelles la fiabilité et l'harmonisation des indicateurs qui servent à construire le PIB des États.

Les premières projections de l'évolution des PIB des États de la planète à l'aube du XXI^e ont permis d'anticiper la forte évolution de la Chine qui passera devant les États Unis à l'horizon 2025. Les USA ont donc dans la dernière version du SCN de 2008 demandé et obtenus l'introduction de nouveaux éléments dans le calcul du PIB, parmi les plus importants, la vente d'armes lourdes, l'intégration dans les investissements des dépenses de Recherche et Développement, mais également les retombées économiques du trafic de drogues et de la prostitution. En effet le chapitre 3.96 du SCN précise « Les actions illégales qui correspondent aux caractéristiques des transactions (notamment un accord mutuel entre les parties) sont traitées de la même manière que les actions légales. La production ou la consommation de certains biens ou services, tels que les stupéfiants, peut être illégale, mais les transactions commerciales de ces biens et services doivent être enregistrées dans les comptes ».

Ces changements méthodologiques permettaient aux USA de conserver encore de l'avance sur les chinois, d'autant que tous ces changements, afin de conserver la comparabilité des PIB d'une année sur l'autre, sont rétroactifs sur les exercices antérieurs obligeant les

comptables nationaux à reprendre toutes leurs données des années antérieures. Si la conséquence pour l'Europe n'a pas été sensible, la situation des pays européens a changé, notamment pour la Grande Bretagne qui est passé en 5^e position des PIB devant la France, principalement du fait de l'intégration de la R & D et des droits sur la propriété intellectuelle (rôle important de la BBC dans la production culturelle), entraînant ipso facto une très forte augmentation de sa contribution au budget de l'UE, contribuant ainsi au désir de certains britanniques de sortir de l'UE.

Place dans le PIB de l'économie... souterraine :

Mais comment mesurer les activités illégales? Jusqu'où faut-il les intégrer dans le calcul du PIB? A quel « prix de marché » les intégrer?

Jusqu'à présent la France estimait que certaines activités illégales ne relevaient pas d'activité « librement consentie » (prostitution forcée, dépendance à la drogue), et donc ne devaient pas être intégrées dans le PIB, à l'exception des activités de type « Escort girl » qui ont été intégrées dans la comptabilité nationale. Exit donc pour le PIB la part de la prostitution de rue car principalement fondée sur les réseaux mafieux (quid de la prostitution sur internet qui se développe considérablement?), restait donc à intégrer le trafic de stupéfiants.

Notre pratique clinique nous permet de connaître de l'intérieur la vie de certains quartiers populaires par la proximité que nous avons avec nos patients et leurs familles. Elle nous permet également de connaître au plus près la réalité de l'économie souterraine et ses effets sur la société. Nous pouvons constater que le trafic permet de « structurer » et « faire vivre » un très grand nombre de personnes. Comme le lierre ronge par ses racines les façades de vieilles bâtisses mais leur assure une cohésion qui leur permet de rester debout, l'économie souterraine gangrène la vie de ces quartiers mais demeure une réalité économique pour la plupart des habitants. L'INSEE a annoncé en février dernier qu'elle le ferait pour le prochain PIB en mai.

La méthodologie retenue s'appuie sur la valeur du produit vendu dans la rue, multiplié par la quantité consommée. Toutes ces données sont principalement issues des travaux des chercheurs de l'OFDT et de l'INHESJ (Institut National des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice). Un ouvrage de référence a été publié par la MILDECA (« L'argent de la drogue en France: estimation des marchés de drogues illicites en

France ») en 2016 mais avec des données datant pour l'essentiel de 2010. Les auteurs reconnaissent aisément qu'il ne s'agit là que d'une « approche exploratoire » d'une « estimation des chiffres d'affaires », en « déconstruisant le fonctionnement des organisations de trafic afin d'obtenir les principaux coûts que doivent prendre en charge les trafiquants ».

Les auteurs du rapport sont plutôt mesurés sur le rôle que l'INSEE entend donner à leurs travaux car « rien que sur la consommation de cannabis, qui pèse près de 50 % du marché des drogues (suivi par la cocaïne avec 39 %), elle a fortement augmenté depuis 2010. Sur la seule période 2005 à 2010, ce marché a augmenté de 30 %, qu'en est-il depuis 2010? ». « En 2016, l'expérimentation du cannabis concerne 42 % des adultes de 18 à 64 ans. La consommation dans l'année s'élève à 11 % (15 % pour les hommes et 7 % pour les femmes), cette proportion s'avérant stable par rapport à 2014. L'usage régulier estimé en 2014 concernait 3 % de la population », détaille l'OFDT dans sa dernière étude « Drogues, Chiffres clés », publiée en 2017.

La consommation semble rester stable mais les prix flambent. Un autre rapport de 2016 de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), confirme la tendance. D'après ce service de police spécialisé dans les stupéfiants, on y apprend que le gramme d'herbe était vendu « 5,50 € en 2006, 6,50 € en 2007, 7,50 € en 2011, 8,50 € en 2013 ». Le « chiffre d'affaires » du marché est donc largement orienté à la hausse et dépasserait les « 2 à 3 milliards d'euros » aujourd'hui intégrés par l'Insee dans les comptes nationaux.

Au total, avec la non-intégration des revenus du commerce de sexe clandestin et la seule intégration des revenus du trafic des stupéfiants sur la base des données de 2010, c'est une augmentation de l'ordre de 0,1 % du PIB que propose l'INSEE. Cela n'aura donc pas d'impact significatif. On reste ainsi assez loin de ce que pèse l'activité dissimulée, c'est-à-dire l'ensemble des

activités légales, mais non déclarées, dont le poids sur l'économie française « oscille entre 3 et 4 % du PIB ». Soit entre 60 et 80 milliards d'euros.

Conséquences possibles :

Ces données évolueront obligatoirement du fait d'une approche plus fine qui accompagnera cette intégration dans le PIB. Si le poids économique apparaît au premier abord très limité, son impact sociétal risque d'être beaucoup plus important.

Il est une réalité constatée par tous les statisticiens : le seul fait de mesurer quelque chose entraîne une modification de l'indicateur observé. Un peu comme en physique quantique, « plus l'intensité d'observation est grande, plus l'influence de l'observateur sur ce qui se produit est importante ». Lorsque les États Unis décidèrent d'intégrer le trafic des stupéfiants dans le PIB, il s'en est suivi une évolution des législations des États vis-à-vis du plus important produit : le cannabis. Si au niveau fédéral l'usage, la vente, la possession, la culture ou le transport de cannabis sont illégaux, chaque état peut à son niveau légiférer sur la dépénalisation de la marijuana pour un usage récréatif ou médical.

Nous assistons ainsi depuis ces 15 dernières années à une évolution considérable vis-à-vis du cannabis, de la législation des 50 États des USA avec 9 états qui l'ont légalisé, 10 qui l'ont dépénalisé et 14 qui l'ont légalisé pour un usage thérapeutique. C'est la période au cours de laquelle le travail sur l'évolution du SCN et l'adoption des mesures d'inclusion du trafic de stupéfiant dans le PIB ont eu lieu.

Ainsi l'intégration du trafic de stupéfiants, plus particulièrement du cannabis qui en représente la moitié, n'apportera pas dans l'immédiat une visibilité économique déterminante à travers le PIB, il est très probable qu'il représente la première étape d'un changement de regard de la société française et de nos élu-e-s et dirigeant-e-s sur la relation pour le moins au cannabis.

Le chômage ne baisse pas. La précarité augmente

Par la rédaction du Rapse

N.D.L.R. : nous donnons ici ces chiffres car nous pensons qu'ils ont un impact direct sur les ressources de la protection sociale

Les médias mentent quand ils annoncent la baisse du chômage, « baisse » qui sert à justifier une diminution importante des effectifs de pôle emploi (on parle de 4000 suppressions de postes). En réalité, année après année, la précarité augmente. Par exemple, en 2016, 1,927 million de chômeurs passaient de la catégorie A à la catégorie B et 1,644 M dans l'autre sens⁽¹⁴⁾. Ainsi, la même personne peut être en catégorie A tel mois et en catégorie B ou C le mois suivant. Il suffit de trouver un CDD, même de quelques heures pour passer de A à B. Pour autant, cette personne est toujours au chômage, en recherche d'emploi.

mente de + 0,2 % pour les hommes et de + 3,9 % pour les femmes.

On retrouve cette hausse du chômage pour les femmes dans toutes les tranches d'âge :

- > moins de 25 ans : H = - 0,7 % et F = +1,6 %.
- > 25/49 ans : H = - 0,3 % et F = + 3,9 %.
- > 50 ans et plus : H = + 3 % et F = + 5,2 %.

La durée du chômage est **également**, et encore, en augmentation. 45,7 % des demandeurs d'emploi en France métropolitaine ont plus d'un an d'inscription à Pôle Emploi. C'est 0,8 pt de plus en 1 trimestre et + 1,9 pt en 1 an.

Source Dares	Effectifs (en milliers)			Evolution en % sur :	
	1 ^{er} trimestre 2017	4 ^e trimestre 2017	1 ^{er} trimestre 2018	1 trimestre	1 an
France métropolitaine					
Catégorie A	3484,6	3469,2	3435,9	- 1,0	- 1,4
Catégorie B	719,5	747,4	760,8	+ 1,8	+ 5,7
Catégorie C	1303,3	1404,3	1424,3	+ 1,4	+ 9,3
Catégorie A B C	5507,3	5620,9	5621,0	0	+ 2,1
Catégorie D	318,4	276,4	261,8	- 5,3	- 17,8
Catégorie E	421,1	393,5	373	- 5,2	- 11,4
Catégorie A B C D E	6246,9	6290,9	6255,8	- 0,6	+ 0,1

Le tableau montre une augmentation du chômage des catégories A, B, C, inscrits tenus de rechercher un emploi. Mais les catégories D (en formation, malades...) et E (bénéficiaires de contrats aidés, créateurs d'entreprise) sont également touchées par la hausse.

Demandeurs d'emploi par catégorie :

Si globalement le chômage continue d'augmenter, il augmente plus fortement pour les femmes ! Pour les catégories A, B, C, sur 1 an, le chômage aug-

À remarquer aussi l'importance des cessations d'inscription pour défaut d'actualisation et des radiations administratives qui atteignent 52,3 % des sorties de Pôle Emploi (+1,9 % sur décembre), à comparer aux 20,7 % des sorties pour reprise d'emploi déclarée.

Les embauches

Selon l'étude de l'UNEDIC - qui porte sur les années de 2000 à 2016 - les embauches en CDD d'un mois ou moins, sont passées d'un peu plus de 1,5 million par trimestre à plus de 4 millions, tandis que celles de plus d'un mois n'ont pas bougé (environ > un million).

Source Acosstat	Nb de déclarations d'embauche (en milliers)			Glissements trimestriels (en %)		
	0/19 salariés	20 ou + salariés	Total	0/19 salariés	20 ou + salariés	Total
Embauche plus d'1 mois	840	1228	2068	+2,6	+4,0	+3,4
Dont CDD > 1 mois	421	657	1077	+1,3	+0,5	+0,8
Dont CDI	420	572	991	+3,9	+8,3	+6,4
CDD de moins d'1 mois	1268	3133	4401	-0,6	+2,8	+1,8
Total embauches	2108	4361	6469	+0,6	+3,2	+2,3

Estimation des déclarations d'embauche hors intérim au cours du 4^e trimestre 2017 (données CVS-CJO)

Ce tableau montre que 68 % des embauches sont des CDD de moins d'un mois (durée : 2 heures ? 1 jour ? 15 jours ?) et 84,68 % des embauches sont des CDD ! Augmentation du chômage, embauches en CDD, contrats très courts, précarité... pourtant nous sommes dans une période d'amélioration des facteurs économiques. Selon les derniers chiffres publiés mardi 15 mai le PIB aurait finalement progressé de 2,2 % en 2017.

Mais c'est l'arbre qui cache la forêt. L'Insee précise que la consommation des ménages a « nettement » ralenti (avec une hausse de 1 % à comparer avec celle de 2,1 % en 2016). Et ce, alors même que le pouvoir d'achat du revenu disponible brut des ménages a lui aussi décéléré (1,3 % après 1,8 % en 2016) « en raison de l'inflation, malgré des salaires et des revenus de la propriété plus dynamiques », (toujours selon l'Insee). À quoi s'attendre pour l'avenir puisqu'après avoir progressé de 0,7 % en fin d'année dernière, le PIB de l'Hexagone n'a progressé que de 0,3 % au premier trimestre ?

Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain

Contribution de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS)

Par le Dr Éric May, Président de l'USMCS

A. Présentation de l'USMCS et des centres de santé

I. Quelques mots à propos de l'USMCS :

L'USMCS est le syndicat représentatif des médecins salariés, médecins généralistes et médecins spécialistes, exerçant dans les centres de santé gérés par des collectivités, des mutuelles, des associations ou encore des établissements de santé. Elle est signataire de la Charte pour l'accès aux soins (Ministère de la santé, février 2018). Elle est l'organisatrice depuis 1961 du Congrès national des centres de santé. Le thème du congrès était en 2017 « En finir avec les déserts médicaux ». Celui de 2018 sera « Pour un service public de santé de proximité ».

L'USMCS accompagne depuis 2011 les porteurs de projets de centres de santé dans les déserts médicaux, et particulièrement les collectivités. Ainsi, récemment, elle a contribué à la création des centres de santé de Bergerac, La Roche-sur-Yon, Chalette-sur-Loing, l'Huisserie en Mayenne, Lacapelle-Marival (Communauté de Communes du Grand Figeac), Le Mans. Elle est membre du Collège de Médecine Générale.

Elle a créé avec ses partenaires :

- La FNFCEPPCS (Fédération Nationale de Formation et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Santé) : organisme de formation et d'évaluation des professionnels des centres de santé, elle réalise aussi des audits organisationnels et économiques des centres de santé.
- L'IJFR (Institut Jean François Rey) : l'institut de recherche des centres de santé
- SPP-IR (Soins pluriprofessionnels Innovation-Recherche) : créée par l'IJFR et la FFMPS, cette association a vocation à promouvoir la recherche en soins primaires

- La Fabrique des Centres de Santé : association à but non lucratif, elle a pour objet d'accompagner les porteurs de projets de création de centres de santé en réalisant des diagnostics locaux de santé, des activités de conseil, d'ingénierie et d'aide à la maîtrise d'ouvrage.

II. Les centres de santé dans le système de santé :

- Définis dans le Code de Santé Public par l'article L 6323-1 récemment modifié par ordonnance, ce sont des structures de soins, de prévention et de promotion de la santé de proximité de premiers recours, et le cas échéant de second recours. Ils peuvent avoir des antennes (dans des villages, des quartiers) dans lesquelles les membres de l'équipe du centre assurent des activités de soins de proximité. Ils participent à la formation médicale initiale en accueillant des étudiants en médecine (externes et internes de médecine générale), en dentaire, des élèves infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes. Ils ont obligation de pratiquer la dispense d'avance de frais (le tiers-payant) et de respecter les tarifs opposables. Les professionnels de santé exerçant en centre de santé sont tous salariés.

Les promoteurs autorisés à créer et à gérer les centres de santé sont : les collectivités (municipalités, communautés de communes et depuis janvier, les départements), les organismes à but non lucratif (associations loi 1901, mutuelles, caisses de sécurité sociale...), les établissements de santé, et les SCIC (Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif) à but non lucratif.

- En 2017, 1 800 centres sont recensés selon le Ministère de la Santé, présents sur tout le territoire. Il existe des centres de santé médicaux et polyvalents (près de

500), des centres de santé dentaires (plus de 600), des centres de santé infirmiers (plus de 600).

- Les centres de santé et leurs équipes ont élaboré, mis en œuvre et développé les principes des pratiques pluriprofessionnelles coordonnées, les notions d'équipe de soins, de médecine globale et sociale, de prise en charge populationnelle et territoriale.

B. Égalité d'accès aux soins et déserts médicaux : éléments d'analyse de l'USMCS

I. Les déserts médicaux

Ils sont une **réalité vécue par les populations d'une majorité de territoires, tant ruraux qu'urbains**. Parfois contestée par des chiffres et des macro-analyses (la densité médicale nationale n'est pas la plus basse des pays développés), cette réalité se traduit concrètement dans des territoires de plus en plus nombreux par la difficulté d'accéder dans des délais et à distance raisonnables à un médecin généraliste, de plus en plus souvent à son médecin traitant, ou encore à simplement pouvoir trouver un médecin traitant, mais aussi à accéder à des soins de second recours de proximité pour de nombreuses spécialités (ophtalmologie, rhumatologie, cardiologie, gynécologie...). **Des bassins de vie de plusieurs milliers de personnes se trouvent même aujourd'hui privés de tout médecin généraliste.**

Les conséquences sont des **ruptures de parcours de soins des patients** qui se multiplient et touchent les plus vulnérables, des médecins souvent isolés, menacés d'épuisement, en charge de files actives déraisonnables de patients, des professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, établissements de santé) privés du relais du médecin généraliste qui tentent de pallier cette absence en sortant parfois de leurs cadres de compétences. **À terme, les risques d'une dégradation significative de la santé des patients et plus largement, de la population, sont à redouter.**

Aux inégalités territoriales de santé s'ajoutent les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins et à la prévention. Elles sont souvent superposables, les premières aggravant les secondes, souvent préexistantes. L'exemple de la ville de Paris est à ce titre exemplaire : la majorité des médecins, spécialistes mais aussi généralistes, est en forte diminution (- 25 % entre 2010 et 2017) et pratique de plus des dépassements d'honoraires, excluant de fait les usagers les plus modestes. Ce phénomène se retrouve dans de nombreux centres de grandes villes, mais aussi parfois dans des zones rurales, où l'absence

d'offre alternative de secteur 1 a permis la pérennisation de telles pratiques tarifaires.

Un constat : les politiques incitatives financières à l'installation menées par les gouvernements et l'assurance maladie depuis plus de 10 ans sont en échec et parfois créent des résultats contraires aux effets escomptés (« effet d'aubaine »). Une évaluation précise de l'effet de ces mesures est impérative. En contrepartie, les collectivités et leurs élus, qui sont en première ligne face à la désertification médicale et à la détresse de leurs administrés, quoique sans compétence santé, ont investi politiquement, opérationnellement et financièrement le champ de l'organisation territoriale de proximité de la santé. Bonne ou mauvaise, leur expérience est aujourd'hui précieuse.

II. Quelles causes ?

1. La démographie médicale d'abord, dans toutes ses dimensions.

Elle n'est pas adaptée aux besoins des territoires dans sa répartition et aux besoins des usagers dans sa composition. Elle est aussi impactée par la typologie et le comportement des nouveaux professionnels de santé, et des médecins en particulier.

- **Le nombre de médecins :**

Il est globalement aujourd'hui insuffisant pour couvrir les besoins d'aujourd'hui et... de demain si on prend en compte l'augmentation de la population. **Conséquence du numerus clausus.**

- **Des spécialités en souffrance, la désaffectation de la médecine générale, la disparition annoncée des médecins de prévention :**

Le nombre de médecins généralistes formés est insuffisant. Et pour ceux qui le sont, ils sont de moins en moins nombreux à s'installer et de plus en plus nombreux à ne pas exercer la médecine générale. La désaffectation est réelle. Aux derniers ECN⁽¹⁵⁾, 150 postes de médecine générale n'ont pas été choisis. Pour les spécialistes, s'ils sont pour certaines spécialités en nombre insuffisant (psychiatrie, médecins du travail...), les transformations des pratiques, l'hyperspécialisation les amènent à quitter le champ de l'exercice de ville. C'est encore aux médecins généralistes de devoir assumer le suivi de patients autrefois pris en charge par ces spécialistes. D'autres éléments sont aussi déterminants. Quant aux médecins de prévention, leurs effectifs fondent. Ils subissent de plein fouet les conséquences d'un statut très peu attractif et celles du

démantèlement de leurs services dans tous les territoires. Là encore, c'est aux médecins généralistes que revient la charge de pallier l'absence ou la raréfaction des médecins de PMI et scolaires.

- **La répartition des médecins :**

Tout à fait inadaptée et probablement premier facteur des difficultés les plus critiques aujourd'hui. Les professionnels de santé, les médecins généralistes et spécialistes en particulier, s'installent dans des zones déjà surdotées aux dépens des zones en difficulté. **Conséquence de la liberté d'installation.**

- **La typologie des nouveaux médecins :**

Elle est structurée par les études médicales qui sont encore **très fortement déterminées socialement** (ce sont majoritairement des étudiant-e-s de familles de CSP + (cadres supérieurs, professions libérales) urbaines, peu enclins à exercer en zone rurale ou en quartier sensible) et restent, malgré le développement de l'enseignement de la médecine générale dans les facultés et la généralisation des stages ambulatoires pour cette spécialité, **très hospitalo-centrées**. Les jeunes médecins généralistes aspirent à la sortie de leurs études à un cadre d'exercice de qualité et sécurisé qui associe un projet médical (de santé), des pratiques en équipe pluriprofessionnelle et coordonnée, des temps de travail bordés qui autorisent activités complémentaires (activités de prévention, activités multisites, enseignement, recherche, autres engagements personnels), vie de famille et épanouissement personnel toujours. Tous demandent la réduction sinon la suppression des tâches de gestion administrative au bénéfice du temps médical. Et tous revendiquent des droits comparables à ceux des salariés (congrés payés maladie, maternité, paternité, formation, annuels...). Ils sont à cet égard séduits par le salariat (en établissement de santé, médico-social, dans les services de prévention, **et en... centres de santé**). Médecins « bohèmes », ils ont peu d'appétence pour l'installation libérale à court terme (et ses implications financières), recherchant plutôt à multiplier les expériences avant de faire leur choix de carrière.

2. La transition épidémiologique et ses conséquences en termes de pratique médicale, en particulier en médecine générale :

Maladies chroniques, polyopathie, patients complexes et vulnérables, vieillissements ont créés des besoins nouveaux et nécessitent des pratiques coordonnées (dans le cadre d'un parcours de soins), des concertations pluriprofessionnelles (dans le cadre de temps dédiés et à l'aide de systèmes informationnels interopérables) et des

modalités de consultations et d'intervention nouvelles, en rupture avec la pratique individuelle et traditionnelle de la médecine du XX^e siècle. Conséquence : les consultations sont plus longues et le temps de concertation (non clinique) devient indispensable dans un certain nombre de situations.

3. Les freins : catégoriels, des ordres, les limites du modèle libéral et de la convention libérale, les freins sociétaux, quelques exemples.

- **Freins catégoriels :** les difficultés à mettre en place des nouveaux métiers de la santé (à l'exemple des infirmiers en pratiques avancées) et de la délégation de tâches pourtant actée dans de nombreux pays (orthoptistes, opticiens / ophtalmologues ; audioprothésistes/ORL) restent toujours aussi importantes. Elles se heurtent à des groupes de professionnels de santé qui défendent leurs intérêts catégoriels.
- **Freins des ordres professionnels :** ils bloquent les exercices multisites et ne promeuvent que l'exercice de ville libéral, oubliant ou négligeant le mode d'exercice salarié en centres de santé.
- **Limites du modèle libéral :** c'est le modèle majoritaire dans l'exercice ambulatoire (de ville) en France. Il est en échec dans sa forme traditionnelle pour répondre à l'enjeu des déserts médicaux et doit se transformer pour répondre à celui de la pertinence des soins. Modèle entrepreneurial, donc fondé sur les intérêts de ses acteurs, il est peu adapté à des besoins qui nécessitent de prendre en compte l'intérêt général, des territoires et des populations. Il exonère les professionnels de santé de leur responsabilité territoriale. La liberté d'installation est à cet égard aujourd'hui emblématique : c'est le frein principal à une première réponse rapide à la désertification médicale.
- **Limites de la convention libérale et de la rémunération à l'acte :**
Il existe autant de conventions que de professions. Ce modèle conventionnel et la rémunération des professionnels à l'acte (et la multiplication de ceux-ci) ne sont plus adaptés à la prise en charge de parcours de patients, à celle de patients complexes souffrant de polyopathologies et de pathologies chroniques, à des pratiques en équipes regroupées, centres de santé et MSP, pluriprofessionnelles, décloisonnées et articulées avec tous les acteurs du territoire.

- **Freins sociétaux :**

Il ne faut pas les négliger. Il existe un « culte » du médecin généraliste et du médecin spécialiste (entretenu par la profession) et de l'hôpital (qui concentrerait les plus hautes compétences). Médecins et hôpital sont aux yeux de beaucoup de patients les seuls recours dans des situations où d'autres professionnels de ville sont compétents (sages-femmes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes...) ou peuvent le devenir. Ces freins témoignent de l'absence d'information auprès des usagers et plus largement d'un manque d'éducation populaire à la santé qui se traduit par un nombre de recours inappropriés au système de santé. Pour autant, les patients vont là où les médecins sont, et, particulièrement, aux urgences quand il ne reste plus qu'elles (urgences qui ont vu leurs effectifs augmenter quand ceux des généralistes baissaient).

4. La pertinence des centres de santé face aux déserts médicaux et leur attractivité pour les professionnels de santé :

Par leurs pratiques en équipe coordonnée, le salariat et l'absence de gestion administrative et financière, les médecins et les professionnels de santé sont séduits par les centres de santé qui représentent une alternative pour eux à l'exercice ambulatoire libéral.

Les centres se sont multipliés depuis 10 ans avec efficacité dans tous les territoires, portés majoritairement par des collectivités de toute taille et de toute configuration (municipalités, communauté de communes, départements), dans des territoires urbains et ruraux. Des établissements de santé ont aussi créé des centres de santé selon différents modèles. Centres de santé médicaux, médico-dentaires ou polyvalents, ils réimplantent des professionnels de santé en complémentarité des acteurs libéraux et hospitaliers dans les territoires désertifiés ou en passe de l'être. Fondés sur un projet de santé territorial et populationnel, ils sont des outils permettant de soutenir l'offre de soins de proximité, de la redévelopper mais aussi de porter des actions de santé publique en fonction des besoins.

Leur mission d'accessibilité sociale et financière aux soins permet de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Pour autant :

- Ils sont encore insuffisamment nombreux et méconnus des institutions, des usagers, des professionnels de santé et des étudiants.
- Ils restent fortement discriminés, ne bénéficiant pas des mêmes dispositifs d'aides à l'installation

que les médecins libéraux ni des mêmes dispositifs d'accompagnement et de soutien de la part des ARS. Et ils restent en proie à des oppositions idéologiques de la part de certains ordres départementaux, quand ce n'est pas au niveau national.

- Leur modèle médico-économique est à réformer. Il pâtit d'une convention et d'un mode de rémunération des structures inappropriés à leurs missions. Ce dernier doit évoluer vers une rémunération globale associant rémunération de la structure (pour les missions d'intérêt général) et rémunération populationnelle (pour la prise en charge de populations de patients identifiés). Un statut d'établissement de santé ambulatoire est à créer pour les centres de santé publics ou participant à des Missions d'Intérêt Général.
- Enfin, les médecins des centres de santé exerçant dans des centres de santé gérés par des collectivités ont un statut perfectible (contractuels de la FPT) qu'il faut faire évoluer.

C. Les propositions de l'USMCS face aux déserts médicaux et pour l'égal accès aux soins de tous les Français

Nous proposons de changer de logiciel, de passer d'une logique centrée médecins/ professionnels de santé à une logique centrée patients/ territoires. Dans cette logique, nous proposons d'en finir avec des incitations matérielles ou financières dont l'efficacité est douteuse, tout en favorisant les effets d'aubaine.

Lorsque les diagnostics territoriaux mettent en évidence des besoins, nous proposons d'y répondre par le renforcement de l'offre de soins et de prévention organisée par la création de centres de santé, articulés avec l'offre hospitalière et médico-sociale. Cette offre de soins et de prévention fera appel à des compétences pour qui le salariat, le non-paiement à l'acte, le travail en équipe, la prise en charge des fonctions support et l'évolutivité des carrières seront attractives.

Pour autant, **se pose à court et moyen terme**, la question centrale de la mise en place d'un dispositif de **régulation de l'installation des médecins qui réponde à l'urgence des territoires et des populations**. Il devra garantir aux professionnels de santé un cadre d'exercice en structure coordonnée dans des conditions optimisées (cf. les attentes des jeunes praticiens).

À ce titre, nous préconisons la mise en place d'une obligation d'exercice pour les médecins nouvellement thésés dans des territoires médicalement déficitaires pendant une durée déterminée (3 ans ou 5 ans...) **dans**

un cadre salarié en centre de santé public, dans le centre lui-même, dans ses antennes ou en consultation avancée dans toute autre structure (MSP, cabinet...).

Deux autres hypothèses font débat mais nécessitent d'être examinées :

- Une autorisation d'exercer délivrée en fonction des besoins des territoires dans le cadre d'un SROS ambulatoire (de ville).
- Le conventionnement sélectif et réservé aux zones prioritaires.

Par ailleurs, à court et moyen terme :

1. Là où les acteurs sont encore présents :

- Faire des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), l'échelon territorial pertinent de l'organisation des soins de proximité associant tous les acteurs de la santé (de ville et hospitaliers ; de soins et de prévention), les collectivités, les usagers et les institutions (ARS et CPAM). En plus d'assurer une meilleure coordination des acteurs pour un usage optimisé des ressources territoriales, lui seront données des missions d'intérêt territorial, obligatoires et financées, par exemple :
 - L'organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés, y compris à domicile, dans un cadre régulé, coordonné (ville/ hôpital) et accessible à tous (tiers payant et secteur 1), respectant les parcours (le médecin traitant) et dans un objectif éducatif auprès des patients.
 - L'organisation des partenariats ville-hôpital et en priorité, les entrées et sorties d'hospitalisations des usagers dans un cadre qui garantisse continuité, qualité et sécurité des parcours des patients.
 - En lien avec les facultés et les écoles, l'accompagnement territorial des étudiants en médecine (générale et spécialisée) et chirurgie dentaire, des élèves des autres professions de santé, leur répartition, l'encadrement et le soutien des médecins maîtres de stage et tuteurs via des structures territoriales universitaires (centres de santé pluriprofessionnels universitaires et maisons de santé pluriprofessionnelle universitaires).

2. Là où les acteurs ne sont plus présents, ou trop peu nombreux pour s'organiser (les zones définies comme prioritaires par les ARS) :

- Quand des centres de santé existent, soutenir leur développement et celui d'antennes.

- Sinon, créer dans les 2 ans des centres de santé médicaux ou polyvalents, en fonction des besoins, publics ou de service public. Ces centres auront de plus pour mission d'être le pivot de l'organisation de l'échelon territorial (CPTS). Ils pourront être portés par des acteurs publics (collectivités, établissements de santé) ou des acteurs privés à buts non lucratifs.

3. Développer à très court terme, 1 à 2 ans :

1. les pratiques avancées (infirmières, autres) et définir une rémunération adaptée
2. les délégations de tâches (orthoptistes et opticiens, audioprothésistes).

4. Développer les consultations avancées de praticiens spécialistes hospitaliers dans les structures d'exercices regroupées en particulier dans les centres de santé et dans leurs antennes.

5. Développer la télémedecine.

6. Développer la formation médicale ambulatoire dans tous les territoires :

- a. Pour la médecine générale : faire de la MSU une obligation ; soutenir les stages en zone rurale (logement des étudiants, compensation financière...)
- b. Pour la médecine spécialisée : intégrer dans le cursus des internes des stages ambulatoires obligatoires.

7. Expérimenter un nouveau mode de rémunération des équipes de soins de proximité, une rémunération globale intégrant missions territoriales et prise en charge populationnelle, visant à améliorer la pertinence des soins et la meilleure articulation avec les autres acteurs. Les centres de santé franciliens vont proposer dans les semaines qui viennent un projet de ce type dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

8. Donner les moyens au futur service sanitaire obligatoire en termes d'encadrement et de formation des étudiants pour mettre en œuvre un programme efficace et pérenne d'éducation à la santé et à la prévention en lien avec l'éducation nationale.

9. Soutenir et développer la recherche en soins primaires et en organisation de la santé en

développant la labellisation d'équipes labellisées, pluridisciplinaires (soins primaires, santé publique, sciences humaines, sciences de l'éducation), dédiées à la recherche en soins primaires.

10. Stopper la fermeture des services de prévention (PMI, CPEF, Ceggid, médecine scolaire) et la réduction de leurs moyens. Revaloriser le statut des médecins de prévention.

11. Promouvoir la démocratie sanitaire participative à l'échelon territorial et dans les structures de soins (SCIC, modèle coopératif).

À plus long terme :

• Former plus de médecins et professionnels de santé pour répondre à l'évolution de la démographie de la population, aux enjeux du vieillissement et des pathologies chroniques.

Pour cela :

- Ouvrir largement le numerus clausus
- Démocratiser les études médicales en offrant un accès direct aux étudiants de familles modestes (ouvriers, employés, professions intermédiaires) et des quartiers sensibles dans le cadre de partenariat facultés de médecine et établissements scolaires en REP et REP + (à l'exemple des expériences de l'IEP Paris).
- Donner les moyens nécessaires à tous les cursus et particulièrement à la médecine générale d'assurer la formation de ces étudiants (augmenter le nombre de postes d'enseignants, d'administratifs au sein des départements de médecine générale, de lieux de stages ambulatoires...)

• Implanter dans chaque CPTS une ou plusieurs structures de santé de proximité, centre de santé ou ESP/ MSP, assurant dans le cadre d'une contractualisation avec l'État, un service public territorial de santé fondé sur des obligations socles : amplitude horaire, continuité des soins sur site et à domicile, dispense d'avance de frais totale (tiers payant intégral) et respect des tarifs de secteur 1, postes partagés de praticiens avec les établissements de santé, accueil de la PDSA, missions d'enseignement et de recherche...

• Redéployer les services de médecine de prévention dans le nouveau cadre des organisations territoriales en lien avec les acteurs du soin.

• Généraliser les rémunérations forfaitaires des équipes de soins primaires coordonnées, à la

capitation et aux missions en lieu et place de la rémunération à l'acte.

- Généraliser le tiers payant.
- Développer une politique d'éducation populaire à la santé
- Définir une vraie stratégie nationale de santé publique

D. Les propositions spécifiques pour les centres de santé et leurs professionnels de santé :

1. Soutenir le développement des centres de santé existants et la création d'antennes en réponse aux besoins des territoires.
2. Créer des centres de santé publics ou de service public dans les zones prioritaires puis dans chaque CPTS en absence d'organisation des soins garantissant l'égal accès aux soins de tous les usagers.
3. Expérimenter pour les centres de santé des nouveaux modes de rémunération, non liés aux actes, forfaitaires :
 - a. Des missions d'intérêt territorial et général
 - b. Populationnels (capitation)
4. Soutenir le développement des partenariats centres de santé / hôpital dans des logiques territoriales et de parcours de soins.
5. Soutenir les initiatives des centres de santé promoteurs de CPTS.
6. Mettre fin au traitement discriminatoire des centres de santé dans les dispositifs d'aides à l'installation de professionnels de santé (PTMG, PTMR...). Leur accorder les mêmes niveaux d'aides financières et les mêmes accompagnements par les ARS et les territoires que pour ceux accordés aux médecins libéraux.
7. Faire appliquer par les universités les textes réglementaires qui régissent les conditions pratiques de la maîtrise de stage universitaire en centre de santé et par les ARS, celles de l'exercice de la PDSA pour les médecins de centres de santé (décret 2015 sur le statut collaborateur occasionnel de service public - COSP).
8. Lever les blocages du CNOM qui refuse à des médecins libéraux d'exercer dans des centres de santé
9. Lever les blocages de facultés qui refusent d'accorder l'agrément de MSU à des médecins de centres de santé, privant ainsi un certain

- nombre d'étudiants en médecine de lieux de stages en ambulatoire.
10. Intégrer dans les études médicales et paramédicales un module pédagogique sur l'exercice salarié en centre de santé.
 11. Expérimenter sans délai l'accueil d'internes de spécialité dans les centres de santé.
 12. Accueillir des médecins hospitaliers dans le cadre de consultations avancées de proximité.
 13. Soutenir la formation des infirmières des centres de santé volontaires en pratique avancée.
 14. Développer les initiatives d'intégration des usagers dans la gouvernance des structures
 15. Modifier au niveau législatif le cadre conventionnel des centres de santé.
 16. Créer pour les centres de santé publics un statut d'établissement public de santé ambulatoire et pour leurs professionnels de santé un statut de Praticien de Santé Ambulatoire.

Études de médecine & risques psycho-sociaux

Interview du Dr Guillaume Ah-Ting, interne en médecine
Par le Dr Claire Meignan, Médecin Généraliste et Médecin Directeur
du Centre de Santé Municipal de Vitry/Seine

Claire Meignan :

Merci d'avoir accepté de répondre aux questions que l'on peut légitimement se poser après l'annonce de faits divers dramatiques qui se répètent à l'hôpital depuis plusieurs mois chez de jeunes internes. Devant l'importance de ce phénomène qui se répète vous avez mené une précieuse enquête dont les premiers résultats remontent à un an et vous proposez des solutions.

Rappelons en introduction, que nous sommes à l'heure de rapprochements villes hôpitaux et autres projets Médecins / Partenaires afin d'harmoniser et optimiser les moyens humains et matériels en vue de l'amélioration de la prise en charge médicale des patients sur le territoire alors que les budgets se resserrent et que la désertification médicale se poursuit.

Des points communs entre le fonctionnement en équipe et la prodigation de soins permettraient d'envisager des pistes telles qu'une meilleure écoute des difficultés entre soignants, des formations entre autres à l'encadrement pour l'amélioration future des conditions de travail des médecins, jeunes ou moins, avec répercussions bénéfiques pour eux et donc pour les patients. Pour agir, d'une certaine manière, sur des conditions d'exercice qui se font plus difficiles, la charge de travail plus lourde. En escomptant bien sûr absolument conjointement une baisse de cette dernière par tous les moyens envisageables. Pourriez-vous tout d'abord vous présenter à nous ?

Guillaume Ah-ting

Je m'appelle Guillaume Ah-ting, je suis interne de santé publique en 3^e année.

Claire Meignan :

L'intervention du Dr Leslie Grichy, médecin assistante spécialiste à l'hôpital Louis Mourier samedi 24 mars 2018 au 13^e Printemps de Bicêtre suite à l'importante enquête réalisée à l'initiative de l'Insi en partenariat avec le Pr Hardy chef du service psychiatrie du Chu de Bicêtre a retenu toute notre attention. Pouvez-vous nous dire qui a été à l'initiative de cette enquête, qui l'a menée, pourquoi et avec quels moyens ?

Guillaume Ah-ting

Avec le Dr Leslie Grichy, nous avons souhaité unir nos compétences - la psychiatrie pour elle, la santé publique pour moi - pour améliorer la santé mentale des jeunes médecins, dans le cadre de nos engagements syndicaux. À l'époque membres de l'ISNI (Intersyndicat National des Internes), nous voulions élargir le périmètre de notre action avec ceux dont nous étions proches : les externes et encore étudiants du premier cycle des études médicales (représentés par l'ANEMF, Association Nationale des Étudiants en Médecine de France), les internes de médecine générale (représentés par l'ISNAR-IMG, Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), les chefs de cliniques assistants (CCA) et assistants spécialistes (représentés par l'ISNCCA, Intersyndicat National des CCA).

Avec très peu de moyens (pour avoir une jolie affiche et quelques cafés et croissants pour les journalistes présents à la conférence de presse), nous avons pu mettre en place cette enquête nationale en y consacrant du temps et des outils en libre accès. Nous avons notamment utilisé les réseaux sociaux mais surtout le réseau associatif et syndical local pour toucher les internes, ce qui a bien fonctionné : nous avons eu 21 768 réponses, soit 1/4 des étudiants de 1^{er} cycle (hors PACES), 1/3 des externes, 1/4 des internes, un 1/4 des chefs de clinique/assistants !

Claire Meignan :

Votre étude montre que la profession médicale est une des plus exposée aux risques psychosociaux avec des variations selon le mode d'exercice, la spécialité et le stade du parcours professionnel. On compte un décès par suicide mensuel chez les internes actuellement. Les jeunes médecins en formation et en début d'exercice représentent un groupe particulièrement vulnérable avec prévalence élevée de troubles anxieux dépressifs, idées suicidaires, épuisement professionnel, faible signalement des difficultés. Pouvez-vous nous en dire plus et qui pourrait expliquer ces passages à l'acte chez des personnes socialement normalement pas aussi exposées à ce risque ?

Guillaume Ah-ting :

Il n'est pas possible aujourd'hui de savoir précisément combien de jeunes médecins sont passés à l'acte, faute de données suffisantes. Parfois, les situations dramatiques remontent jusqu'aux syndicats ou passent via le bouche-à-oreille, mais nous savons juste que l'ampleur du phénomène ne peut être que sous-évalué. Dans notre étude, 3,5 % des internes (270 sur 7631 répondants) ont déclaré avoir déjà fait au moins une tentative de suicide. On retrouve diverses associations statistiquement significatives de tout champ : les caractéristiques individuelles de l'interne (son statut marital, son âge), sa santé - somatique et mentale -, ses études (spécialité, conditions de travail en stage...). Cela va dans le sens qu'une tentative de suicide est bien souvent multifactorielle, mais on ne peut pas se cacher uniquement derrière des problèmes personnels pour expliquer un suicide. Par exemple, selon nos données, 40 % des internes travaillent entre 49 et 60 heures par semaine. Parmi eux, 3,3 % ont déclaré avoir déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Ce pourcentage passe à 5,3 % chez les internes qui travaillent plus de 80 heures par semaine...

Claire Meignan :

Les situations d'erreur médicale et de décès d'un patient devraient être plus accompagnées. Les chefs de service d'avantage formés à l'encadrement d'équipes. Le Dr Donata Marra s'est vu confier par Mme Agnès Buzyn une mission dont les conclusions sont attendues. Des dispositifs d'aide commencent à voir le jour, dont le réseau sos-sihp et à la faculté Paris 6 l'accompagnement par les aînés d'étudiants. Pourriez-vous développer le contenu de ces débuts de réponses et nous exposer quelles sont vos préconisations ?

Guillaume Ah-ting :

Le projet SOS internes est né de la collaboration entre une interne de psychiatrie (Dr Leslie Grichy) et une interne de médecine du travail (Dr Hélène Chartier) qui ont souhaité mettre en place une cellule d'aide à l'orientation pour les internes en difficulté. Les internes écrivent un mail quand ils se sentent en difficulté, ils sont rappelés par un(e) interne en psychiatrie qui l'écoute et peut l'orienter vers des professionnels bénévoles et volontaires, du secteur public ou libéral. Ce dispositif a au moins un double avantage : d'une part il est géré par des internes pour des internes, et il est plus facile pour certains de s'adresser d'abord à des pairs (la multitude des portes d'entrée pour un appel à l'aide nous semble indispensable), et d'autre part il permet un dialogue autour des droits de l'interne et de ses possibilités légales. Le BIPE (Bureau Interface Professeur-Étudiant) est né de

l'initiative du Dr Donata Marra, psychiatre, dans le but de favoriser le bon déroulement des études de médecine et le bien-être des étudiants. Ce dispositif repose sur un périmètre d'actions large et dès le début des études de médecine : il donne aux élèves des outils pour bien vivre ses études et rester en bonne santé, bien en amont d'éventuelles difficultés. C'est une structure qui ne fait pas uniquement de la gestion de l'urgence, mais fait aussi de la prévention primaire, et qu'on aimerait voir dans chaque UFR de médecine. Le Dr Donata Marra a d'ailleurs rendu son rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, qui a été suivi par une annonce ministérielle listant 15 engagements, comprenant notamment des structures d'accompagnement locales, des notions sur les risques psycho-sociaux intégrées aux études, des meilleures conditions de stage (et d'évaluation de stage), ou encore des possibilités exceptionnelles de changement de spécialité et/ou de région. Ces engagements reprennent plusieurs de nos revendications, même s'il manque une réflexion sur le rôle et le développement de la médecine du travail. On attend maintenant des actes et des effets!

Claire Meignan :

Cette mobilisation laisse espérer une prise de conscience renforcée de ce problème grave pour lequel des mesures concrètes doivent se mettre en place en particulier une amélioration des conditions de travail associée à un dépistage et une prise en charge plus précoces. Que pensez-vous par ailleurs d'une formation à l'encadrement des équipes pour tous les médecins et ce, dès l'externat ; qu'en attendez-vous ?

Guillaume Ah-ting :

Le métier de médecin demande des compétences nombreuses et variées : la clinique, bien sûr, mais aussi la recherche, l'enseignement et le manager / gestionnaire. On consacre minimum 9 ans de sa vie pour se former à la clinique et un peu à la recherche, et rien pour l'enseignement et le management... L'externat est lourd, les étudiants se focalisent sur les ECNi - et ils ont raison. D'autant plus que pour gagner en compétence dans l'encadrement et le management, la pratique est indispensable : il faut donc des cours en petit groupe, avec des exercices de jeux de rôles, ce qui est consommateur en ressources pédagogiques. Mais il serait utile de commencer à sensibiliser les jeunes sur ces questions d'encadrement, afin qu'ils soient moins démunis lors de leur prise de poste. Parce que quand on est interne, on encadre déjà une équipe de soins et des externes!

Claire Meignan :

Des médecins plus nombreux auront à travailler en structures pluri-professionnelles et des vocations de direction de centres de Santé, maisons de Santé pourraient naître à la faculté pendant les études. Que pensez-vous de ces modes d'exercice en termes de conditions de travail pour les soignants et de service rendu pour les patients ?

Guillaume Ah-ting :

J'ai eu la chance de passer en stage dans un pôle de santé pluri-professionnel durant mon externat et j'ai été séduit par ce mode d'exercice : l'exercice de groupe, varié, avec des professionnels de santé divers est très agréable. J'ai découvert des choses que je n'imaginai pas : des staffs en ville ! Parfois avec des cardiologues, parfois avec des psychiatres, parfois avec des pédiatres... Et avec des assistantes sociales, des infirmiers, des pharmaciens ! J'y ai trouvé des professionnels épanouis, malgré des amplitudes horaires qui restent importantes. Concernant le service rendu aux patients, c'est un peu plus difficile

pour moi de me prononcer, mais je n'ai pas entendu de retours négatifs, au contraire. Quand son médecin traitant n'est pas là, on peut consulter tout autre médecin du pôle, qui aura accès au dossier (mutualisation des ressources) et qui pourra mobiliser les mêmes ressources soignantes ! Ces modes d'exercice sont peu connus des étudiants, même si les choses évoluent progressivement. Dans une précédente enquête sur le désir des jeunes médecins, le salariat était plutôt plébiscité (30 % des sondés envisageaient ce mode d'exercice). La course à l'acte n'est plus à la mode, les futurs professionnels aspirent à une médecine plus holistique, plus humaine, ce qui est compatible avec les MSPP et CMS.

Claire Meignan :

En conclusion, merci pour vos réponses qui mériteraient encore d'être développées et reprises en débat lors de notre prochain Congrès National des Centres de Santé. Rendez-vous en octobre 2018 à Paris ?

Progrès médical / E.Santé / hôpital public

Par le Dr Michel Limousin

L'hôpital public est soumis à une double contrainte : d'une part une politique néolibérale destructrice et d'autre part des évolutions très rapides des connaissances et des techniques, des besoins des populations et du contexte épidémiologique. Les contraintes dues aux politiques d'austérité et d'attaques permanentes contre le service public sont bien connues et mobilisent les acteurs, particulièrement les personnels. La souffrance au travail est une des caractéristiques de l'hôpital aujourd'hui, nous le savons. À l'inverse, les contraintes dues à ce que finalement j'appelle le progrès sont moins facilement identifiées et citées. Pourtant elles doivent être traitées « en même temps ». À elles seules, elles sont de nature à provoquer une grave crise d'adaptation de l'hôpital public et méritent une véritable politique publique nationale. Au total, on ne sortira pas l'hôpital du marasme actuel sans traiter les deux volets qui constituent pour l'un, une contre-révolution néolibérale et pour l'autre, une révolution progressiste. Besoin de dialectique, n'est-ce pas ?

On se demande souvent pourquoi l'hôpital public n'explose pas dans des luttes sociales et politiques. Tout autre secteur économique serait déjà sens dessus dessous. Il se peut que les forces diverses qui agissent aujourd'hui sur l'hôpital créent cette contradiction, ce décalage, cette complexité.

Alors quelles sont les composantes de cette révolution progressiste ?

1) La composante démographique

Le vieillissement de la population doit d'abord se voir d'un point de vue démographique. L'allongement de la durée de vie est la conséquence d'une amélioration globale des conditions de vie des individus : éducation en premier lieu, soins ensuite, alimentation, environnement, progrès technique, protection sociale, démocratie, sécurité, considération des personnes âgées, la paix, etc. Bref, un ensemble de choses qui s'imbriquent les unes dans les autres et qui finalement s'appellent le progrès. Se pose alors la question de la conception de la vie en société. Il faut bien voir que deux âges différents apparaissent alors. Le troisième âge d'abord. Celui où la personne reste active mais est libérée des

contraintes du travail salarié. C'est le moment où le savoir s'échange, où une liberté d'émancipation et de création peut se réaliser. La vie n'est pas finie mais la consommation de soins augmente... L'utilité sociale des « vieux » se montre en cet instant. L'engagement dans la vie associative ou citoyenne en est un exemple. Puis vient le quatrième âge où la personne perd une partie de son autonomie et où une aide sociale s'impose. Le système de santé, l'hôpital public en particulier doit s'adapter à cette situation et prendre en charge ces populations : création d'activités médicales adaptées au quatrième âge, gérontologie, politique de bien-être, et soins palliatifs en bout de course. De même un véritable service public des personnes âgées doit être créé et mis en place. Et l'hôpital doit alors y insérer sa pratique. La création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge, tant pécuniaire que de la qualité de la prise en charge.

2) La composante épidémiologique

Nous avons vu depuis 30 ans des maladies disparaître, d'autres apparaître. De nouveaux agents pathogènes se manifestent. Le vieillissement est corrélé à la chronicisation des maladies, transformant complètement les modalités de prise en charge. Des maladies qui signaient un arrêt de mort sont devenues des maladies relativement banales sous réserve de traitements adaptés. Tout cela traduit ce qu'on appelle la transition épidémiologique. La réanimation et les soins d'urgence sauvent beaucoup de vies. Les maladies neurodégénératives posent des problèmes considérables de soins médico-sociaux et sont devant nous. La prise en charge des maladies psychiatriques se heurte à des politiques d'abandon. Ceci oblige à une redéfinition des services et des pratiques hospitalières.

3) La composante science et technique

L'évolution explosive des connaissances offre des moyens diagnostiques et thérapeutiques nouveaux

qui changent profondément la donne. Qu'on songe aux traitements antiviraux (Sida, hépatites etc.), aux traitements immunologiques contre le cancer, aux chirurgies endoscopiques ou aux robots chirurgicaux, aux traitements de la douleur, aux capacités de réadaptation, à la génétique. Les biotechnologies transforment à la fois les moyens diagnostiques et les possibilités thérapeutiques. Tout ceci fait apparaître de nouveaux métiers et nécessite des investissements conséquents. Des machines certes, des locaux adaptés certes, aussi mais de nouveaux personnels formés à des métiers nouveaux. Globalement il faut tirer vers le haut l'ensemble des professions hospitalières et donc changer les formations initiales et continues et transformer les statuts. De nouveaux médicaments apparaissent et posent des problèmes de financement très importants.

4) La composante numérique

La révolution numérique touche de plein fouet l'hôpital. Les machines se transforment, les pratiques évoluent. Là aussi de nouveaux métiers se font jour. L'adaptation des personnels pose de nombreux problèmes. Ce qu'on appelle la e-santé doit envahir aussi l'hôpital mais sous réserve qu'elle ne soit pas un cache-misère de la pénurie et un facteur de déshumanisation... Enfin des masses de données sont créées et certains cherchent à en tirer des profits financiers. La question de la sécurité est posée là comme ailleurs. Mais aussi la recherche peut y trouver bénéfice.

5) La composante « nouveau rôle social » de l'hôpital

L'hôpital refermé sur lui-même, en vase clos, coupé de la médecine ambulatoire est obsolète. L'époque est à un système de santé coopératif, intégré, répondant aux besoins des gens et des territoires. La question de savoir ce qui s'est passé avant l'hospitalisation et ce qui se passera après est posée. Les murs physiques comme psychologiques doivent tomber. Le virage ambulatoire a du sens s'il n'est pas le prétexte forcé à la cure d'austérité de l'hôpital et à la fermeture de lits. Les capacités d'accueil des urgences doivent être adaptées. Inutile de freiner cette évolution. Une stratification des niveaux de compétences hospitalières doit être redessinée sans oublier que la proximité d'accès est une composante forte de l'excellence. L'hôpital public comme lieu de formation et de recherche clinique doit être mieux pris en compte.

6) La composante « exigence des malades »

Les malades ne veulent plus être maltraités, ignorés. Ils veulent être respectés, écoutés et doivent participer à leur prise en charge. Ils doivent collectivement avoir leur mot à dire sur l'organisation des soins et sont les mieux à même de définir leur besoin. Un vent de démocratie doit souffler sur l'hôpital public. Le citoyen doit revenir dans les instances de gouvernance hospitalière.

Pour conclure cette note, je dirais que nous devons rester dans une analyse qui certes ne doit pas cacher les difficultés existantes mais qui doit aussi porter un optimisme devant les opportunités qu'offre le monde nouveau qui s'ouvre devant nous.

Note de réflexion concernant la procréation médicale assistée (PMA)

Par Jean-Pierre Basset

La révision parlementaire de la loi de bioéthique est prévue à l'automne 2018. La question de l'accès à la PMA est à l'ordre du jour. De nombreuses parties sont concernées : les personnes directement concernées par la parentalité, les fournisseurs de ressources biologiques, les enfants qui en sont issus, les tiers personnels médicaux, sociaux, collectivités publiques, la société tout entière. Différentes étapes connaissent une disjonction : origine, sexualité, procréation, gestation, naissance, filiation et réponse à d'éventuels besoins nouveaux issus de cette situation. Cette note traite la question de la PMA par IAD (insémination artificielle avec donneur) à l'intention d'une femme.

Actuellement

1/ Une femme ne peut accéder à la PMA que si elle est en couple avec un homme, pour des raisons d'infertilité ou pour des risques de transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité. Cette situation est assortie d'autres conditions dont l'âge et la médicalisation de l'approche. Elle peut comporter un don de sperme ou d'ovocyte.

2/ Le modèle d'organisation des PMA :

- Anonymat du donneur,
- Gratuité du don,
- Gratuité de la PMA,
- Recours au secteur public.

3/ Il y a l'établissement d'une filiation père et mère.

4/ Il y a une dissociation entre devenir parent et procréer pour un des parents.

5/ L'évolution des connaissances scientifiques, des structures familiales des demandes de la société, de la législation internationale jouent un rôle important.

Une exigence émerge, celle de la possibilité de PMA pour les couples de femmes et les femmes seules. L'avis du CCNE du 15 juin 2017, la contribution au débat du haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes et ses recommandations se prononcent pour l'extension de la PMA à toutes les femmes. Il est indispensable de préciser dans quelles conditions réaliser de telles évolutions afin qu'elles représentent un véritable progrès de société. Des questions fortes et complexes subsistent

et selon les réponses apportées, la possibilité de PMA pour toutes les femmes n'a pas les mêmes potentialités émancipatrices.

Quelques aspects nouveaux lors de la PMA.

Différentes étapes connaissent une disjonction : origine, sexualité, procréation, gestation, naissance, filiation et réponse à d'éventuels besoins nouveaux issus de cette situation. La parentalité est dans le projet et non dans l'acte sexuel ou le fait d'être géniteur. Il y a là une disjonction entre parentalité et procréation, existant déjà chez les couples hétérosexuels pratiquant la PMA avec don de gamètes par un tiers.

La filiation évolue : Pour les couples de femmes, celle qui porte l'enfant est immédiatement déclarée mère, ce qui n'est pas le cas de l'autre femme du couple, la réglementation concernant l'établissement de la filiation devrait éventuellement évoluer (code de la santé publique, Code civil). Pour les femmes seules la filiation est unique.

Cf. avis CCNE 15 juin 2017 : « la situation des femmes seules ajoute l'absence de couple à l'absence de père. À cet égard, le point de butée porte sur les conséquences pour l'enfant de la présence d'un seul parent, ainsi que d'une seule généalogie familiale. Beaucoup d'éléments montrent que les familles monoparentales rencontrent des problèmes, en partie pour des raisons socio-économiques mais bien au-delà. Toutefois, le développement d'enfants de mères célibataires par choix, nés par IAD (insémination artificielle avec donneur) dans ce cadre, n'a pas fait l'objet d'études spécifiques (hormis quelques études anglaises qualitatives sur de petits effectifs et des enfants très jeunes). » On peut considérer ce cas de figure comme insuffisamment étudié.

Il faut donc plus de moyens et de justice sociale, des droits nouveaux pour les situations existant actuellement comme pour celles à venir. Les décisions devront être prises en pleine connaissance de cause, en respectant les toutes les parties et leurs droits (futur.e.s parent.e.s, enfants à naître, personnels de santé...). Sont discutés et précisés : l'âge maximum de la femme 43 ans, la durée et les conditions d'élaboration du projet (2 ans).

L'anonymat : Il subsiste le risque d'évolution de la réglementation européenne pouvant remettre en cause l'anonymat.

Le don gratuit de gamètes et leur rareté peut favoriser la marchandisation de la PMA. Le fait que la gratuité du don ne soit pas la règle dans tous les pays montre que l'argument d'alignement de la réglementation de la PMA pour toutes les femmes sur celles de ces pays a ses limites. Il ne faut pas abandonner le principe de gratuité des dons des produits du corps humain.

La discrimination : La pratique de la PMA, même si elle n'a pas pour objet de traiter l'infertilité, doit répondre à des critères médicaux et sociaux concernant la santé et les droits de la mère, de l'enfant à naître... (diabète, hta gravidique, infectiologie, etc. droits sociaux permettant d'élever l'enfant décemment et dignement). Elle engage en cela, la ou les personnes concernées par la parentalité, l'enfant, les services médicaux et sociaux, la société tout entière.

Cela justifie une prise en charge de qualité, à 100 % de toutes les PMA réalisées. Une prise en charge à 100 %, au-delà du soin est nécessaire, à défaut de quoi, une discrimination serait introduite en direction des futurs parents et des enfants à naître. (L'information, le suivi clinique de la femme ou du couple, leur accompagnement médico-social y compris dans le suivi éventuel consécutif à la PMA, par exemple pour les questionnements que cela peut induire).

La diversité des situations présentes ou à venir nécessite d'instaurer des droits nouveaux pour toutes les parties concernées : C'est ce qui fera de la possibilité d'étendre la possibilité d'accès à la PMA un progrès social.

Il y a un risque de pressions extérieures d'utiliser la PMA : exemple, comme un moyen de choix du moment d'une éventuelle grossesse par un employeur pour un salarié ce qui aurait effet d'empêcher ou de retarder les grossesses pour celles ou ceux qui le souhaitent et ce qui pose différents problèmes notamment pour la mère et l'enfant. Ce type de pression a été signalé aux USA.

Actuellement, selon le CCNE, l'accès aux ressources biologiques concernant les dons de sperme suffit juste à satisfaire les besoins des couples avec des délais d'attente. À noter la possibilité de conservation de gamètes pour une grossesse ultérieure, dans l'état actuel du débat, nous proposons une possibilité de conservation pour les personnes présentant un risque de santé (cancer...),

le droit d'utilisation étant limité à un âge du donneur et la durée de conservation fixée même s'il apparaissait une autre utilisation possible (fécondation, travaux scientifiques...).

Le droit à la possibilité d'une personne d'accès à la PMA ne peut se résumer au droit de disposer de son corps. Il s'agit de l'émergence d'un droit à la possibilité, pour toutes les femmes, d'être parent sous conditions, (âge, solidité du projet parental, conditions médicales... information, consentement, soin, suivi, niveau de protection sociale).

Quelques remarques pour terminer :

Une démarche progressiste et humaniste pour les individus et la société doit permettre de satisfaire ces désirs (d'être parent), ces besoins et ces droits et faire avancer l'ordre du monde.

-le désir d'enfant est légitime.

-comme l'indique une annexe du rapport du CCNE, « la réalisation de ce désir, lorsqu'elle passe par une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur, implique des tiers, mobilise des ressources collectives, pose des questions éthiques importantes et interroge des choix législatifs fondamentaux. »

-les femmes, non stériles, seules ou en couple contestent une situation d'inégalité ou d'injustice.

-l'enfant porté par un désir assumé aura l'amour de sa mère ou de ses mères. Issu d'une IAD, il n'aura pas de père identifié ni biologique, ni social. « L'enfant élevé par un couple de femmes aura deux modèles parentaux et deux lignées parentales mais une filiation disjointe de la réalité biologique. L'enfant né par IAD d'une femme seule n'aura qu'un seul parent et une filiation incomplète. » Dans un cas comme dans l'autre, il aura à gérer dans son environnement immédiat l'absence de père.

-pour que l'enfant naisse, il faut avoir recours aux moyens et à la pratique médicale. Cela implique information, consentement, soin, suivi parfois à long terme. La mission de ces praticiens et leur relation professionnelle vont rencontrer des évolutions complexes.

-ressources biologiques. L'ouverture du droit à la PMA pour toutes les femmes peut entraîner de fait une concurrence entre les différentes demandes et une mise en cause de la gratuité des dons comme paraît le montrer l'expérience internationale, ce n'est pas souhaitable, il faut s'en prémunir.

-des choix éthiques et politiques :

- financer les interventions par la solidarité nationale, à 100 % par la sécurité sociale.

- organiser la circulation des ressources biologiques humaines dans le cadre de la gratuité, de l'anonymat et du secteur public pour répondre aux besoins.
- donner à l'enfant né de la PMA le cadre familial intégrant les acquis sociaux pour son épanouissement.
- ces choix sont à discuter et éventuellement à modifier dans une démarche de progrès social.

Pour conclure, le droit à la possibilité de PMA pour toutes les femmes doit être affirmé et représenter un progrès social important. Des questions compliquées sont posées. Sa mise en œuvre doit réunir, des moyens matériels et humains nécessaires, tenir compte de l'évolution des connaissances et de la diversité des situations.

Salaire à vie : révolutionnaire ou gauchiste ?

Par Gisèle Cailloux, syndicaliste

Nous sommes dans un contexte politique extrêmement difficile : tous nos « conquis » comme les appelait A. Croizat, sont remis en cause par les ordonnances de Macron, le chômage et la précarité explosent, la gauche française semble hors jeu pour longtemps, les idées d'extrême-droite progressent en Europe et sont portées au pouvoir dans certains pays. Une nouvelle crise, que des économistes prédisent plus forte que celle de 2007-2008 est à notre porte et les risques de guerre se multiplient.

Que faire devant l'ampleur des défis qui nous sont posés ?

Les communistes ont des propositions, mais elles sont inaudibles. Et même dans les luttes que nous soutenons, bien souvent, elles n'apparaissent pas, ou leur cohérence avec l'ensemble des mesures susceptibles d'ouvrir des perspectives transformatrices est absente. La nature a horreur du vide disait Aristote. Il est donc naturel que tout ce qui apparaît comme radicalisé soit repris par une partie du peuple de gauche : le discours velléitaire de Mélenchon en 2017 et maintenant, les propositions de Bernard Friot⁽¹⁶⁾. Mais le velléitaire, les incantations, n'ont jamais abouties à une transformation de la société.

Le « salaire à vie » plus efficace que la Sécurité Emploi Formation pour dépasser le capitalisme ?

Certains disent que le débat serait aujourd'hui entre les théories du sociologue, B. Friot sur le « salaire à vie » et la proposition communiste de Sécurité Emploi Formation.

Rappelons que la SEF a fait l'objet d'Assises Nationales en février 2007 (et d'un N° spécial d'Économie et Politique), qu'elle a été intégrée par le PCF dans son projet depuis par tous ses congrès, notamment les 36^e et 37^e congrès et actée par le dépôt d'un projet de loi en janvier 2017 déposée par le député communiste André Chassaigne soutenu par une conférence de presse présidée par P. Laurent secrétaire Général du PCF. Bien que n'étant pas totalement nouveau, B. Friot et son salaire à vie sont devenus assez brutalement omniprésents :

invité comme le dit Henri Sterdyniak⁽¹⁷⁾ aux « États Généraux du Progrès social » mais aussi à de nombreux débats ou encore pour présenter ses thèses, choyé par l'Humanité qui lui accorde interviews et tribunes. On peut s'interroger sur cet engouement à la veille d'un congrès extraordinaire qui portera – ou ne portera pas – sur le bilan des années passées et de la séquence électorale de 2017 (présidentielle, législatives).

B. Friot, de quoi s'agit-il⁽¹⁸⁾ ?

Pour Bernard Friot les individus se verraient conférer à leur majorité une qualification leur donnant droit à un salaire à vie (1 500 € au départ), quelle que soit leur activité, et même sans aucune activité. Ce salaire serait payé grâce à une cotisation prélevée sur la valeur ajoutée des entreprises. Pour valider celle-ci, Bernard Friot se permet une approximation hasardeuse qui consiste à dire que ce salaire à vie existe déjà, qu'il s'agit d'un « *déjà-là communiste* » qu'il suffirait de généraliser ! « Si l'on

17 **Henri Sterdyniak**, Économiste atterré : « Imaginons un « économiste » qui se prononce clairement contre la lutte pour le plein-emploi, contre les services publics, contre les minimas sociaux, contre le salaire minimum, contre la sécurité emploi-formation, contre l'allocation d'autonomie pour la jeunesse, contre la réduction du temps de travail, contre un pôle public bancaire, contre le financement des emprunts publics par la Banque centrale, contre la révolution fiscale, contre la taxation des profits, contre la taxation des revenus du capital. C'est celui que le PCF invite pour les États généraux du Progrès social. »

18 Nous ne pouvons donner dans ce texte les appréciations des économistes de diverses sensibilités concernant B. Friot faute de place mais nous donnons ici quelques noms connus et leurs références qu'on peut retrouver facilement sur internet :

* **Sylvain Chicotte**, ancien inspecteur du travail connaît parfaitement le contenu du projet de loi de Sécurité Emploi Formation puisqu'il a collaboré à son écriture. Ce projet de loi a ensuite été soumis pour amendements à des avocats, des syndicalistes, des économistes etc.

* **Michel Husson** statisticien et économiste français travaillant à l'Institut de recherches économiques et sociales : « Bernard Friot ou la stratégie de l'incantation »

* **Alain Bihr** (alternativelibertaire.org) : « Friot, ou l'émancipation à minima »

* **Benoit Borrits**, journaliste, cofondateur et animateur de l'Association « Vaincre Macron... tout seul ? »

* **Jean-Marie Harribey**, ancien co-président d'Attac : Aux salariés bien nés, la valeur n'attend que 18 années !

* **Pierre Khalfa**, coprésident de la Fondation Copernic et membre du Conseil scientifique d'Attac : « Des théorisations fragiles aux implications hasardeuses. »

* **Jean Gadrey**, Économiste, altermondialiste Attac : « Retraites : les curieuses thèses de Bernard Friot »

ajoute aux 5,5 millions de fonctionnaires la moitié des retraités qui ont une pension proche de leur salaire (soit environ sept millions), les libéraux de santé, les salariés à statut et ceux des branches avec droit à carrière, c'est environ dix-sept millions de personnes, le tiers des plus de 18 ans, qui ont aujourd'hui, peu ou prou, un salaire à vie, fondé sur une qualification personnelle ». Pour appuyer sa démonstration, B. Friot embauche Ambroise Croizat, le père de la sécurité sociale, dans sa croisade.

Et pourtant ces affirmations ne résistent pas à l'examen des faits!

Les retraités: D'emblée, il annonce la couleur: c'est une « erreur qui consiste à dire que ce sont les cotisations actuelles des autres, des actifs, qui financent ma retraite d'aujourd'hui ». Il remet donc en cause la conception même de la retraite par répartition créée par A. Croizat et persiste en dénonçant « l'illusion de la solidarité intergénérationnelle » *Op.cit*, p. 124.

Les faits: Avec la sécurité sociale, A. Croizat permet l'accès aux soins pour tous en sortant partiellement cette activité du secteur marchand: **chacun cotise en fonction de ses moyens et chacun reçoit, en fonction de ses besoins.** C'est une avancée considérable qui montre que la lutte peut conduire à des avancées sociales importantes, avec une certaine rupture concernant la domination du capital. Mais cette avancée, cette rupture, n'ont pas, à aucun moment, sorti le travail humain de l'exploitation capitaliste, contrairement à ce que dit B. Friot... Le salarié est resté dans un rapport de subordination avec son employeur, il continue de vendre sa force de travail par nécessité!

Le discours d'A. Croizat le 8 août 1946 à l'Assemblée Nationale permet de comprendre l'importance qu'attache le ministre communiste au fait que tout homme en capacité de travailler doit avoir une activité rémunératrice et qu'il faut assurer des revenus à celui qui ne peut plus travailler. Les financements de la sécurité sociale, et donc des retraites, sont, explique-t-il, le fait de « la solidarité intergénérationnelle, interprofessionnelle, (...) et prises sur les richesses créées dans l'entreprise ». Rien à voir avec ce qu'en dit B. Friot!

Citons Ambroise Croizat:

« (...) Sauvegarder le capital humain du pays par la prévention de la maladie. Voilà qui suffit à démontrer l'ampleur du contenu de la notion de sécurité sociale. Celle-ci implique d'abord une organisation économique qui fournisse à tous les

hommes et à toutes les femmes en état de travailler une activité rémunératrice. (...) Il faut, en second lieu, que l'activité ainsi garantie à tous les hommes et à toutes les femmes leur apporte les ressources suffisantes pour satisfaire à leurs besoins personnels et pour couvrir leurs charges familiales. (...) Enfin, et c'est le dernier chapitre de la sécurité sociale, il faut parer aux conséquences de la perte possible, par le travailleur, de son activité rémunératrice. (...) L'unité de la sécurité sociale n'est à cet égard que l'affirmation d'une solidarité nationale indiscutable. (...) La solidarité: c'est la pierre angulaire du système. Solidarité intergénération, solidarité actifs-inactifs, malades-bien portants. Le tout financé par les richesses créées dans l'entreprise. (...) » L'une des phrases clés d'Ambroise Croizat fut: « la prévention: priorités des priorités ». C'est, à mon sens, la plus révolutionnaire des idées de l'époque. La santé commence à l'entreprise. Soins gratuits, pensions, paiements des dégâts faits par les patrons... C'est justement en contraignant les employeurs à payer que ceux-ci prendront des mesures de prévention. »

Lorsque B. Friot dénonce « l'illusion de la solidarité intergénérationnelle », il est en opposition frontale avec A. Croizat. Il remet en cause la retraite par répartition c'est à dire le fait que pour les financer l'entreprise prend sur les richesses créées par les actifs, et ce au détriment des profits. Cette « prise » sur les richesses créées permet de payer les cotisations qui assurent les revenus des retraités, qui eux-mêmes, ont cotisé toute leur vie d'actif. Cette avancée extraordinaire ne s'est pas faite sans résistance de la droite et du patronat, bien au contraire. Le contexte de la Libération, la force du Parti communiste alors et de la CGT, la mobilisation des travailleurs ont néanmoins permis, dans le contexte historique de 1946 la mise en place de cette sécurité sociale. A. Croizat, et ceux qui ont contribué à mettre en place le système avec lui, n'a pas seulement pensé l'aspect social de ce qu'il mettait en place, il en a pensé aussi le financement, et les pouvoirs nécessaires aux travailleurs: la gestion par eux de la caisse de sécurité sociale mais aussi la mise en place des comités d'entreprise. Macron s'efforce aujourd'hui de les démanteler avec ses ordonnances.

B. Friot affirme que si « le mouvement social (contre la réforme Sarkozy des retraites) a été défait c'est parce qu'il n'aurait pas su saisir l'enjeu de la bataille ». Selon Bernard Friot, pour gagner, il fallait se persuader que la retraite était un salaire continué. Voilà une affirmation

bien prétentieuse: pour gagner: tous derrière les thèses de B. Friot! Les camarades syndicalistes, confrontés aux réalités du terrain dans les entreprises apprécieront. Ils se sont battus contre Sarkozy pour garder la retraite à 60 ans, pour les financements de celles-ci par une augmentation de la cotisation patronale (et une modulation de celle-ci en fonction des politiques d'emploi)... Et par leur faute, du fait de leur mauvais choix, ils ont perdu! Le poids terrible des médias, le poids de la crise, les pertes de salaires qui sont un frein aux grèves, la difficulté de mobiliser, les pressions des employeurs, notamment des PME, la montée de la finance et de la mondialisation... un contexte sans aucun doute très différent de la Libération, tout cela ne compte pas pour B. Friot! Mais pourquoi continuer à parler de retraite et de retraités puisque dans le système Friot, on touche 1 500 € dès 18 ans quoi qu'on fasse. Si on poursuit sa logique, la retraite pourrait donc commencer à 18 ans!? La moitié des retraités aurait une retraite proche de son salaire? De quel pays parle-t-il?

B. Friot surfe sur la fierté des retraités qui occupent une partie de leurs loisirs de retraités à des activités extrêmement utiles pour la société: accompagnement scolaire d'enfants, fonctionnement d'un club sportif ou d'une association etc, pour justifier qu'il s'agit « d'un travail » qui légitime le « salaire » du retraité. Mais la généralisation de la retraite est une conquête sociale majeure qui consiste dans le fait de recevoir un revenu tout en effectuant **ou pas** une activité sociale libre. Cette liberté est une conquête, c'est une émancipation. Outre que tous les retraités n'ont pas tous d'activité utile à la société ou à leur famille, et c'est leur droit le plus strict, cette activité ne se transforme pas en marchandise. Elle ne crée pas de valeur au sens économique du terme. Elle n'entre pas dans le PIB. Dire le contraire c'est compter deux fois la retraite dans le PIB: une fois au titre des cotisations prises sur la valeur ajoutée, une autre fois au titre du comptage de ces cotisations comme revenu des retraités. Par ailleurs, tous les syndicalistes qui se sont battus pour le maintien de la retraite à 60 ans le disent: l'utilité des retraités qui s'investissent est indéniable, voire indispensable. Mais ils ajoutent, qu'il est juste de rompre le lien de subordination avec l'employeur quand on est encore en bonne santé, pour une activité et une retraite librement choisie. C'est un argument supplémentaire pour libérer le salarié du « travail par nécessité », lors de sa retraite.

Les fonctionnaires: ils seront surpris d'apprendre qu'ils disposent d'un salaire à vie. Outre le fait, que comme dans le privé, un fonctionnaire à mi-temps ne

touche que la moitié de son salaire, s'il fait grève, il n'est pas payé! S'il lui prend l'envie de partir inopinément en vacances en dehors des congés payés prévus, il risque fort d'être licencié comme n'importe quel salarié du privé! S'il est malade longtemps, son salaire diminue, puis peut lui être supprimé. Enfin, la retraite des fonctionnaires, bien qu'établie sur les 6 derniers mois de la carrière, est en moyenne, pour une carrière complète, du même niveau (en %) que la retraite moyenne dans le privé: établie sur les 6 derniers mois, elle ne prend pas en compte les primes qui peuvent représenter une partie non négligeable du salaire.

Les libéraux de santé, ils seront sans doute estomaqués d'apprendre qu'ils relèvent « peu ou prou » du « salaire à vie, fondé sur une qualification personnelle »: payés à l'acte, leurs revenus dépendent de la patientèle. En fin d'activité, ils disposent d'une retraite de la CNAVPL ou Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et d'une retraite complémentaire obligatoire.

Une nouvelle version de « l'Homme nouveau soviétique »?

Une des justifications du salaire à vie de B. Friot, est que toute activité créée de la valeur. Ce n'est plus le travail qui crée le salaire mais le salaire qui crée le travail. Donc le fait de toucher un salaire nous transforme en créateur de richesse. Plus précisément: le fait de baptiser le revenu touché un « salaire » crée de la richesse, au sens de la valeur économique. Celle-ci ne dépendrait que d'une convention subjective. C'est ignorer le rôle du marché et de la marchandise pour permettre la comparaison entre tous les travaux privés et leur donner un caractère social par leur valeur, dont le temps de travail socialement nécessaire est la mesure commune. Non. Pour lui, le retraité qui va chercher ses petits-enfants à l'école, qui joue aux boules crée une richesse!... Friot met donc sur le même plan le salarié qui se lève le matin, quelques fois très tôt, par nécessité économique, pour vendre sa force de travail, et le grand-père qui se lève pour accompagner ses petits-enfants à l'école.

Franchement, avec 1 500 € de revenus assurés, quel pourcentage de salariés va continuer à se lever le matin? Ceux qui ont du travail très motivant, mais les autres? Mais alors, quelles richesses vont continuer à être produites? Et qui assurera que le montant du revenu produit sera suffisant pour financer les cotisations sociales requises?

B. Friot nous dit qu'il croit en l'Homme : « Je voudrais préciser au départ que ma formation initiale est théologique. J'avais l'intention d'être prêtre. Et ce n'est pas anecdotique dans mon travail : le fait d'être catholique (...) introduit un certain optimisme (...) « le monde est bon ». (...) C'est là une dimension de postulat de mon existence (...) ce que je raconte suppose un peuple vertueux. ». Mais ne nous a-t-on pas déjà insufflé cet optimisme dans le passé? : Le socialisme en URSS devait créer « *l'Homme nouveau soviétique* »! La chute du conte a été moins merveilleuse : quelques décennies de « socialisme » n'ont pas changé la nature des hommes et des femmes des pays concernés. Il faudrait sans doute beaucoup plus de temps!

En réalité, B. Friot explique à tout va que la question de « l'emploi » est une mauvaise question. Seule existerait la question du travail, réduite à la convention pour dénommer des activités humaines (B. Friot ne distingue pas travail et activité), sans enjeux sur les conditions de travail. Et il récuse les luttes « pour l'emploi ». On est dans les errements quarante-huitards des « ateliers nationaux », où les gens piétinaient dans les champs, et qui ont déterminé l'échec de la révolution de 1848 qui s'est terminée dans un bain de sang.

Cela pose quand même quelques « petits » problèmes économiques...

Le salaire sert à acquérir des marchandises, qu'il s'agisse de se loger, de consommer de l'énergie, de choisir finalement de rester chez eux, de ne plus se lever les matins pour rejoindre une entreprise et de vivre avec les 1 500 € qui représentent plus, voire beaucoup plus que les revenus actuels d'une grande majorité de la population : chômeurs, smicards, ou s'ils sont un peu plus exigeants sur leur niveau de vie, font ce choix dès lors qu'ils ont atteint les 3 000 €?

Il y aura rupture entre ce que ces revenus permettent d'acquérir et qui sont des objets bien concrets : logement, énergie, nourriture, vêtement etc. et la production de ces biens (dans production de ces biens, on inclut évidemment toute l'organisation de la société). Donc on pourrait avoir de l'argent qui circule mais pas les marchandises correspondantes à acquérir? En réalité, le système grippera avant : un nombre très insuffisant de volontaires pour faire tourner les entreprises et ces dernières ne créeront plus de valeur ajoutée en quantité suffisante pour assurer 1 500 € à tous (chacun comprend bien que le fait d'accompagner ses enfants à l'école étant une valeur à usage personnelle, ça ne crée pas de

valeur ajoutée! D'ailleurs B. Friot propose bien que le revenu des retraités continue à être assuré par les cotisations sociales... prélevées donc sur la richesse créée par d'autres!). B. Friot fini par admettre cette possibilité : « *Le salaire pourra progresser, [...] mais il ne pourra être ni être suspendu ou supprimé, ni baisser. Ou s'il venait à baisser, du fait [...] d'une insuffisante production de valeur à l'échelle macroéconomique, il baisserait dans la même proportion pour tous.* »

... Et quelques grands écarts avec les analyses de Karl Marx.

Alain Bihl interrogé par « alternative libertaire » :
« *Tu mets en valeur un certain nombre de confusions de Friot dans l'usage des concepts marxistes* » (...) Réponse : « *Je n'ai pas compris pourquoi il s'embarrassait de tout un échafaudage marxiste dans lequel il se prend les pieds... Sauf à vouloir bloquer par avance la discussion et dire « Vous voyez, d'un point de vue marxiste, je suis totalement inattaquable! » En effet annoncer au PCF qu'on a des théories antimarxistes, ça fait désordre!* »

Marx a théorisé, dans le livre premier du Capital, sur la Valeur

Retournons aux sources! Karl Marx distingue
1) **La valeur d'usage** : « *L'utilité d'une chose fait de cette chose une valeur d'usage... Les valeurs d'usage ne se réalisent que dans l'usage de la consommation* ». « *Pour pouvoir être échangée, il faut qu'elle ait une valeur d'usage donc qu'elle corresponde à un besoin social (qui peut être de toute nature)* ». »

2) **La valeur**. Pour pouvoir l'échanger, il faut pouvoir comparer une marchandise avec une autre alors qu'elles sont toutes deux de nature très différente. Il explique que la marchandise recèle en elle-même une contradiction : elle est à la fois valeur d'usage et valeur : « *Comme valeur d'usage, les marchandises sont avant tout de qualité différente; comme valeurs d'échange, elles ne peuvent être que de différentes quantités.* ».

On doit donc pouvoir les comparer. Et ce qui permet de les comparer c'est : « *Le temps socialement nécessaire à la production des marchandises et celui qu'exige tout travail, exécuté avec le degré moyen d'habileté et d'intensité et dans des conditions qui par rapport au milieu social donné, sont normales. C'est donc seulement le quantum de travail, ou le temps de travail nécessaire dans une société donnée, à la production d'un article qui en détermine la quantité de valeur (...). Les marchandises dans lesquels sont contenues d'égales quantités de travail, ou qui peuvent*

être produites dans le même temps, ont par conséquent, une valeur égale. »

Et K. Marx insiste sur la différence entre valeur d'usage, valeur d'usage personnel, valeurs d'usage social et marchandise : « *Nous connaissons maintenant la substance de la valeur : c'est le travail. Nous connaissons la mesure de sa quantité : c'est la durée du travail. Une chose peut être une valeur d'usage sans être une valeur. Il suffit pour cela qu'elle soit utile à l'homme sans qu'elle provienne de son travail* (par ex des fruits dans la nature). *Une chose peut être utile et produit du travail humain, sans être marchandise* » (par ex l'entretien de son jardin) ». « *Quiconque par son produit, satisfait ses propres besoins, ne crée qu'une valeur d'usage personnel. Pour produire des marchandises, il doit non seulement produire des valeurs d'usage, mais des valeurs d'usage pour d'autres, des valeurs d'usage sociales* ».

Nous sommes donc loin des thèses de B. Friot mettant sur le même plan des activités à usage personnel (accompagner ses enfants à l'école) et le travail qui produit des marchandises en produisant des valeurs d'usage sociales qui deviennent des marchandises objet d'échange.

Une autre proposition phare de B. Friot est de « *sortir ce que nous appelons « travail » des griffes du Capital (...) la propriété d'usage des entreprises et la subvention de l'investissement. (...) peuvent nous permettre de nous battre contre la définition capitaliste du travail, définition qui repose sur le fait de se rendre sur un marché du travail pour se soumettre à un employeur (...) tous les outils de travail sont la propriété des travailleurs (...)* ».

Bien! Nous sommes donc manifestement à l'étape où tout est conquis! Mais comment passons-nous de la situation d'aujourd'hui d'exploitation effrénée, mondialisée, à cette situation où les salariés possèdent collectivement leurs outils de travail, gagnent 1 500 € ou plus, qu'ils mettent en action ou non d'ailleurs ces outils de travail?

Évidemment, ce salaire à vie, au même titre d'ailleurs que la proposition de revenu universel de B. Hamon a « l'avantage » de ne plus avoir à se battre pour le respect du préambule de la constitution de 1946 : « *chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi* ». Et lorsque B. Friot raille la proposition de B. Hamon appuyée sur « *d'extravagantes prophéties de disparitions d'emplois* », si nous ne pouvons qu'être d'accord sur la pérennité des emplois qui se transforment mais ne disparaissent pas, lui, il a résolu le problème, plus besoin d'emplois, accompagnez vos enfants... Toutes les luttes menées par les salariés, qu'elles concernent leurs salaires, leurs temps de travail, ou l'emploi... sont rejetées par

B. Friot parce que la seule lutte qui vaille c'est le salaire à vie et la propriété d'usage des entreprises. Cela fait un demi-siècle que Lutte Ouvrière appelle les salariés à réquisitionner les usines. Cela a fait bouger quoi?

Peut-on sérieusement croire que l'on va mobiliser une majorité de travailleurs, de citoyens de différentes catégories sur cette base de salaire à vie, et d'usines réquisitionnées (il faudra bien les réquisitionner par la force, les patrons ne vont pas se laisser faire!).

B. Friot accompagne cette propriété d'usage des entreprises de la suppression du crédit bancaire, « *qui est du vol* », vision à la Proudhon. B. Friot crée donc « *une cotisation économique (par ex 20 % de la VA marchande...)* qui ira à des caisses, gérées par les travailleurs, chargées de subventionner l'investissement en plus de l'autofinancement. (...) ». Cette cotisation devient indépendante du travail lui-même. Et pourquoi 20 %? On sanctuariserait étatiquement le montant de profit et coût du capital qui finance l'investissement? Il est vrai que dans le système Friot, il n'y a plus de masse salariale puisque les salaires, ou plutôt les 1 500 € versés à tous, sont payés par une caisse qui reçoit elle-même 1/3 de la VA créée par les entreprises. Les entreprises peuvent donc embaucher en surnuméraire (à la soviétique)... si elles trouvent suffisamment de volontaires pour se lever le matin! Les salariés étant maîtres des décisions de leur entreprise, notamment de leur autofinancement, B. Friot ne dit rien de la façon dont vont s'organiser les choses pour les entreprises européennes (ou mondiales) complémentaires, ni entre entreprises? D'ailleurs, ils n'en sont pas tout à fait maîtres, puisque 20 % devraient, selon lui, être prélevés dans chaque entreprise... pour le capital matériel et l'investissement!

Les banques c'est du vol!

Est-on condamné à un système bancaire privé, utilisant le crédit pour accompagner la spéculation, les OPA, les délocalisations et refusant le soutien aux entreprises qui se développent et qui développent l'emploi? Pour B. Friot, la question ne se pose pas : pour le financement des investissements, exit les banques. On se prive donc d'une part, des dépôts de chacun d'entre-nous (à moins qu'on supprime aussi ceux-ci et qu'on revienne au bas de laine?) mais on se prive aussi de la capacité bancaire de création monétaire. On investirait seulement avec une part de VA des richesses déjà créées. Si l'on devait comparer avec un ménage, cela revient pour celui-ci à faire d'abord ses économies pour acheter un logement ensuite plutôt que prendre un crédit. Or le crédit est une projection sur l'avenir : j'achète mon logement pour en profiter maintenant et demain et je le paie sur

les salaires à venir, c'est-à-dire sur les richesses que je vais créer. En outre la comparaison n'est pas totalement juste : à la différence d'un ménage qui ne peut dépenser que ce qu'il gagne, y compris quand il rembourse un crédit, lorsque l'entreprise emprunte à la banque ce n'est pas un crédit à la consommation, c'est un crédit à l'investissement, c'est-à-dire pour développer ses moyens de production (et l'emploi du même coup donc dans le cadre vertueux de développement humain). Elle peut utiliser cet argent pour investir avec d'élargir sa capacité à créer des richesses nouvelles supplémentaires, elle anticipe des besoins humains nouveaux qu'elle va satisfaire. La banque fait de la création monétaire, l'entreprise investit puis rembourse la banque mais augmente son chiffre d'Affaires, augmente le nombre d'emplois...

L'Histoire revue

Contrairement à ce qu'affirme B. Friot décidément très dans l'approximation, l'ensemble des investissements de santé qui ont résulté de la création de la sécurité sociale, ne s'est pas fait par des subventions de l'État tombées du ciel à un moment où tout le pays était à reconstruire. À la Libération, les besoins de financements publics étaient considérables et la dette publique a fortement augmenté et s'est appuyée sur la création monétaire... par le Trésor public appuyé par la Banque de France et avec des banques nationalisées. Mais à la différence de notre époque, cette création monétaire a permis un développement de l'économie et de la valeur ajoutée, du PIB. L'augmentation de la dette n'a donc pas été démesurée par rapport à l'augmentation du PIB comme c'est le cas aujourd'hui.

Dépasser le capitalisme, ce n'est pas partir d'une page blanche

Dire : aujourd'hui nous sommes sous la domination du capitalisme, demain matin, nous aurons rompu nos chaînes, ça n'existe pas. C'était la théorie de Pol Pot, celle qui l'a conduit à vouloir détruire toute trace du passé (et des hommes qui possédaient du savoir) pour recommencer l'histoire du Cambodge sur une feuille blanche. Le dépassement du capitalisme se fait à partir de l'existant, des contradictions de celui-ci, de conquêtes sociales et de conquête de pouvoirs. Il se fera progressivement. C'est l'objectif de la Sécurité d'Emploi ou de Formation dont l'aboutissement permettra de sortir le travail de sa marchandisation (et donc de la domination patronale). Mais pour parvenir au dépassement du marché du travail, il faut conquérir des étapes, des points de rupture. La

SEF propose des objectifs de luttes immédiates pour des conquêtes dès maintenant.

La SEF au service des luttes!

En effet, la proposition de sécurité d'emploi et de formation ne repose pas sur la conception du grand soir, à partir duquel tout change et tous les problèmes sont résolus. Chaque domaine, pouvoirs des travailleurs dans les entreprises et les territoires, utilisation de l'argent et du crédit, développement du service public de l'emploi pour accompagner les travailleurs tout au long de leur vie, est fait d'objectifs opérationnels immédiatement, à conquérir dans les luttes et qui font système jusqu'à changer en profondeur la société. Ainsi, alors que Pôle emploi consacre des centaines de salariés au contrôle « flicage » des privés d'emploi, une bataille sur un autre contenu et des moyens pour le faire, intéresse autant les salariés de pôle emploi que les privés d'emplois eux-mêmes. Ces derniers constatent pour l'essentiel que pôle emploi ne les accompagne pas, ne les aide pas, ni sur l'acquisition de nouvelles qualifications pour se réorienter, ni sur la recherche efficace d'un emploi. Les salariés de pôle emploi quant à eux se plaignent du non-sens de leur travail, du manque de moyen pour faire un véritable accompagnement, dont on sait qu'il demande beaucoup de moyens humains pour permettre des vraies reconversions réussies. Les propositions formulées pour un développement d'un nouveau service public de l'emploi rencontrent alors les exigences des agents de pôle emploi jusqu'à leurs conditions de travail elles-mêmes, comme celles des chômeurs.

Idem, à Carrefour qui supprime des milliers de postes et restructure ses magasins en ayant touché le CICE et réalisé des profits substantiels pour ses actionnaires. Les salariés n'ont aucune visibilité, aucun droit réel pour s'interposer et promouvoir d'autres choix que la destruction de leur emploi. La conquête des pouvoirs nouveaux tels que proposés dans SEF est un objectif immédiat utile et facteur de rassemblement dans l'action car efficace pour transformer tout de suite la situation des salariés de carrefour. Dans chaque entreprise Alstom, Sanofi, les studios de Bry-sur-Marne, ou ADP, les pouvoirs pour les salariés sont une question centrale pour peser sur l'orientation de l'entreprise, pour discuter et faire reculer le pouvoir quasi discrétionnaire des actionnaires.

Macron ne se trompe pas en passant en force les ordonnances qui modifient le Code du travail. Leur objectif est le recul des pouvoirs des salariés notamment sur les questions économiques! C'est le sens de la fusion

CE DP par exemple... La proposition SEF articule aussi les pouvoirs des travailleurs dans l'entreprise et les pouvoirs aux populations et leurs élus à mettre en place immédiatement, dans les territoires. Ainsi, les conférences de l'emploi par localité, département, région et nationale peuvent être tout de suite des outils d'impulsion d'une nouvelle politique de l'emploi en lien avec les besoins dans tous les domaines. Par exemple, l'avenir de la SNCF pose ces questions : lien avec chaque territoire, besoin de financement pour répondre aux exigences de développement et de modernisation, développement de l'emploi en lien avec ces objectifs par région et territoires, privatisation ou entreprise publique... et cela s'articule à la question de l'avenir du transport aérien et d'ADP, par exemple.

Conquêtes de pouvoirs aux travailleurs et populations pour une démocratie profondément transformée, c'est la mise en œuvre en acte de la VI^e République et pas seulement des incantations... C'est aussi utile pour les hôpitaux, pour définir de façon démocratique et efficace les besoins et les emplois nécessaires pour y répondre, les formations nécessaires au personnel de santé, la question des salaires et la garantie d'un emploi dans la durée pour bien travailler. Chacune de ces questions est au cœur des luttes actuelles, dans tous les secteurs, ce qui montre la pertinence du dispositif SEF et l'utilité de s'en emparer dans les luttes. Dans tous les cas, la question du financement, du crédit est posé, services publics, rôle de la BCE, critères du crédit pour favoriser le développement de l'emploi et la formation, d'où l'enjeu immédiat des luttes : la conquête de pouvoirs sur les banques, dont la nationalisation d'un certain nombre...

Chaque objectif proposé par la Sécurité d'emploi ou de formation est un outil de transformation de la société en même temps qu'un objectif de lutte immédiate et opérationnel dès maintenant. Et la cohérence de l'ensemble permet de mettre en valeur les intérêts communs de tous, travailleurs, population quel que soit le secteur, le statut, et les besoins. Et nous voyons combien la convergence d'intérêts et la construction

d'une conscience de classe du salariat d'aujourd'hui sont une question essentielle au rapport des forces politiques et sociales pour changer la société.

Ce que fait le retraité est du travail, le grand-père qui va chercher ses enfants à l'école c'est du travail, mais la femme qui fait sa vaisselle ne travaille pas... ou comment à force de vouloir justifier le salaire à vie, B. Friot montre sa nature.

Bernard Friot sur le travail domestique : citation extraite de l'inattendu du salaire, conférence débat au congrès de l'ANCE Dijon le 14 06 2000.

« Il y a deux formes de travail domestique : le travail domestique de présence auprès de personnes (les enfants, le conjoint, Les ascendants), et le travail domestique d'entretien les sols, de la vaisselle ou du linge. Le premier est un travail gratifiant, le second non, sauf exception, il y en a qui aiment mais les hommes ne le font pas ils ont raison, ce n'est pas parce qu'un travail est mauvais pour les femmes qu'il faut que les hommes le fassent ! Ce travail d'entretien d'ailleurs ne se fait encore comme il se fait, par contrainte faites aux femmes, que parce qu'elles ne le refusent pas catégoriquement : là encore nous sommes dans la servitude volontaire. Donc en aucun cas on ne peut payer ce travail, ce serait une régression formidable. (...) Je ne dis pas que lorsque nous serons tous à 10 heures contraintes par semaine les hommes en feront autant dans le domestique que les femmes (...) il y aura bien du travail à faire sur nous-mêmes pour que le partage soit réel. En particulier il faudra aussi que les femmes refusent de faire (...) le travail d'entretien que les hommes à juste titre ne font pas. ». Cette citation est confirmée par Bernard Friot lui-même qui dit qu'il n'est « pas à l'abri de possibles embardées. » ; il dit que Jean Gadrey qui signale ces propos « est allé la (cette réponse) chercher derrière les fagots dans le compte rendu d'un débat vieux d'une douzaine d'années (...) ». Ceci est extraordinaire, comment peut-on justifier de tels propos aussi méprisants pour les femmes même dans le feu d'un débat ?

Le reste à charge en matière de soins médicaux

Par Jean-Michel Cano, syndicaliste CGT, Conseiller CNAMTS/UNCAM en charge de l'assurance maladie

Définition

Le reste à charge est caractérisé dans notre système de soins sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près de 25 % de la CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) en 2015. Il correspond à la part non remboursée par l'assurance maladie obligatoire et est communément appelé « ticket modérateur ». Celui-ci varie en fonction de la nature du risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle), de l'acte ou du traitement, de l'inscription ou non du patient en ALD (Affection de Longue Durée) et du respect ou non du parcours de soins.

Ces restes à charge peuvent être pris en charge en totalité ou partiellement par les complémentaires « santé » en fonction des contrats et pour le restant ou en absence de complémentaire santé sont à la charge des malades

Outre le ticket modérateur, des participations, forfaits, franchises ont été mis en œuvre avec quelques exemptions en fonction de cas très spécifiques ;

- la **participation forfaitaire** (depuis 2005) de 1 € par consultation ou acte réalisé par un médecin pour un patient de plus de 18 ans et sans possibilité de prise en charge dans le cadre des contrats dits responsables
- le **forfait hospitalier** de 20 € (13 € en 2005) par jour en hôpital ou en clinique et de 13,50 € par jour dans un établissement psychiatrique
- les **franchises médicales** (depuis 2008) de 0,50 € par boîte de médicament délivrée en officine, de 0,50 € pour les actes paramédicaux avec un maximum de 2 € par jour et de 2 € pour les transports sanitaires avec un maximum journalier de 4 €
- les **modulations du taux de remboursement pour non-respect du parcours de soins** (non-déclaration de médecin traitant - et ce malgré l'absence de disponibilité de médecin traitant -, consultation d'un médecin spécialiste sans être passé par le médecin traitant)
- les **pénalités financières** et par exemple le non-respect de l'envoi de l'arrêt de travail dans les 48 heures
- les **différents taux de remboursement de médicaments à 100 %, 65 %, 30 % et 15 %**

Le reste à charge ne reste pas cantonné à la simple application du ticket modérateur, car les malades subissent d'autres dépenses financières telles que :

- les **dépassements d'honoraires**
- les **baisses de taux de remboursement de médicaments**, en 2011 vignette passant de 35 % à 30 % et instauration de la vignette à 15 %
- les **déremboursements de médicaments** et accessibles en vente libre en officine
- les **tarifs limites de remboursements des prestations et produits médicaux**
- les **produits prescrits par un médecin non remboursé** tels que les pansements, compresses, etc...
- les **prises en charge limitées du fait de la réglementation** et ce malgré par exemple :
 - une reconnaissance médicale de la pathologie (exemple prise en charge limitée de soins pour certains cancers...)
 - mais aussi le problème des médicaments coûteux tel que celui contre l'hépatite C de Gilead à plus de 46 000,00 € le traitement ainsi que de nouveaux traitements médicamenteux contre certains cancers à plus de 100 000,00 €. Les industriels pharmaceutiques négociant leurs exigences de prix non plus sur les coûts de recherche et développement, de fabrication et de commercialisation mais sur l'hypothèse d'amélioration de l'état de santé voire de la guérison du patient ainsi que de la solvabilité des organismes de Sécurité sociale et de l'évitement supposé de frais de santé...

De plus, **l'avance de frais est un réel frein dans l'accès aux soins et entraîne des renoncements aux soins** qui ne font que reculer l'exigence de soins et souvent dans les situations les plus graves. La remise en cause de l'instauration du Tiers Payant Intégral pour le transformer en Tiers Payant généralisable constitue en véritable recul en la matière. Pour preuve le tiers payant intégral pour les assurés sociaux en ATMP, ALD, CMUC, femmes enceintes fonctionne et permet à ces populations de ne pas faire d'avance de frais.

État des lieux

Selon les études, le reste à charge des ménages a été évalué à **16,4 milliards en 2015 soit 9,2 % de la CSBM ou 247 € par habitant**. Les restes à charge représentent près de 17 % de dépenses sur les médicaments prescrits et remboursés et 35,3 % sur l'ensemble des médicaments, de près de 36 % sur les soins de ville dont de plus de 23 % sur les soins dentaires. Selon l'étude de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé), dans son n° 1066 de juin 2018 « *un allocataire sur deux se perçoit en mauvaise santé* ». Et pour cause « **14 % des allocataires du minimum vieillesse déclarent avoir renoncé, pour raisons financières, à des consultations de médecin au cours de l'année et 31 % à des soins dentaires, contre respectivement 3 % et 16 % pour l'ensemble des personnes de 60 ans ou plus** ».

Enfin, 16 % des allocataires ne sont couverts par une complémentaire santé – CMUC comprise – ni pris à 100 % par la Sécurité sociale au titre des affections de longue durée. **Près d'un allocataire sur 4 n'a pas de couverture complémentaire de santé**. Même si le montant du minimum vieillesse rend les allocataires éligibles à l'ACS (Aide à la complémentaire santé) 13 % d'entre eux seulement y ont recours. Néanmoins 12 % déclarent être couverts par la CMUC ce qui peut être transitoire, à l'entrée dans le minimum vieillesse puisqu'en théorie le montant du minimum vieillesse est au-delà du plafond de la CMUC. En revanche 24 % des allocataires ne sont pas couverts par une complémentaire santé ce qui est très nettement supérieur aux 5 % de l'ensemble des 60 ans ou plus, mais aussi aux 9 % de bénéficiaires du RSA non-couverts.

Autres caractéristiques similaires, les allocataires qui ne sont ni couverts par une complémentaire santé ni par une prise en charge en ALD ont **un risque 2,4 fois plus élevé de renoncer à des soins dentaires ou soins médicaux** que les bénéficiaires couverts.

Les frais cachés des ALD (Affection de Longue Durée)

1 français sur 6 bénéficie du dispositif des ALD - **80 % des dépenses de l'assurance maladie se concentrent sur 20 % de la population** - parmi lesquelles les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'infection au VIH, les maladies rares, etc... avec une dépense moyenne annuelle de 1,6 à 11 fois supérieure à un patient hors ALD... Malgré ce dispositif de prise en charge à 100 %, des frais importants restent à leur charge...

Jusqu'à 1 700 € de reste à charge moyen pour 10 % des malades en ALD et pouvant atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros à cause de soins mal ou pas remboursés, de dépassements d'honoraires, de franchises car ces malades consultent plus et ont plus de soins du fait de la gravité de leur(s) pathologie(s).

Reste à charge zéro

Combattre les fausses idées : le reste à charge à zéro ne signifie pas que la Sécurité sociale remboursera les frais de santé dentaire, optique et audioprothèses à 100 % sans reste à charge. Au contraire, le reste à charge à zéro est basé sur un panier de soins strictement déterminé en prothèses dentaires, optique et audioprothèses, et que dès lors que le patient reste bien dans celui-ci, la Sécurité sociale et la complémentaire santé rembourseront les frais à hauteur de 100 %.

Déclaration d'Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé – janvier 2018 : « *Pas question de supprimer le reste à charge pour toutes les lunettes, audioprothèses et prothèses dentaires* ». À propos du reste à charge à zéro en optique-audio-dentaire, la ministre dit vouloir aboutir à « *un panier de soins – standard – sans reste à charge* » ce qui ne veut pas dire que l'on va supprimer tous les restes à charge pour toutes les lunettes, audioprothèses et prothèses dentaires ».

Selon Agnès Buzyn « *pour le gouvernement, il n'est pas question que le reste à charge zéro en matière de lunettes et de soins prothétiques ou audio se traduise par des complémentaires « santé » plus chères, sinon, ce serait reprendre d'une main ce que l'on donne de l'autre.* »

Cependant, en rester à la promesse électorale de Macron, à la campagne médiatique sur le « **RESTE À CHARGE À ZÉRO** » donc sur les prothèses dentaires, l'optique et l'audioprothèse, serait totalement réducteur du vécu de la population en termes du réel RESTE À CHARGE.

L'ampleur des restes à charge en termes de soins de santé repose tout à la fois :

- sur le ticket modérateur, les participations forfaitaires, les franchises médicales, les modulations du taux de remboursement pour non-respect du parcours de soins, les pénalités financières et les différents taux de remboursement de médicaments à 100 %, 65 %, 30 % et 15 %
- mais aussi les dépassements d'honoraire, les baisses de taux de remboursement de médicaments, les déremboursements de médicaments, les tarifs limites

de remboursements des prestations et produits médicaux, les produits prescrits par un médecin et non remboursés, les prises en charge limitées du fait de la réglementation et d'application technocratique...

- on ne saurait oublier les restes à charge, que certains appellent participation de l'assuré ou du malade dans le cadre de la perte d'autonomie, de l'hébergement en EHPAD, de soins et d'aide à domicile, du développement accentué des maladies chroniques et maladies mentales, etc....

Évidemment les complémentaires santé contribuent à réduire les restes à charge mais ceci dépend essentiellement du niveau du contrat et de son règlement par l'adhérent; pour faire juste il faudrait ajouter à ce reste à charge les frais d'acquisition auprès de la complémentaire santé.

Pour rappel les estimations nationales évaluent à un

Panier de soins	Contenu	Évaluation	Mis en œuvre
RAC à 0	prothèses dentaires avec couronnes céramiques pour les dents de « devant » les dents visibles, et pour les molaires (invisibles) qui seraient en métal	46 % des prothèses et 35 % des dépenses	
RAC appelé « MODERE » ou « MAITRISE »	avec des prothèses à tarifs plafonnés pris en charge par la Sécurité sociale et la complémentaire santé	25 % des prothèses et 34 % des dépenses	serait mis en œuvre en 2 temps: 2020 pour les couronnes et bridges et 2021 pour les dentiers amovibles
RAC « LIBRE »	le coût des prothèses et des soins composé de couronnes et bridges de haute technicité ou liées à une esthétique plus fouillée seraient en tarifs libres	29 % des prothèses et 31 % des dépenses (avec la réserve que toutes les dépenses ne sont pas remboursées et donc pas connues)	

Concrètement, au moment où le patient devrait se faire poser une prothèse, le chirurgien-dentiste aurait l'obligation de fournir un devis pour chaque panier. A charge ensuite pour le patient à choisir la qualité de la prothèse qu'il souhaite se faire poser et avec quel reste à charge au final. La mise en œuvre de cet accord conventionnel est organisée en 5 étapes se déroulant jusqu'au 1^{er} janvier 2023. Alors que cet accord est estimé à une augmentation de 6 à 8 %, en l'organisant par étapes sur 5 ans, les risques d'augmentations des cotisations des complémentaires seront lissés dans le temps et seraient moins frontaux et brutaux... de plus

minimum de 5 à 6 % de la population non couverte par une complémentaire santé.

La mise en œuvre du RESTE À CHARGE à ZÉRO sur le dentaire, l'optique et les audioprothèses est déjà estimée par la FNMF à un coût à un minimum de 650 millions/an supplémentaires avec des marges d'incertitudes liés aux effets de rattrapage et sur les concertations en cours sur l'optique et les audioprothèses.

Reste à charge à zéro sur le dentaire

La Cour des Comptes avait estimé en 2012 que près de 4,7 millions de Français avaient renoncé à des soins prothétiques pour des raisons financières.

Panier de soins : évaluation financière et quantitative sur la base des dépenses 2017

cette application sur 5 ans permet d'étaler les risques de rattrapage des soins prothétiques, et de donner des gages de rémunérations aux chirurgiens-dentistes en revalorisant les actes des soins conservateurs et des soins de prévention au plus tôt et d'étaler l'encadrement des tarifs des prothèses...

L'instauration des plafonds tarifaires permettrait de mettre en œuvre à partir du 1^{er} avril 2019 un panier de soins avec un reste à charge maîtrisé. Ces plafonds ayant vocation à évoluer sur la période jusqu'à 2023... La contrepartie de l'engagement des chirurgiens-dentistes sur

des tarifs imposés (RAC à ZÉRO) et de tarifs plafonnés (RAC modéré ou maîtrisé) porterait sur la revalorisation des « soins conservateurs » sur le traitement des caries, le détartrage, les restaurations coronaires, les inlays-onlays, les scellements de sillons, l'endodontie et les avulsions et actes chirurgicaux sur les dents temporaires et définitives.

La mise en œuvre s'effectuerait par étapes et le gain net pour les chirurgiens-dentistes (sur la base de leur revenu 2017) serait de 230 millions (hors effets volumes) au terme de la convention en 2023 avec l'instauration d'un observatoire des tarifs et des revenus des chirurgiens-dentistes et clause de revoyure afin de pallier au risque éventuel de baisse de revenus de ceux-ci.

Cet accord est accompagné de mesures de prévention pour en souligner les actions nouvelles :

- À destination des jeunes et des enfants avec les EBD - examen bucco-dentaire – à 6, 9, 12, 15 et 18 ans et l'extension aux jeunes à 21 et 24 ans ainsi que pour les enfants de 3 ans.

Remarque : l'EBD est adressé à tous les enfants et jeunes sur la base de l'âge et non pas de la connaissance ou non des soins effectués, pour rappel plus de 70 % des bénéficiaires de l'EBD sont déjà des enfants soignés ! Il y a plus d'une vingtaine d'années dans toutes les CPAM existaient un service de prévention avec des agents spécialisés qui se rendaient dans les écoles primaires, faisaient l'information des élèves et accompagnés de chirurgiens-dentistes et procédaient aux examens dentaires pour délivrer des prises en charge ciblées... ces actions ont été supprimées au profit de l'envoi en masse de courrier...

- Prise en charge de l'acte de pose de vernis fluorés pour les enfants présentant un risque carieux élevé (recommandation HAS) de 6 à 9 ans avec une fréquence annuelle et réalisé suite à l'EBD à 6 ans ou déclenché par le chirurgien-dentiste lors d'une consultation
- Evaluation de cette action en 2022 pour une éventuelle extension à d'autres tranches d'âge.
- Expérimentation d'une prise en charge globale de prévention (dans le cadre du FISS -Fonds d'Innovation du Système de Santé) sous forme d'un forfait de prévention (par exemple évaluation du risque carieux, radiographies rétro-coronaires, nettoyage prophylactique...) et recommandation d'éducation à la santé et évaluation des acquis et ceci effectué en plusieurs séances
- Expérimentation d'un Parcours de prévention incitatif pour un suivi régulier bucco-dentaire dans le cadre du parcours de soins qui pourrait concerner dans un 1^{er}

temps une suite à l'EBD à 24 ans. Le principe étant un suivi régulier avec des actes de soins conservateurs et de prévention avant les actes prothétiques. Cette expérimentation demande une base législative et réglementaire

Mesures de prévention en accompagnement de patients en situation spécifique pour :

- Les patients diabétiques : les maladies parodontales représentent une des complications les plus importantes du diabète avec prise en charge d'un bilan parodontal et prise en charge de l'acte d'assainissement parodontal par sextant.
- Les patients en situation de dépendance ou de handicap souffrant de pathologies mentales sévères rendant difficile voire impossible les soins en cabinet dentaire et dirigés vers des établissements spécialisés pour des soins sous anesthésie générale. Proposition de valoriser la prise en charge de techniques de sédation consciente telle que l'utilisation du MEOPA par des chirurgiens-dentistes formés à ces soins. Dans un premier temps, expérimentation vers les enfants en AEEH ou PCH atteints de handicap mental et/ou psychique sévère avec évaluation pour une extension à d'autres populations souffrant de ces pathologies.
- Les patients hébergés en établissement médico-social pour une mise en œuvre d'une téléconsultation de dépistage (pré-diagnostic) auprès des personnes en situation de dépendance
- Les patients en ALD sous anticoagulant pour une prise en charge spécifique
- Les consultations en urgence revalorisées pour les actes urgents entre 8 heures et 20 heures

En conclusion nous pouvons saluer les revalorisations sur les soins conservateurs et les actes de prévention ainsi que l'instauration de nouveaux actes de prévention et l'encadrement des tarifs plafonds sur les prothèses dentaires (RAC à 0 et RAC modéré ou maîtrisé) tout en laissant en tarifs libres 30 % de ces derniers. Il nous faut aussi noter un accord « coûteux » alors même que les chirurgiens-dentistes font partis des professionnels de santé les mieux rémunérés du pays, loin devant nombre de médecins de spécialités.

Pour rappel, l'instauration des prothèses en liberté tarifaire tout comme des dépassements d'honoraires datent de l'époque du gouvernement Barre car l'assurance maladie avait refusé la revalorisation des soins conservateurs en dentaire et des consultations des consultations et actes des médecins et tout particulièrement des médecins spécialistes. Si bien qu'à cette époque, afin de ne pas augmenter les prises en charges remboursables, la

rémunération de ces professionnels de santé a été de fait transférée sur les assurés sociaux et leurs complémentaires. Pour les chirurgiens-dentistes l'instauration des prothèses à tarifs libres a été la contrepartie au blocage des revalorisations sur les actes conservateurs et de prévention. Et pour les médecins la création de 2 secteurs médicaux : secteur 1 pour les médecins généralistes et spécialistes à tarifs opposables en échange de la prise en charge de cotisations sociales familiales et maladie et du secteur 2 en tarification libre avec possibilité de dépassement d'honoraires.

Cela représente un **coût global pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire de 1,2 milliard d'€** sur la période 2017-2023 avec

- 704 millions sur la revalorisation des actes conservateurs,
- 371 millions pour l'amélioration des remboursements des assurés
- Et 108 millions sur les actes de prévention,

Financé à hauteur de 700 millions par la Sécurité sociale et 500 millions par les complémentaires.

Cet accord avec les chirurgiens-dentistes outre les revalorisations et encadrement des tarifs valorise la modernisation du cabinet dentaire en instaurant une aide forfaitaire de 490 à 590 €/an et l'aide versée au titre de la participation financière aux cotisations sociales familiales et maladie à un forfait annuel de 3 000,00 €.

Reste à charge à zéro en optique

Concertation en cours – ministère des solidarités et de la santé/professionnels de santé

Il est à noter que le reste à charge sur l'optique est en légère diminution par rapport à 2013 et ceci grâce aux réseaux de soins instaurés par nombre de complémentaires et l'application des contrats responsables qui limitent les prix des montures et des verres. Le RAC à 0 en optique devrait correspondre à une offre de qualité en matière de verres, accessible à tous les Français dans tous les magasins d'optique avec des prix et tarifs contraints. Selon les études, les restes à charge en optique seraient de l'ordre de 22 % des dépenses alors qu'il est évalué à 29 % sur le dentaire et 56 % sur les audioprothèses. La prise en charge des soins d'optique est de 4 % par l'assurance maladie, 74 % par les complémentaires santé et 22 % par les ménages...

Dans le cadre des concertations il est envisagé, sans que cela ne soit arbitré, une prise en charge dans le cadre du RAC à 0 et un désengagement total de l'assurance

maladie en dehors de celui-ci laissant l'entièreté de la dépense sur les complémentaires et les ménages... Quels équipements optiques seront intégralement remboursés en 2020?

Ceux qui valent au maximum 95 € (monture + les 2 verres simples) à 265 € (monture + 2 verres très complexes). Pour les verres progressifs, les prix maxima pourront varier de 180 € à 370 €. À l'intérieur de ces prix maxima de vente imposés aux opticiens, et dans tous les cas, le prix de la monture ne pourra excéder... 30 €! Ceux qui voudront des montures de meilleure qualité esthétique, pourront bénéficier de leur remboursement intégral sur les verres dans la limite décrite ci-avant et en élevant les 30 € pour leur monture... Les complémentaires santé seront autorisés à rembourser jusqu'à 100 € au maximum sur ces montures. De plus il faudra intégrer dans cette négociation la prescription et la fourniture de lentilles de contact, ce qui à ce jour ne fait l'objet d'aucune communication. Lentilles de contact à quels tarifs pour quelles qualités?

Reste à charge à zéro pour les audioprothèses

Notre pays compte 6 millions de malentendants dont 2,5 à 3 millions devraient être équipés. Seuls 1,5 le sont. Tel est le constat émis par Luis Godinho, président du Syndicat national des audioprothésistes (Unsaf), à l'occasion d'une conférence de presse organisée le 12 février 2014. L'âge du premier appareillage auditif (70 ans) est par ailleurs tardif en France. En cause: un dispositif de prévention inexistant et une forte réticence des patients à accepter de s'équiper de prothèses auditives. Les prix pratiqués et la faiblesse du montant des remboursements n'encouragent pas les malentendants à s'équiper d'appareillages auditifs. Seulement 17 % des malentendants déclarent porter un appareil sur une ou deux oreilles. Et 80 % des personnes appareillées sont satisfaites de leur appareil et communiquent mieux.

Face à une clientèle souvent âgée et déstabilisée par un jargon hyper technique, l'audioprothésiste peut avoir la tentation d'imposer l'achat d'un appareil coûteux qui ne correspond pas forcément aux besoins du patient. Et le fait que 27 % d'entre eux n'aient pas eu le choix entre plusieurs modèles peut jeter le doute sur l'objectivité de certains professionnels! Il est également inadmissible que 12 % n'aient pas bénéficié d'une période d'essai de l'appareil avant l'achat comme le prévoit la réglementation.

Un terrible constat qui a pour cause les tarifs de commercialisation de ces audio prothèses. Un véritable « scandale » en effet que le prix de ces prothèses peut

atteindre, pour le matériel haut de gamme, les 3 000 euros à la vente. Alors même que leur fabrication en Chine revient à environ 50 euros selon UFC-Que Choisir. Une situation totalement ubuesque qui fait grincer des dents. « Ça ne peut plus continuer comme ça » dénonce, le Pr Christian Dubreuil, ORL aux Hospices civils de Lyon. « Sur dix patients que je reçois en consultation et pour qui c'est une vraie nécessité de s'équiper, trois au maximum prennent rendez-vous avec un audioprothésiste. À chaque fois, c'est le prix qui dissuade les patients. Beaucoup renoncent à en porter. » « Ce sous-équipement est dramatique, poursuit-il. Tous les experts expliquent que les troubles de l'audition accélèrent la sénilité. Une récente étude, baptisée AcouDEM et réalisée par des médecins spécialistes, a même prouvé que l'équipement en prothèses auditives était un facteur ralentissant l'apparition de la maladie d'Alzheimer! »

Concertation en cours – ministère des solidarités et de la santé/professionnels de santé :

Les prix limites de vente des appareils auditifs seraient de 1 300 € par oreille en 2019, puis 1 100 € en 2020 et 950 € à partir de 2021. Si les appareils proposés dans le cadre du RAC à zéro ne vous conviennent pas, les patients pourront choisir hors panier de soins et opter pour des appareils plus chers et se faire rembourser par leur complémentaire santé dans les limites de leur contrat. En audioprothèse, il était question d'instaurer des tarifs plafond (comme en optique) que ce soit pour les appareils de classe I comme de classe II. Les audioprothésistes ont obtenu l'abandon de plafonnement de tarifs en dehors du reste à charge à zéro et donc la totale liberté tarifaire avec le fort risque sur les audioprothèses non plafonnées. On passe d'une situation où des prix plafonds devaient être fixés sur l'ensemble des prothèses auditives à une liberté tarifaire sur les prothèses de classe I et II (hors panier de soins) et un encadrement tarifaire sur les prothèses déterminées dans le panier de soins et dont on ignore le périmètre exact avec un RAC à 0 mais à quel niveau? Ce qui représente le risque que le plafonnement des prothèses de classe I ne soit répercuté sur les prothèses de classe II. Découplage entre le prix de vente de la prothèse auditive et de la prestation de l'audioprothésiste d'adaptation et de suivi, alors que cette prestation est indispensable pour l'appareillage et pourrait être en tarification libre.

Conclusion

L'objectif de s'attaquer au reste à charge à 0 sur les 3 secteurs des prothèses dentaires, de l'optique et des audioprothèses - voir un reste à charge modéré ou maîtrisé en dentaire – est une bonne chose. Un RAC à 0 dans ces secteurs représente une réelle opportunité

de soins et de lutte contre le renoncement aux soins et plus particulièrement aux renoncements pour des raisons financières; encore faudrait-il que le Tiers Payant intégral soit une obligation pour le RAC à 0. Ce RAC à 0 passe aussi par une dépense supérieure par les revalorisations dont l'assurance maladie et les complémentaires en supporteront le coût et in fine les assurés sociaux. Mais il est à redouter que de concessions en concessions vis-à-vis des professionnels de ces secteurs, les gains sur le RAC à 0 risquent fort d'être reportés sur les autres prestations hors de ce panier de base.

Supprimer le reste à charge est un conte de fées...

La gratuité complète des soins en dentaire, optique et audioprothèses dans un RAC à 0 est une illusion... Marisol Touraine en son temps avait annoncé que les Français ne paieraient plus quand ils iraient consulter leur médecin et ce grâce au tiers payant intégral et nous savons ce qu'il en est aujourd'hui... Agnès Buzin va plus loin en promettant de ne plus payer en dentaire, en optique et en audioprothèses dans le cadre du RAC à 0... Les citoyens se doutent que ce conte de fées aura une triste fin! Même si dans un premier temps il s'agit de combattre le renoncement aux soins, mais l'addition devra être payée!!!

Les Français paient en direct ¼ de ces soins soit 4,5 milliards d'€. En fait dans le cadre du RAC à 0, ceux seront les financeurs assurance maladie et complémentaires santé qui auront à payer. Ces dépenses supplémentaires, au demeurant justifiées par l'état de santé de la population, entraîneront de facto d'une part une inflation des primes des contrats de santé et d'autre part une augmentation des dépenses remboursées par l'assurance maladie dans le cadre d'un ONDAM de plus en plus contraint. Le danger sous-jacent est aussi de bien faire respecter la qualité des produits dans le cadre du panier de soins afin d'en vérifier la qualité et le service rendu afin de ne pas subir à terme un risque de soins low-cost et cette mesure pourrait devenir une remise en cause des principes de notre Sécurité sociale.

Chacun cotise selon ses revenus et reçoit selon ses besoins, mais dès lors que des choix d'appareillages sont strictement imposés, les assurés sociaux n'auront pas d'autres choix que de celui de s'y soumettre au mépris éventuel de répondre à des besoins spécifiques et individuels. Traiter l'ensemble de la population sur des facteurs de rigidité et d'encadrement généraux de soins et de tarifs ne permet plus de prendre en compte les besoins individuels et remet en cause la solidarité. Agir

de la sorte dans un espace financier contraint sans poser les réelles questions de réponses aux besoins de santé a pour conséquence de mettre en demeure les organismes de Sécurité sociale des choix de plus en plus drastiques sur les prises en charge et leurs remboursements mais aussi pour les professionnels de santé de mettre en œuvre des espaces de tarification libres.

La problématique primordiale reste celle du financement de notre système de soins sur la base des revenus du travail et des richesses créées par le

travail. Les exonérations, les baisses de cotisations sociales, le transfert de financement sur la CSG et l'impôt participent de cette déconstruction de la Sécurité sociale. La reconquête de la Sécurité sociale que l'on pourrait aussi appeler la Sécurité sociale du XXI^e siècle sur les bases d'unicité, d'universalité et de démocratie et de réponses aux besoins de santé de toute la population avec les principes essentiels d'amélioration de l'état de santé et de priorités de prévention et d'éducation sanitaire est notre objectif.

Le dossier : *Addictions*

Les addictions chez les jeunes (14-24 ans) Enquête du Fonds Actions Addictions, de la Fondation Gabriel Péri et de la Fondation pour l'innovation politique réalisée par l'institut IPSOS Analyse des résultats

Sous la direction de Michel LIMOUSIN, Michel MASO,
Michel REYNAUD & Dominique REYNIÉ

N.D.L.R. : La Fondation pour l'innovation politique, think tank libéral, progressiste et européen, la Fondation Gabriel Péri, affiliée au courant de pensée du Parti communiste français, et le Fonds Actions Addictions, qui apporte son expertise pour éclairer le débat public en matière d'addictions, ont décidé de s'associer pour concevoir et réaliser une vaste enquête d'opinion sur un phénomène particulièrement préoccupant : les addictions chez les jeunes. Le groupe mutualiste VYV soutient également cette enquête. Soulignons l'action de M. Victor Delage dans la rédaction de ce texte.

Nous vivons dans une société addictogène, où le plaisir immédiat est rendu possible et accessible à tous. Les consommations à risque ne cessent de s'accroître. Les addictions doivent être considérées comme un problème de santé et de sécurité publiques de premier plan.

Alors que le Plan gouvernemental de Prévention des Addictions doit être bientôt rendu public, nous avons décidé de concentrer notre étude sur la place et la perception des addictions aux produits et aux comportements chez les jeunes de 14-24 ans. En effet, cette période de vulnérabilité neurobiologique et psychologique, où la curiosité et le goût du défi se développent, est aussi celle où les dangers sont les plus grands. Ces jeunes se retrouvent donc facilement exposés à des consommations à haut risque, d'autant plus que de nouvelles addictions apparaissent, facilitées par le développement et la propagation des outils numériques. L'enquête sur les addictions chez les jeunes se fonde sur un échantillon de 1 000 jeunes âgés de 14 à 24 ans représentatif de cette population interrogée par Ipsos.

Nous avons également souhaité soumettre notre questionnaire à un échantillon de parents de jeunes de 14-24 ans (402 parents d'enfants de 14 à 24 ans interrogés par Ipsos) ainsi qu'au grand public (2005

personnes interrogées par Ipsos) pour mesurer les écarts de perception entre leur propre réalité et celle des jeunes générations.

En raison du nombre d'addictions existantes, nous avons fait le choix de centrer le questionnaire sur l'alcool, le tabac, les drogues les plus fréquentes (le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB), le porno, les jeux vidéo, les réseaux sociaux et les jeux d'argent.

L'étude s'organise autour de six axes principaux d'observation et d'analyse :

- Les consommations déclarées de produits et de comportements potentiellement addictifs chez les jeunes ;
- La perception que les parents d'enfants de 14 à 24 ans ont de ces consommations chez les jeunes du même âge ;
- La perception que le grand public a de ces consommations chez les jeunes de 14 à 24 ans ;
- Le niveau de connaissance des risques encourus ;
- Le système d'attribution des responsabilités ;
- Le degré d'acceptabilité des différentes mesures de prévention et de soins concernant ces consommations et ces addictions.

Quelques définitions

Addictions : Consommation, comportements que l'on ne parvient plus à contrôler malgré les dommages qu'ils peuvent entraîner.

Alcool : Boissons alcoolisées (exemples : vin, whisky, rhum, vodka, etc.).

Tabac : Il s'agit d'une plante que l'on fait sécher et que l'on fume en cigarette, en pipe ou en cigare et qui contient de la nicotine.

Cannabis : Il s'agit d'une plante (le chanvre), classée parmi les stupéfiants. Ce produit se fume

généralement mélangé à du tabac, roulé en cigarette (le joint, le pétard, le stick...). Les effets sont variables : légère euphorie, accompagnée d'un sentiment d'apaisement et d'une envie spontanée de rire, légère somnolence.

Cocaïne : La cocaïne est extraite de la plante de coca, classée parmi les stupéfiants. La cocaïne se présente sous la forme d'une fine poudre blanche. Elle est « sniffée », injectée par voie intraveineuse ou fumée. Les effets : euphorie immédiate, un sentiment de puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la douleur et à la fatigue.

Ecstasy : L'ecstasy est une drogue, classée comme stupéfiant, présentée sous forme de pilule, ayant pour principe actif une molécule chimique : la méthylènedioxyamphétamine (MDMA). Les pilules d'ecstasy contiennent souvent de la MDMA associée à différents composés : amphétamines, analgésiques, hallucinogènes, anabolisants... Elle procure un regain d'énergie et la suppression des inhibitions, mais provoque une augmentation de la tension artérielle, du rythme cardiaque et des contractions de la mâchoire et une déshydratation de l'organisme.

GHB : Il s'agit d'une drogue de synthèse aux propriétés sédatives et amnésiantes (c'est-à-dire pouvant entraîner des pertes de mémoire pour la personne qui en consomme). Il se présente sous forme de poudre blanche soluble ou de liquide incolore et inodore. On l'appelle aussi la « drogue du violeur », car cette drogue provoque des somnolences et des amnésies chez ses consommateurs, les rendant vulnérables à des agressions sexuelles.

Jeux d'argent : Ensemble des différents jeux de hasard où on joue de l'argent (exemple : PMU, Rapido, Loto, Jeux en ligne, le poker, les machines à sous, etc.).

Pornographie : Images, vidéos, films mises en scène de relations sexuelles dont l'accès peut être gratuit ou payant sur le Web.

Réseaux sociaux : L'ensemble des sites internet ou applications permettant de se constituer un réseau d'amis ou de connaissances professionnelles et fournissant à chaque utilisateur des outils et interfaces d'interactions permettant la création et l'échange de contenus générés par les utilisateurs eux-mêmes.

Jeux vidéo : Jeux nécessitant un équipement informatique comme un ordinateur ou une console de jeux, dans lesquels le joueur agit sur un environnement virtuel.

Des niveaux de consommation inquiétants

La consommation des produits licites : l'alcool plus fréquent chez les jeunes diplômés, le tabac plus répandu dans les milieux défavorisés.

- **Alcool :** 12 % des jeunes de 14 à 24 ans déclarent consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine, dont 5 % chez les 14-17 ans, 13 % chez les 18-22 ans et 20 % chez les 23-24 ans. La consommation d'alcool est majoritairement masculine : en dessous de 18 ans, 15 % des garçons en consomment au moins une fois par semaine contre 10 % des filles. L'écart se creuse au-dessus de 18 ans où près de la moitié (48 %) des hommes consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, contre moins d'un tiers (30 %) des femmes. Chez les 23-24 ans, la proportion est de 64 % chez les hommes contre 43 % chez les femmes.
- Plus les jeunes sont diplômés, plus leur consommation d'alcool est importante. Pour la tranche d'âge des 18-22 ans, 28 % des jeunes qui ont un BEPC/BEP/CAP/CEP consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, contre 37 % pour ceux qui ont un bac +2.
- **Tabac :** 15 % des jeunes fument du tabac plusieurs fois par jour. Là aussi on observe une augmentation de la consommation avec l'âge : 5 % chez les 14-17 ans, 15 % chez les 18-22 ans et plus d'un quart (27 %) chez les 23-24 ans. Le milieu social de l'enfant joue également un rôle : plus le revenu mensuel net du foyer est bas, plus le pourcentage de jeunes qui fument plusieurs fois par jour est élevé : 21 % en dessous de 1 250 euros, 17 % entre 1 251 et 2 000 euros, 13 % entre 2 001 et 3 000 euros, 12 % au-dessus de 3 000 euros.

La consommation des produits illicites : surtout en milieu urbain, plus encore en région parisienne.

- **Cannabis :** 9 % des jeunes Français disent fumer du cannabis au moins une fois par mois, 5 % chez les moins de 18 ans et 10 % chez les 18-24 ans. Dans les communes de moins de 20 000 habitants, 8 % des 14-24 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis. Ce chiffre grimpe à 25 % en région parisienne.
- **Cocaïne, ecstasy, MDMA et GHB :** La proportion se réduit évidemment fortement lorsqu'il s'agit de ce type de produits, que nous refusons dans cette enquête de qualifier de « festif » au risque de banaliser l'image et la consommation de produits hautement dangereux. Il n'en demeure pas moins que 3 % des

14-17 ans déclarent en avoir déjà consommé. La proportion grimpe à 5 % parmi les 18-24 ans. Dans cette classe d'âge, ils sont 3 % à en consommer au moins une fois par semaine.

Si nous cherchons à extrapoler les résultats de notre enquête, nous obtenons un chiffre supérieur à 340 000 jeunes de 14-17 ans qui auraient déjà consommé de la cocaïne, de l'ecstasy, de la MDMA ou du GHB. La même extrapolation nous conduit à considérer que la consommation hebdomadaire de ces produits concernerait plus de 255 000 jeunes de 18-24 ans!

- Comme pour le cannabis, entre milieu rural et milieu urbain, il existe des écarts significatifs de consommation pour la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB : 2 % des jeunes vivant en milieu rural ont déjà testé ces produits, alors qu'ils sont 4 % dans les villes de plus de 100 000 habitants et 10 % en agglomération parisienne.

L'addiction aux écrans, déjà un problème!

L'utilisation des écrans, réseaux sociaux et jeux vidéo, est spectaculairement élevée chez les jeunes, et plus encore chez les adolescents :

- Un quart (26 %) des 18-22 ans estime passer plus de 5 heures par jour sur les réseaux sociaux ; 10 % y consacrent plus de 8 heures chaque jour!
- De même, 16 % des 18-22 ans disent passer plus de 5 heures par jour sur les jeux vidéo et 7 % plus de 8 heures... Les jeux vidéo constituent un véritable phénomène de société : 46 % des 14-24 ans consacrent quotidiennement au moins une heure aux jeux vidéo, et plus précisément 60 % des garçons...

Là encore, les comportements diffèrent selon le sexe. Parmi les 14-24 ans, les garçons passent beaucoup plus de temps que les filles à jouer aux jeux vidéo (12 % y consacrent plus de 5 heures par jour contre 6 % des filles) ; en revanche, les filles consacrent plus de temps aux réseaux sociaux (20 % des filles y restent plus de 5 heures par jour contre 11 % des garçons).

Les addictions aux écrans sont étroitement liées entre elles : 49 % des jeunes qui s'adonnent aux jeux vidéo au moins 5 heures par jour consacrent également plus de 5 heures aux réseaux sociaux, soit un total dépassant 10 heures quotidiennement devant un écran...

La consommation de porno : une forme d'éducation sexuelle à risque.

- Un cinquième des 14-24 ans (21 %) regardent au moins une fois par semaine du porno. Plus d'un tiers (37 %) déclare avoir déjà visionné ce type de programme, avec une forte différence entre les garçons (46 %) et les filles (28 %). Cet écart se creuse avec l'âge : ainsi, chez les 14-17 ans, 18 % des garçons regardent au moins une fois par semaine du porno contre 12 % des filles ; à partir de 18 ans, la consommation hebdomadaire concerne 33 % des hommes, contre 16 % des femmes.
- La confrontation à de telles images, alors même que la sexualité psychique se développe, peut provoquer des crises d'anxiété, des troubles du sommeil, nourrir un sentiment douloureux de culpabilité, une représentation faussée ou déviante des rapports sexuels et amoureux, etc. Or, 15 % des 14-17 ans affirment regarder au moins une fois par semaine du porno.
- La consommation de porno atteint parfois des niveaux dramatiquement élevés : ainsi, 9 % des jeunes regardent du porno quotidiennement dont 5 % plusieurs fois par jour.
- Enfin, l'addiction au porno contribue aussi aux addictions à l'écran. Notre enquête révèle d'ailleurs l'existence de liens entre les différentes formes d'addiction aux écrans : 56 % des personnes qui regardent du porno au moins une fois par jour passent plus de 2 heures sur les réseaux sociaux et 46 % consacrent plus de 2 heures aux jeux vidéo.

L'addiction aux jeux d'argent est d'autant plus forte que les milieux sont défavorisés.

Plus d'un tiers (36 %) des jeunes déclare avoir déjà essayé les jeux d'argent et 13 % y jouent au moins une fois par semaine dont 17 % de garçons et 9 % de filles. 10 % des 14-17 ans y jouent au moins une fois par mois. Plus le milieu est modeste, plus les jeunes ont tendance à jouer : 40 % des jeunes relevant d'un foyer dont le revenu mensuel net est de 1 250 € ou moins ont déjà testé, contre 32 % pour ceux appartenant à un foyer dont le revenu est supérieur à 3 000 €.

Consommation chez les jeunes (14-24 ans) en fonction des revenus de leurs parents

		Revenus inférieurs à 1 250 euros net par mois	Revenus compris entre 1251 et 2000 euros net par mois	Revenus compris entre 2001 et 3000 euros net par mois	Revenus supérieurs à 3 000 euros net par mois
Au moins une fois par semaine	<i>Fumer du tabac</i>	31 %	27 %	25 %	17 %
	<i>Fumer du Cannabis, herbe</i>	9 %	7 %	4 %	6 %
	<i>Prendre d'autres produits (cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB)</i>	4 %	4 %	2 %	1 %
Plus de 2 heures par jour	<i>Consulter les réseaux sociaux</i>	51 %	40 %	32 %	31 %
	<i>Jouer à des jeux vidéo</i>	30 %	23 %	23 %	17 %

Le phénomène des poly-addictions.

Notre enquête confirme la fréquence des poly-addictions. La consommation d'alcool est fortement liée aux autres formes d'addictions : 63 % des jeunes qui fument du tabac au moins une fois par semaine boivent également de l'alcool une fois par semaine. Ce pourcentage monte à 64 % pour les fumeurs de cannabis et à 87 % pour les jeunes qui consomment de la cocaïne, de l'ecstasy, de la MDMA ou du GHB. De même, la consommation de cocaïne, ecstasy, MDMA et GHB est fortement associée à celle du cannabis : 76 % des jeunes qui consomment ces drogues au moins une fois par semaine fument également du cannabis au moins une fois par semaine.

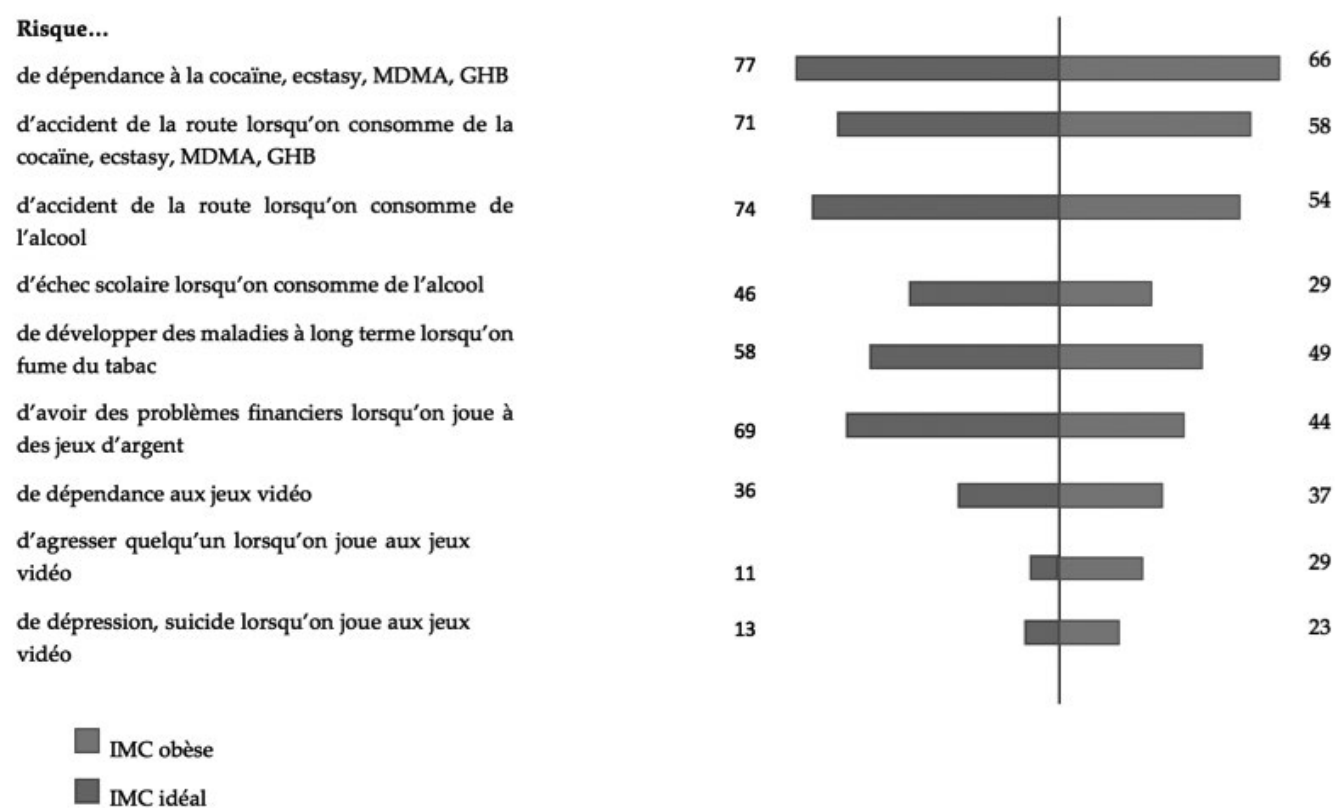
Les addictions aux écrans sont liées entre elles : 49 % des jeunes qui jouent aux jeux vidéo au moins

5 heures par jour passent plus de 5 heures par jour sur les réseaux sociaux. De plus, 56 % des personnes qui regardent du porno au moins une fois par jour passent plus de 2 heures sur les réseaux sociaux et 46 % plus de 2 heures à jouer à des jeux vidéo.

Les jeunes obèses (définis par leur Indice de Masse Corporelle) plus exposés.

Grâce aux questions permettant d'estimer l'IMC des répondants, on voit que les jeunes gens obèses perçoivent généralement moins bien que les autres les risques liés aux addictions - sauf pour les risques de dépression ou de suicide traduisant leur particulière fragilité psychologique.

Perception des risques liés aux addictions chez les jeunes entre 14 et 24 ans selon l'IMC
(Réponse: « très important »)



La dépendance est un risque largement identifié par les jeunes

Nous avons voulu savoir le degré de connaissance que les jeunes ont de la dangerosité des addictions. Parmi les 11 risques répertoriés, le risque de dépendance est toujours majoritairement repéré par les jeunes et, pour chacune des 8 addictions étudiées, toujours dans des proportions massives :

- 95 % pour la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA, le GHB,
- 93 % pour le tabac,
- 91 % pour l'alcool,
- 90 % pour le cannabis,
- 88 % pour les jeux d'argent,
- 82 % pour les jeux vidéo,
- 72 % pour les réseaux sociaux,
- 66 % pour le porno.

Addictions et maladies graves

C'est à la consommation de produits illicites - cocaïne, ecstasy, MDMA ou GHB - (94 %) et à la consommation de tabac (93 %) que les jeunes associent le plus le risque

de développer des maladies graves. La crainte est encore très largement partagée pour ce qui concerne l'alcool (88 %) et le cannabis (85 %).

L'alcool et le cannabis en tête jugés responsables d'accidents de la route

Signe d'efficacité des campagnes menées par la prévention routière, la presque totalité (95 %) des 14-24 ans considère que l'alcool fait aussi courir un risque élevé d'accident de la route. Il en va de même pour la consommation des produits illicites, que ce soit le cannabis (90 %) ou la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB (95 %).

Les addictions exposent les jeunes à l'échec social et au risque existentiel

Isolement, dépression et suicide.

On l'oublie souvent, mais les addictions favorisent aussi des formes radicales d'isolement social, au point qu'elles peuvent conduire à la dépression et jusqu'au

suicide. Les jeunes ne l'ignorent pas, notre étude le montre. Il en va ainsi, évidemment, pour le cannabis (81 % d'entre eux considèrent le risque d'isolement comme important, 74 % le risque de dépression et de suicide) et la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB (94 % y associent un risque important d'isolement, 92 % pour la dépression ou le suicide). Néanmoins, chez les jeunes, la menace d'un effondrement existentiel ne se limite pas à la consommation de ces drogues : 86 % associent également l'alcool au risque d'isolement social et presque autant (80 %) au risque de dépression et de suicide. Il en va de même pour les jeux d'argent (78 % pour risque d'isolement social et 70 % pour le risque de dépression et de suicide (70 %).

Pour les jeunes interrogés, s'adonner souvent aux jeux vidéo expose au risque d'isolement social (83 %) et même pour 50 % d'entre eux au risque de dépression et de suicide, chiffre impressionnant compte tenu de l'ampleur de cette consommation. Le danger existentiel massivement attaché par les jeunes eux-mêmes à cette addiction amène à considérer que ce risque est manifestement insuffisamment pris en compte par les responsables politiques, éducatifs et de famille.

La seule formule « réseaux sociaux » est une promesse de mise en relation de l'individu avec un grand nombre de personnes. Or, devenue massive, la consultation fréquente des réseaux sociaux est associée au risque d'isolement social par 66 % des jeunes interrogés, tandis qu'une large majorité (56 %) y voit même un risque de dépression et de suicide.

La force culturelle de l'addiction au tabac est probablement de ne pas être associée à un comportement favorisant l'isolement social, la dépression ou le suicide. On sait que le tabac peut même jouer le rôle d'un facilitateur social. On peut y voir la traduction du fait que le tabac n'entraîne ni trouble du comportement ni

trouble psychiatrique. De toutes les addictions étudiées dans notre enquête, le tabac n'est lié au risque d'isolement que pour 30 % des jeunes et à celui de dépression que pour 33 %, même si, comme on l'a vu, le risque de développer des maladies graves est unanimement attaché à la consommation de ce produit.

Échec scolaire ou professionnel.

L'échec scolaire ou professionnel constitue l'un des risques majeurs liés à certaines addictions : 94 % des jeunes associent à ce risque la consommation de produits illicites tels que la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA, le GHB et 88 % pour le cannabis ; c'est aussi le cas pour l'alcool (89 %) mais, et c'est un élément nouveau, c'est aussi le cas pour les jeux vidéo (79 %) et les réseaux sociaux (62 %), largement associés à un risque d'échec scolaire ou professionnel.

Les addictions sont associées à un risque élevé de subir une agression physique ou sexuelle : la plupart d'entre eux (85 %) le redoutent comme une conséquence de la consommation de cocaïne, d'ecstasy, de MDMA et de GHB, les trois quarts (73 %) y associent la consommation d'alcool, les deux tiers (68 %) la consommation de cannabis et c'est encore une importante proportion des jeunes interrogés qui associent ce risque à la pratique des jeux d'argent (41 %).

Voilà un enjeu qui n'est pas suffisamment pris en compte : les addictions conditionnent un monde de dangers et de craintes dans lequel un trop grand nombre de jeunes vivent. Cette peur est particulièrement ancrée chez les jeunes femmes. Elles restent dans la crainte de l'agression liée à des produits qu'une consommation excessive rend dangereux. À juste titre, cette crainte est fortement associée à la consommation d'alcool.

Risque de se faire agresser selon le sexe
(Réponses: « très important » et « important »)

	Femmes	Hommes
Prendre d'autres produits (cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB)	84 %	85 %
Boire de l'alcool	78 %	68 %
Fumer du cannabis, de l'herbe	69 %	66 %
Consulter les réseaux sociaux*	65 %	55 %
Jouer à des jeux d'argent	41 %	40 %

*La question a été adaptée en « risque de se faire agresser sur les réseaux sociaux »

D'une manière générale, c'est tout un monde de délinquance qui est associé aux addictions : dealer, voler... Les addictions font prospérer la criminalité. Les consommations et les comportements jugés les plus liés au risque de délinquance sont la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB (91 %), le cannabis (83 %), mais aussi l'alcool (67 %) et les jeux d'argent (58 %).

Risque financier: cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB et jeux d'argent.

Le risque financier est identifié par les jeunes consommateurs. Il est principalement associé à la consommation de produits illicites tels que la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA, le GHB (94 %), à la pratique des jeux d'argent (92 %), au cannabis (88 %), à l'alcool (84 %) et au tabac (70 %). Les autres addictions ne sont pas, ou peu, associées à ce risque.

Les résultats de notre enquête révèlent des comportements addictifs particulièrement répandus, y compris à travers la consommation de produits dangereux, malgré une assez bonne connaissance des risques et des dangers encourus.

Consommer des produits interdits lorsque l'on est mineur? Un jeu d'enfant!

En ce qui concerne les consommations interdites aux moins de 18 ans, les jeunes considèrent qu'il est facile pour les mineurs d'accéder à ces différents produits.

- Ainsi, 80 % des 14-24 ans pensent qu'il est facile pour un mineur de se procurer des cigarettes
- De plus, 65 % des mineurs estiment qu'il est aisé pour eux d'acheter de l'alcool et 76 % des majeurs interrogés (18-24 ans) pensent aussi qu'il est facile pour des mineurs d'acheter de l'alcool.
- La facilité avec laquelle les mineurs peuvent visionner des images pornographiques pourrait être liée à

la multiplication et à la propagation des supports donnant accès à ces contenus : ordinateurs, tablettes et smartphones, mais aussi via les réseaux sociaux et les jeux vidéo. Notre enquête le confirme : 92 % des jeunes de 14 à 24 ans estiment qu'il est simple pour les mineurs d'accéder à des images à contenu pornographique.

- Enfin, 68 % des 14-24 ans estiment qu'il est facile pour les mineurs d'accéder aux jeux d'argent.
- L'accès aux produits illicites se révèle bien simple et les réponses apportées sont tout aussi impressionnantes : 69 % des jeunes de 14-24 ans estiment qu'il est facile de se procurer du cannabis. Plus grave encore, chez les mineurs, ce pourcentage est de 64 %!
- Près de la moitié des jeunes interrogés dans notre enquête (46 %) jugent aisé d'obtenir de la cocaïne, de l'ecstasy, MDMA ou GHB. Parmi les mineurs, ils sont plus d'un tiers (34 %) à considérer qu'il est facile de se procurer de tels produits.

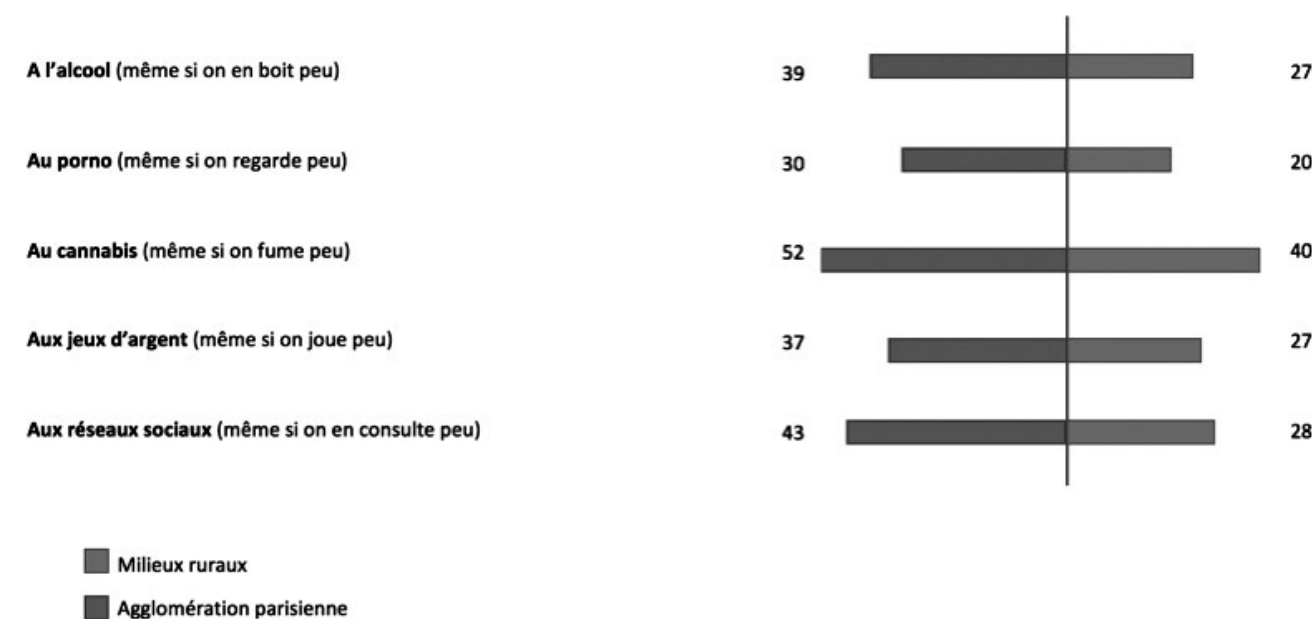
Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à répondre que la consommation de produits interdits aux mineurs ou de produits illégaux est aisée. Il existe parfois un écart de 10 points. Ainsi, 67 % des jeunes femmes interrogées jugent aisée la consommation d'alcool dans un bar pour les mineurs contre 56 % des jeunes hommes.

On ne peut qu'être impressionné par la facilité d'accès, à tout le moins par un sentiment de facilité d'accès, que ce soit aux produits interdits aux mineurs ou que ce soit aux drogues purement et simplement illicites.

Addictions: l'effet métropole

Abondance de la demande, profusion de l'offre, facilité d'échapper aux contrôles, innombrables possibilités d'interactions, d'échanges, d'achat, d'accès, permissivité accrue, libéralisme culturel, etc. font sans doute partie des éléments permettant d'expliquer l'existence d'un effet métropole dont la manifestation est incontestable selon les résultats de notre enquête.

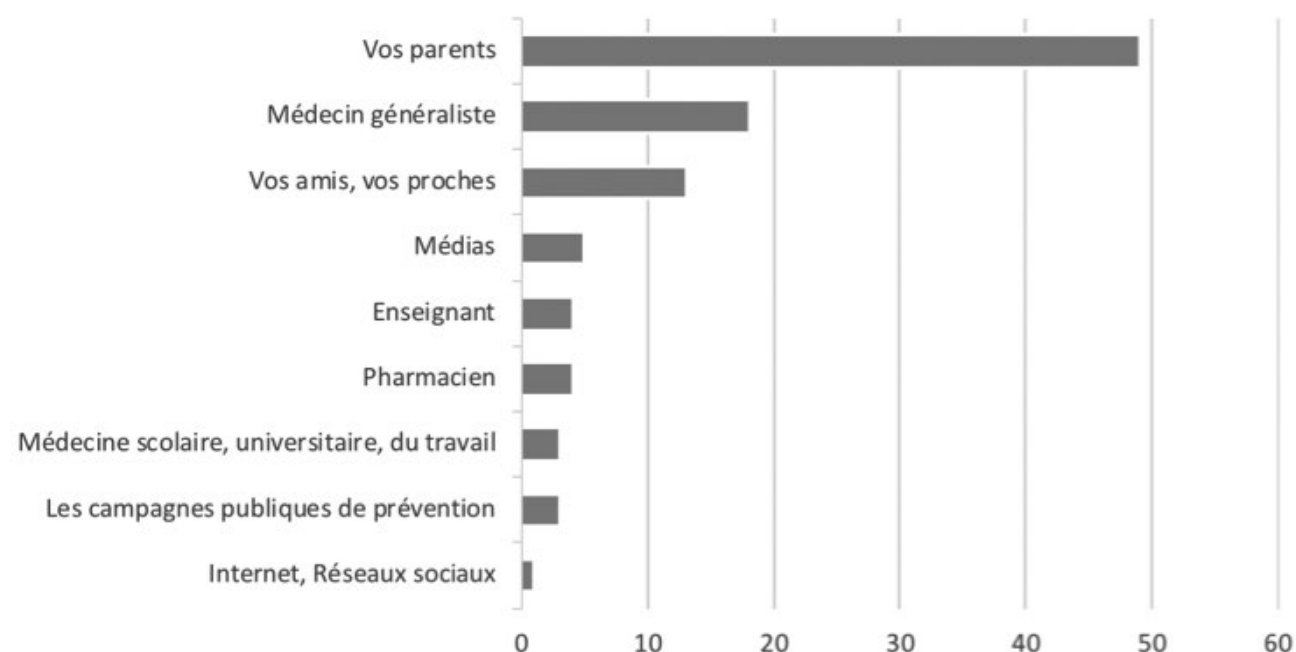
Conscience du risque d'addiction chez les jeunes entre 14 et 24 ans en fonction de la taille de l'agglomération



- Les jeunes Parisiens sont également bien plus nombreux à avoir consommé des produits illicites (au moins une fois du cannabis ou des drogues telles que la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA ou le GHB) que les jeunes issus de petites agglomérations (moins de 20 000 habitants). En effet, les premiers sont 25 % à avoir essayé du cannabis contre 8 % des seconds. Quant aux autres drogues, les Parisiens sont 10 % à les avoir testées contre 2 % des jeunes issus de petites agglomérations.
- Les données sur les jeunes issus d'une petite ville (20 000 à 100 000 habitants) sont riches d'enseignements. Ils font en premier confiance à leurs parents pour les informer sur les dangers de la drogue, de l'alcool, du tabac... Mais cette confiance accordée aux parents se fait au détriment de la confiance accordée aux médecins généralistes.

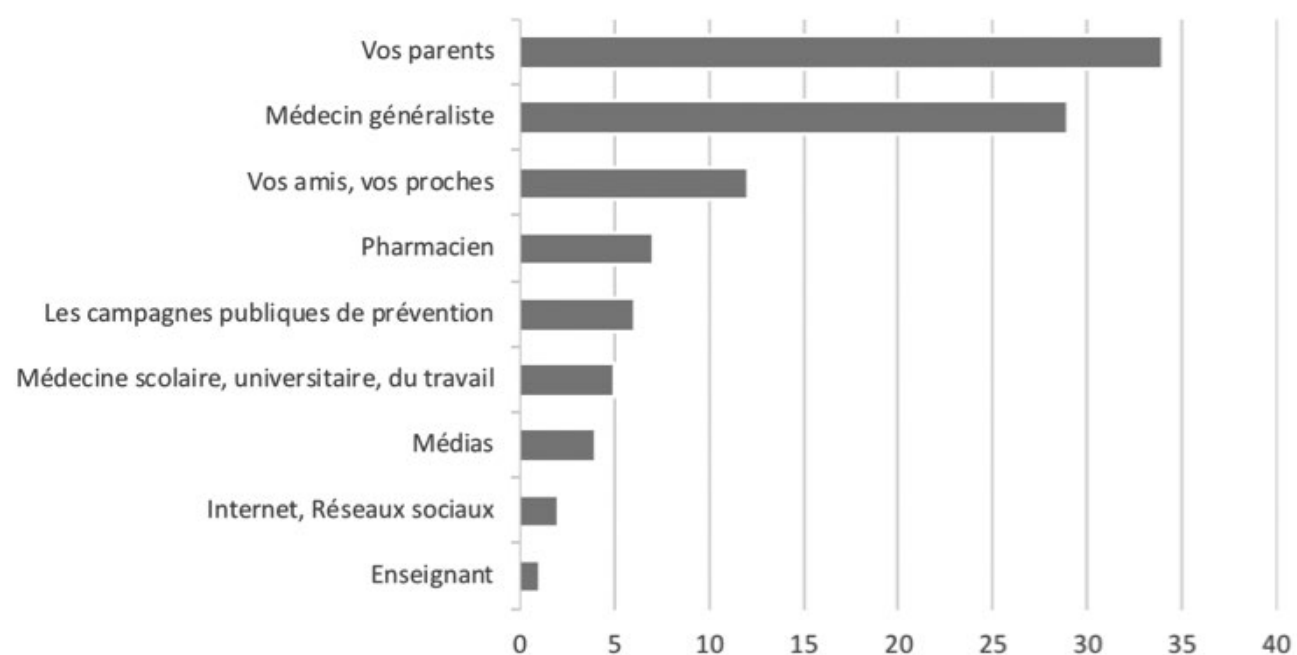
À qui les jeunes de 14-21 ans font-ils confiance en premier pour les informer sur les dangers des addictions ?

Agglomération de 20 000 à 100 000 habitants



(Chiffres de haut en bas en % : 49, 18, 13, 5, 4, 4, 3, 3, 1)

Agglomération parisienne



(Chiffres de haut en bas en % : 34, 29, 12, 7, 6, 5, 4, 2, 1)

Fréquence de consommation et dangerosité

Curieusement, les dangers liés aux produits et aux comportements addictifs ne sont pas toujours présents à l'esprit des parents. Ainsi, moins des deux tiers (59 %) des parents interrogés considèrent qu'il est dangereux de consommer de la cocaïne, de l'ecstasy, de la MDMA ou du GHB, quelle que soit la fréquence. Cette donnée est d'autant plus préoccupante que 33 % seulement des jeunes de 14-24 ans identifient ces consommations à un danger quelle qu'en soit la fréquence. Plus préoccupant encore, 20 % des parents considèrent que ce n'est qu'à partir d'une consommation quotidienne de ces drogues que le danger apparaît, ce qui est à peine mieux que chez les jeunes (29 %). Sans doute parce qu'il est beaucoup plus répandu et que l'usage en est banalisé par le discours ambiant, la sensibilité aux dangers du cannabis, quelle que soit la consommation, est plus répandue chez les parents (39 %), point de vue que partage un cinquième (21 %) des jeunes interrogés qui estiment majoritairement (58 %) que la consommation de ce produit illicite n'est dangereuse que lorsqu'elle est répétée plusieurs fois par semaine.

Les parents sont également peu sensibles aux dangers des écrans. Presque deux tiers d'entre eux (65 %) considèrent que les réseaux sociaux ne présentent un risque qu'à partir de 2 heures par jour ; les jeunes (82 %) sont plus inquiets que leurs parents. Lorsqu'il s'agit des jeux vidéo, on trouve la même configuration : une proportion équivalente (67 %) des parents ne voit un risque qu'à partir de 2 heures quotidiennes tandis que, là encore, l'inquiétude est beaucoup plus répandue chez leurs enfants (83 %).

Les parents sont néanmoins fois plus sensibles à la dangerosité de certaines consommations. Pour le tabac, presque un tiers d'entre eux (32 %) pense qu'il est nocif d'en fumer dès la première fois alors que 20 % des jeunes le pensent. Pour l'alcool, 25 % des parents considèrent qu'il est toujours dangereux de boire de l'alcool contre 11 % des jeunes. Les jeunes font sur ce sujet preuve d'inconscience puisqu'ils sont 78 % à estimer que boire de l'alcool devient dangereux seulement à partir de plusieurs fois par semaine.

Il en va de même pour la pratique de jeux d'argent (24 % des parents considèrent qu'il est toujours nocif de jouer à des jeux d'argent contre 11 % des jeunes) et des contenus à caractère pornographique (les parents

sont 27 % à penser que cela est dangereux quel que soit le niveau de consommation, alors que les jeunes sont seulement 14 %).

Les parents sous-estiment la consommation des jeunes 14-24 ans.

Si le grand public a plutôt une bonne évaluation des comportements de consommation des jeunes, les parents d'enfants de 14 à 24 ans sous-évaluent nettement la consommation de leurs enfants.

Ainsi, parmi ces parents, seulement 10 % pensent que leurs enfants consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, alors que 30 % des jeunes que nous avons interrogés nous déclarent une consommation de ce type. Il en va de même pour le tabac : 15 % des parents pensent que leurs enfants fument des cigarettes au moins une fois par semaine, ce que nous disent faire 24 % des jeunes.

Les parents exagèrent l'exposition de leurs enfants au porno – ils sont 52 % à penser que leurs enfants en ont déjà visionné, ce que déclarent 37 % des jeunes interrogés – mais ils sous-estiment fortement la fréquence de la consommation : ils ne sont que 7 % à penser que leurs enfants regardent du porno au moins une fois par semaine, alors que ceux-ci sont trois fois plus nombreux à le dire (21 %).

Il en va de même, pour les jeux d'argent : 45 % des parents estiment que leurs enfants ont déjà joué de l'argent, soit sensiblement plus que ce que déclarent les jeunes (36 %), mais seulement 5 % des parents pensent que leurs enfants jouent au moins une fois par semaine, ce que nous disent faire 13 % des jeunes que nous avons interrogés.

Les drogues font exception : les parents estiment que 5 % des 14-24 ans consomment du cannabis au moins une fois par semaine, chiffre correspondant à ce que déclarent les jeunes répondants (6 %). De même, en ce qui concerne la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB, ils sont 1 % à penser que les jeunes en consomment au moins une fois par semaine, ce que nous disent 2 % des jeunes que nous avons interrogés, soit apparemment deux fois plus, mais la marge d'incertitude pour des échantillons de cette taille peut aussi bien expliquer cette différence. Les proportions globales sont comparables.

À travers ces différents résultats, on constate que si les parents ont pour la plupart conscience que leurs enfants

ont déjà testé ces produits ou adopté ces comportements exposés aux risques d'addiction, en revanche, ils sous-évaluent grandement la fréquence de leurs consommations ou de leurs pratiques. Les parents ont donc une mauvaise perception de l'exposition de leurs enfants aux risques d'addiction en sous-estimant nettement la consommation et les comportements addictifs des jeunes. Ainsi, 28 % des parents nous disent qu'ils seraient « surpris » d'apprendre que leur enfant a déjà visionné du porno, ce qui est pourtant probablement le cas. On imagine sans peine le défaut de vigilance que peuvent entraîner une telle perception et les conséquences qui en découlent. Pour l'heure, il n'y a pas d'actions significatives des pouvoirs publics destinées à sensibiliser les parents aux dangers de l'addiction, à l'identification des formes diverses qu'elle peut prendre et à la manière de les prévenir comme de les combattre.

Des parents partagés entre inquiétude, colère et... grave méconnaissance du risque

L'inquiétude est la première réaction des parents apprenant que leurs enfants consomment de l'alcool, du tabac, du cannabis, visionnent du porno, jouent aux

jeux vidéo ou à des jeux d'argent. La consommation de cocaïne/ecstasy/MDMA/GHB suscite la colère des parents, mais le risque d'une addiction aux écrans est manifestement encore mal perçu. Enfin, l'utilisation des réseaux sociaux est majoritairement sous-évaluée par les parents : le réveil risque alors d'être douloureux...

Au regard des jeunes, le premier responsable... celui qui consomme!

Les jeunes ont conscience de leur propre responsabilité quant à leurs addictions.

Au regard des jeunes, pour chacune des 8 addictions étudiées, le premier responsable de la consommation ou du comportement n'est autre que le jeune lui-même, autrement dit celui qui consomme. La responsabilité identifiée en second rang incombe aux producteurs et aux distributeurs de produits ou de services donnant lieu à des addictions. Les parents et le grand public partagent ce point de vue.

	Jeunes de 14 à 24 ans		Parents de jeunes de 14 à 24 ans		Grand public	
	Celui ou celle qui consomme	Les producteurs	Celui ou celle qui consomme	Les producteurs	Celui ou celle qui consomme	Les producteurs
Fumer du tabac	90 %	84 %	96 %	89 %	93 %	88 %
Boire de l'alcool	92 %	76 %	96 %	81 %	96 %	79 %
Fumer du cannabis, de l'herbe	92 %	87 %	95 %	91 %	95 %	93 %
Prendre d'autres produits (cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB)	92 %	90 %	95 %	96 %	96 %	94 %
Jour à des jeux vidéo	85 %	70 %	91 %	76 %	91 %	75 %
Jour à des jeux d'argent	89 %	85 %	94 %	83 %	94 %	85 %
Regarder des contenus pornographiques	89 %	79 %	91 %	86 %	91 %	84 %
Consulter les réseaux sociaux	87 %	79 %	91 %	83 %	90 %	80 %

Dans l'ordre des responsabilités imputées, la troisième position dépend de l'addiction concernée. Ce sont :

- Les amis, les proches, les collègues pour l'alcool (71 %), le cannabis (68 %), la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB (67 %) et pour les réseaux sociaux (68 %);
- Les pouvoirs politiques pour le tabac (64 %) et les jeux d'argent (63 %);
- Les parents pour les jeux vidéo (64 %) et pour le porno (50 %).

- Les derniers dans l'ordre des responsabilités sont :
 - Les parents dans le cas d'une addiction au tabac, au cannabis, à la cocaïne, à l'ecstasy à la MDMA et au GHB;
 - Les pouvoirs politiques concernant l'addiction à l'alcool, aux jeux vidéo et aux réseaux sociaux;
 - Les amis, les collègues et les proches relativement à l'addiction aux jeux d'argent et au porno.

Notre enquête révèle donc deux surprises de taille en ce qui concerne l'imputation de responsabilité pour l'exposition des jeunes aux consommations et comportements addictifs : **la responsabilité individuelle est prioritairement invoquée**, à rebours d'une idée reçue. Si la responsabilité des producteurs et des distributeurs est logiquement et clairement identifiée, en revanche, **la responsabilité des pouvoirs publics n'apparaît pas ou très peu**. Elle est même particulièrement minimisée en ce qui concerne l'alcool, le cannabis et les autres drogues illicites, les jeux vidéo, les réseaux sociaux et la pornographie, alors que l'on peut penser, et nous le pensons, que le régulateur public a un rôle capital à jouer face à ces risques.

Il est autorisé d'interdire... mais sans oublier les régulations et la liberté des individus

Nous avons testé dans cette enquête l'acceptabilité de mesures destinées à lutter contre les addictions. Certaines divergences apparaissent entre les différentes cibles interrogées : les jeunes, les parents et le grand public.

Pour lutter contre les addictions, les jeunes approuvent une combinaison d'interdiction et de régulation :

Nous avons vu que notre enquête montre que la perception de la dangerosité et des risques liés aux addictions est présente chez les 14-24. Lorsqu'il s'agit de tester les mesures permettant de lutter contre ces menaces, les résultats révèlent une combinaison de

demande d'autorité et de liberté, qui fait écho à l'idée qu'ils ont de leur responsabilité.

- Ainsi, les jeunes sont favorables à l'aggravation des peines frappant les débits et les commerces qui vendent du tabac (61 %) ou de l'alcool (62 %) à des mineurs, mais ils sont défavorables (54 %) à la mesure visant à interdire toute publicité, bien que la jugeant utile. Ils rejettent également l'interdiction des « happy-hours » (65 %) ainsi que l'augmentation du prix de l'alcool dans les commerces et les débits (69 %).
- Contre la consommation de **tabac**, plus des deux tiers (68 %) jugent efficace l'interdiction de la cigarette dans tous les lieux publics, mais une majorité (56 %) s'oppose cependant à une telle mesure. Il en va de même pour ce qui concerne la dissuasion par le prix : 66 % des jeunes admettent qu'augmenter le prix du paquet de cigarettes à 15 euros réduirait la consommation de tabac mais moins de la moitié (42 %) s'y déclare favorable. Enfin, près des trois quarts des jeunes (72 %) sont hostiles à l'interdiction de personnages fumeurs dans les films et les séries.
- Pour la lutte contre **les addictions au cannabis**, les mesures d'aggravation des peines contre les dealers et trafiquants (64 % des jeunes y sont favorables) et, dans une moindre mesure, le dépistage systématique des salariés (51 % l'approuvent) rencontrent un assentiment notable chez les 14-24 ans. Dans le même esprit, les jeunes interrogés désapprouvent majoritairement (67 %) la suppression des peines de prison pour les consommateurs de cannabis. Les jeunes s'opposent également à la légalisation de la vente de cannabis dans le cadre d'une autorisation d'achat réservés à des points de vente contrôlés par l'État (60 % s'y déclarant hostiles). Enfin, on notera que, faisant bon équilibre, les jeunes repoussent (52 %) la systématisation des amendes et des contraventions pour les consommateurs de cannabis qui en font un usage personnel.
- Pour la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le GHB, 75 % des jeunes approuvent l'aggravation des peines contre les trafiquants et les vendeurs.
- Afin de lutter contre les addictions aux jeux d'argent, les jeunes approuvent nettement les trois mesures de contrôle proposées :
 - 62 % approuvent l'idée de contraindre les utilisateurs de site internet de jeux d'argent à s'identifier via leur mobile ou leur carte bancaire pour s'assurer de leur majorité.
 - 66 % sont d'accord pour rendre obligatoire le contrôle d'identité pour toute personne souhaitant

- acheter des jeux d'argent et de « grattage » dans les bureaux de tabac.
- 68 % approuvent la proposition de sensibiliser les parents d'enfants de moins de 18 ans à la nécessité d'installer un contrôle parental sur le téléphone et les ordinateurs de leurs enfants pour les empêcher d'accéder à des sites de jeux d'argent.
 - Dans le but de lutter contre l'addiction au porno, les jeunes approuvent largement (64 %) l'idée de sensibiliser les parents d'enfants mineurs à la nécessité d'installer un contrôle parental sur le téléphone et sur les ordinateurs de leurs enfants afin d'empêcher l'accès à des contenus pornographiques.
 - Un peu plus de la moitié des jeunes (55 %) sont hostiles à l'installation d'antennes de brouillage dans les établissements scolaires, afin de rendre la connexion à Internet impossible pour les élèves. En revanche, 51 % des 14-24 ans souhaitent la création d'une obligation pour les utilisateurs de sites pornographiques de s'identifier via leur carte bancaire.
 - Contre les addictions aux jeux vidéo et aux réseaux sociaux, les jeunes approuvent des mesures de régulation :
 - Contre l'addiction aux jeux vidéo, 54 % des 14-24 ans sont favorables à la création d'une obligation imposant aux éditeurs de jeux vidéo d'informer les joueurs, heure par heure, du temps qu'ils ont passé à jouer via un message d'avertissement sur l'écran. On notera que ceux qui y jouent le plus y sont les moins favorables : cette mesure est approuvée par 49 % des garçons et par 59 % des filles.
 - Contre l'addiction aux réseaux sociaux, 56 % des jeunes sont favorables à l'obligation d'intégrer un compteur sur les plateformes concernées afin d'informer quotidiennement l'utilisateur du temps qu'il aura passé sur ce réseau social.

Mesures proposées aux jeunes de 14-24 ans, aux parents et au grand public
(Réponse: « efficace et favorable »)

	Jeunes de 14 à 24 ans	Parents de jeunes de 14-24 ans	Grand public
Aggraver les peines contre les commerces et débits vendant du tabac aux mineurs	61 %	66 %	63 %
Interdire la cigarette dans tous les lieux publics	44 %	49 %	52 %
Augmenter le prix du paquet de cigarettes à 15 euros	42 %	43 %	45 %
Interdire de faire apparaître les personnages qui fument dans les films et séries	28 %	34 %	34 %
Interdire toute publicité pour l'alcool (y compris sur les réseaux sociaux)	46 %	58 %	58 %
Interdire les happy-hours	35 %	49 %	51 %
Aggraver les peines contre les commerces et débits vendant de l'alcool aux mineurs	62 %	70 %	68 %
Augmenter le prix de l'alcool dans les commerces et débits	31 %	37 %	34 %
Organiser systématiquement un dépistage des produits illicites chez les salariés sur leur lieu de travail	51 %	58 %	56 %
Rendre plus sévères les peines de prisons pour les trafiquants et vendeurs de cannabis	64 %	78 %	78 %
Supprimer les peines de prison pour les consommateurs de cannabis qui en ont un usage personnel	33 %	33 %	38 %
Autoriser l'achat de cannabis dans des points de vente contrôlés par l'État uniquement	40 %	40 %	46 %
Systématiser les amendes et contraventions pour les consommateurs de cannabis qui en ont un usage personnel	48 %	53 %	51 %

Supprimer les peines de prison pour les consommateurs de cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB qui en ont un usage personnel	23 %	20 %	23 %
Rendre plus sévères les peines de prisons pour les trafiquants et vendeurs de cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB	75 %	83 %	86 %
Obliger les utilisateurs de jeux d'argent à s'identifier via leur carte bancaire pour s'assurer qu'ils sont majeurs	62 %	73 %	71 %
Rendre obligatoire le contrôle d'identité pour les jeux d'argent dans les tabacs	66 %	72 %	68 %
Sensibiliser les parents d'enfants mineurs sur la nécessité d'installer un contrôle parental pour les jeux d'argent	68 %	75 %	80 %
Sensibiliser les parents d'enfants mineurs sur la nécessité d'installer un contrôle parental pour la pornographie	64 %	73 %	79 %
Obliger les visiteurs de sites pornographiques à s'identifier via leur carte bancaire pour s'assurer qu'ils sont majeurs	51 %	65 %	61 %
Obliger les éditeurs de jeux vidéo à informer les joueurs toutes les heures du temps passé à jouer	54 %	63 %	63 %
Obliger les réseaux sociaux à intégrer un compteur indiquant le temps passé sur la plateforme	56 %	61 %	62 %
Installer des antennes de brouillage à l'école rendant la connexion internet impossible	45 %	62 %	69 %

La population générale souhaite clairement une politique ferme de protection des jeunes contre les diverses formes d'addictions. L'enquête menée auprès du grand public dessine un panorama relativement clair des mesures destinées à lutter contre les addictions.

- En ce qui concerne l'alcool et le tabac, une large majorité de français se montre favorable à l'augmentation des peines des personnes qui vendent aux mineurs des produits qui leur sont interdits (amendes et fermetures d'établissements pour les tabacs, débits de boissons, commerces vendant de l'alcool).
- En ce qui concerne plus spécifiquement l'alcool, une majorité de français se montre favorable à l'interdiction de toute publicité pour l'alcool, y compris sur les réseaux sociaux et plus encore chez les parents. Une courte majorité de français se montre favorable à l'interdiction des happy hours. En revanche, la majorité des Français ne souhaite pas l'augmentation du prix de l'alcool.
- En ce qui concerne spécifiquement le tabac, une courte majorité de français se dit aujourd'hui en faveur d'une interdiction de la cigarette dans tous les lieux publics. Une majorité des Français ne souhaite pas une augmentation du prix du paquet à 15 euros.

- En ce qui concerne le cannabis et les autres drogues (cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB), une large majorité de français est favorable à l'aggravation des peines de prison pour les trafiquants et les vendeurs de cannabis. Une majorité de français est favorable au dépistage systématique sur le lieu de travail. Une majorité des Français souhaite la systématisation des amendes et contraventions pour usage personnel du cannabis. Parallèlement, une majorité de français considère comme efficace la mise en vente contrôlée par l'État. La répartition à peu près égalitaire entre ces deux positions contradictoires semble montrer d'une part, une grande difficulté à se positionner du fait d'une présentation insuffisamment claire des enjeux et des conséquences et, d'autre part, la nécessité d'une poursuite du débat pour les clarifier.
- Toutes les mesures concernant la lutte contre les addictions aux contenus pornographiques (contrôle parental sur téléphones et ordinateurs, identification bancaire), aux réseaux sociaux (comptabilisation du temps passé, antenne de brouillage), aux jeux d'argent (contrôle parental sur le téléphone, contrôle d'identité, contrôle bancaire) et aux jeux vidéo (comptabilisation du temps passé) rencontrent un assentiment majoritaire. Alors que nous assistons à une augmentation des usages problématiques des réseaux sociaux, jeux vidéo, jeux d'argent et de la

pornographie (pourtant encore très sous-évaluée), il y a une très bonne acceptation par la société française de mesures de contrôle et de protection, en particulier des mineurs. Il y a là une occasion à ne pas laisser passer pour le législateur.

- **Le grand public, les parents et les jeunes soutiennent de façon quasi unanime le remboursement des traitements contre les addictions.** Ceci met en évidence ce qui pourrait apparaître comme un paradoxe : alors que la responsabilité individuelle dans les consommations est bien reconnue, la prise en charge à 100 % des soins est très largement demandée. Cela nous paraît traduire le fait que le grand public fait intuitivement la différence entre les consommations et les addictions, véritables maladies devenues indépendantes de la volonté.

Soutien massif au remboursement des traitements contre les addictions

À la question de savoir s'il faut rembourser intégralement les traitements pour les personnes qui se soignent contre les addictions, les jeunes répondent massivement par l'affirmative (82 %). Les jeunes femmes approuvent plus largement encore le remboursement (86 %) que les jeunes hommes (79 %). Les différences qui existent selon l'âge des jeunes interrogés peuvent refléter une sensibilité nouvelle aux coûts de la santé accompagnant l'entrée dans la vie adulte voire, pour certains, dans la vie active. Ainsi, à titre d'exemple, 86 % des jeunes hommes de moins de 18 ans sont favorables au remboursement des traitements, contre 75 % des plus de 18 ans. On le voit, le soutien à cette mesure n'en reste pas moins toujours très large. Il témoigne sans doute du fait qu'une consommation devenant excessive, répétée et hors de contrôle est la marque d'une maladie, si bien que plus les jeunes consomment des produits illicites, et donc dangereux, plus ils approuvent la prise en charge complète des addictions : le taux d'approbation atteint 100 % parmi les jeunes qui consomment l'une de ces drogues (aussi bien le cannabis que les autres produits - cocaïne, ecstasy, MDMA, GHB) au moins une fois par jour.

Il n'y a aucune divergence de vues entre les jeunes et le reste de la société : les parents soutiennent très largement (86 %) un dispositif de remboursement intégral des traitements contre les addictions, tout aussi clairement approuvé par l'ensemble de la société (83 %).

Le rôle de la responsabilité individuelle dans les consommations et les comportements exposant au risque de l'addiction est reconnu par les jeunes qui approuvent par ailleurs l'idée d'une prise en charge complète par la solidarité du coût des traitements contre les addictions. Manifestement, jeunes, parents et grand public établissent une différence entre, d'un côté, les consommations et les comportements à risque et, de l'autre côté, les addictions, comportementales ou aux produits, échappant peu à peu au contrôle par l'individu et que les publics identifient comme des maladies, indépendantes de la volonté de ceux qu'elles touchent.

Recommandations

Le monde scientifique, sans exceptions, considère les addictions comme un phénomène biopsychosocial, traduisant la rencontre entre un Produit plus ou moins nocif, un Individu plus ou moins vulnérable et un Environnement plus ou moins incitateur.

La volonté de la majorité des Français est de mener une politique efficace de prévention des addictions et de réduction des dommages qu'elles entraînent. Or, pour être efficace, les actions doivent combiner une pluralité de mesures pour agir sur chacun des facteurs pouvant mener à l'addiction :

Pour diminuer la vulnérabilité des individus :

- Développer une information claire et objective de la population générale ;
- Renforcer la protection des populations vulnérables. Nous voulons insister tout particulièrement sur les mesures à prendre pour la protection des mineurs. Ils sont désormais reconnus comme la première population à protéger, en raison de leurs caractéristiques psycho-comportementales et neurobiologiques. Cependant, il existe d'autres populations dont la vulnérabilité particulière appelle des mesures spécifiques, notamment les femmes, les personnes souffrant de troubles psychiques, les personnes socialement défavorisées...

Pour réduire la nocivité des produits :

- Réduire l'accessibilité et la toxicité des Produits et comportements concernés en accentuant leur contrôle et leur régulation ;

Pour réduire l'incitation environnementale à consommer :

- Agir sur les facteurs incitant à la consommation et en premier lieu sur la publicité, le marketing et les prix.

Ces mesures sont difficiles à prendre, car elles doivent tenir compte de la complexité du problème : intérêts économiques contradictoires, liberté des individus, recherche de plaisir, respect des lois et valeurs pédagogiques de celles-ci.

Notre enquête confirme l'importance de la consommation des produits licites, alcool et tabac, chez les jeunes et chez les mineurs. Elle confirme également l'importance de la consommation de cannabis. Mais notre enquête révèle aussi une fréquence plus élevée qu'attendue des consommations de drogues dangereuses, y compris chez les très jeunes, drogues malheureusement trop souvent qualifiées de « festives » par les médias, ce qui pourrait tendre à les populariser, voire à les normaliser.

Au-delà des consommations, notre enquête révèle l'explosion des comportements addictifs. Les données recueillies mettent en évidence une dépendance aux écrans d'une ampleur spectaculaire, à travers une fréquence beaucoup plus élevée qu'attendue de visualisation de contenus pornographiques et d'accès aux jeux d'argent, y compris chez les mineurs.

La facilité d'accès à tous les produits à risque, aussi bien licites, mais interdits aux moins de 18 ans, qu'aux produits illicites est encore une information capitale mise au jour par notre étude. Il en est de même pour l'accès à la fois massif et précoce aux contenus pornographiques et aux jeux d'argent.

Nous montrons que tous ces éléments, pour préoccupants qu'ils soient, sont étonnamment sous-estimés par les parents. C'est pourquoi nous espérons que notre travail suscitera une prise de conscience des carences majeures qui existent aujourd'hui dans la protection des mineurs, tant dans l'accès aux produits dangereux que dans l'accès aux contenus dangereux.

Notre enquête informe sur la bonne connaissance, en général, de la dangerosité des différents produits et comportements. Pour ce qui concerne les consommations à risque, ceci est vraisemblablement l'heureuse conséquence d'une compréhension satisfaisante des campagnes publiques d'information. En revanche, il n'existe aucune campagne sensibilisant les jeunes, leurs parents et le public en général aux dangers de l'addiction aux écrans en général, et en particulier aux contenus à caractère pornographique et aux jeux d'argent. Quant aux surconsommations à haute dose de jeux vidéo et de réseaux sociaux, non seulement elles ne font l'objet de quasiment aucune mise en garde, mais elles bénéficient

même d'une forme d'assentiment public implicite, voire d'une promotion généralisée.

L'observation et l'analyse de ces données montrent que les campagnes d'information ne suffisent pas. Des actions de contrôle de l'accès aux produits et aux comportements potentiellement nocifs devraient être la priorité des pouvoirs publics.

La lutte contre les addictions doit évidemment prendre appui sur une meilleure connaissance des dispositions de la société et sur son degré d'information sur les preuves d'efficacité des mesures à prendre.

Ainsi, concernant les produits licites qu'une consommation excessive transforme en produits dangereux, les mesures les plus largement acceptées sont, pour l'alcool, l'interdiction de toute publicité, y compris sur les réseaux sociaux, et pour le tabac, l'interdiction de la cigarette dans tous les lieux publics.

En revanche, les Français ne sont pas prêts à accepter les mesures pourtant considérées comme les plus efficaces par les experts internationaux, à savoir l'augmentation du prix de l'alcool et du tabac. Chacun sait que ce sont des sujets économiquement et politiquement très sensibles. Toutefois, on peut rappeler ici que la fixation d'un prix minimum par unités d'alcool, recommandée par l'OMS, fait l'objet de vives discussions à Bruxelles ; cette mesure se met en place en Écosse. Il incombe aux pouvoirs publics et aux acteurs de santé d'accomplir ce travail de pédagogie qui favorisera la compréhension et l'acceptation de telles mesures.

En ce qui concerne les produits illicites, une large majorité de Français approuve l'aggravation des peines pour les trafiquants et les vendeurs ainsi que la systématisation des amendes pour les consommateurs. Parallèlement, une majorité considère comme efficace la mise en vente contrôlée par l'État. On voit donc s'exprimer une demande originale combinant une attente de répression et une attente de régulation. Une telle demande mérite d'être étudiée.

En ce qui concerne la lutte contre les addictions aux jeux vidéo, aux réseaux sociaux, aux jeux d'argent et à la pornographie, les Français semblent très majoritairement demandeurs d'une aide de l'État dans le contrôle des technologies qui donnent accès à ces contenus. Bien que les informations concernant les dommages induits par celles-ci soient encore très incomplètes, les personnes interrogées en perçoivent les risques de façon intuitive, ce qui explique leur soutien à toutes les propositions

de contrôle: informations sur le temps passé, contrôle parental, contrôle d'identité, identification bancaire, antenne de brouillage dans certains lieux... Le large soutien exprimé à de telles mesures traduit une réelle préoccupation au sein de la population, voire une sorte de désarroi. Il y a dans cette inquiétude et dans cette acceptabilité des opportunités de régulation importante dont devrait se saisir l'État. Dans ce domaine, les Français semblent prêts à accepter des mesures de protection particulièrement fermes.

Il ne fait pas de doute qu'une large majorité des Français souhaite que la protection des mineurs soit à la fois renforcée et beaucoup plus efficace - les trois fondations associées dans cette étude partagent cette préoccupation. En conséquence, les Français souhaitent la mise en place de dispositifs garantissant que les mineurs n'ont pas accès à l'achat d'alcool, de tabac, de jeux d'argent ou à des contenus pornographiques. L'opinion publique est clairement favorable à une politique de type répressif en soutenant une augmentation des peines sous forme d'amendes et allant jusqu'à la fermeture des

établissements qui vendent aux mineurs des produits qui leur sont interdits; ceci concerne aussi bien la grande distribution que les commerces vendant de l'alcool, du tabac ou des jeux d'argent. À la fois appropriées et approuvées, ces mesures sont d'autant plus faciles à activer que certaines existent déjà; dans ce cas, l'action pertinente des pouvoirs publics devrait consister à se donner les moyens de vérifier le respect de lois existantes et, le cas échéant, l'application des peines qui ont été prononcées.

Pour finir, nous croyons devoir attirer une fois de plus l'attention du lecteur sur le caractère inédit et l'intérêt des données recueillies dans le cadre de notre enquête. Sa grande singularité est d'abord de se concentrer sur les jeunes, ensuite de porter sur une pluralité d'addictions, de consommation et de comportement, et enfin d'interroger trois publics différents. Nous espérons que les résultats recueillis inspireront une relance et une rénovation des politiques de lutte contre les addictions chez les jeunes en général et chez les mineurs en particulier.

Les brèves des Cahiers

Oser casser le monopole des industriels de la pharmacie

L'Amsterdam Medisch Centrum a choisi l'attaque frontale contre les entreprises pharmaceutiques en produisant un médicament orphelin pour une fraction du prix officiel. Le prix très élevé demandé par l'entreprise italienne Leadiant pour son médicament CDCA mettait en cause l'accès à ce produit. Celui-ci soulage les patients atteints de xanthomatose cérébrotendineuse (XCT), une maladie métabolique héréditaire rare. L'hôpital néerlandais vient de décider de produire ce médicament dans ses propres laboratoires. Il a reçu le soutien du *Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving*, ainsi que des mutuelles, qui avaient déjà déclaré auparavant que des **mesures non-conventionnelles** étaient nécessaires pour briser la toute-puissance de l'industrie pharmaceutique. Leadiant demandait quelques centaines d'euros par an pour son médicament initialement conçu pour le traitement des calculs de la vésicule biliaire, mais a revu son prix à la hausse, de 30.000 à 40.000 euros par an, lorsqu'il est apparu que le CDCA avait aussi des effets salutaires contre la XCT. Le médicament existe donc depuis longtemps, mais Leadiant a demandé à un moment donné un nouveau brevet pour le traitement de la XCT. Parce que le médicament contribue à lutter contre une maladie rare, il a le droit d'être enregistré en tant que « *médicament orphelin* » et jouit ainsi à nouveau de l'exclusivité de marché pendant dix ans. Une fois que ce principe fut reconnu et approuvé, le prix du médicament a fait un bond, allant jusqu'à au moins 160 000 euros par an par patient adulte. Le droit de brevet ne peut fonctionner que si les entreprises pharmaceutiques demandent des prix raisonnables. « *Les mutuelles ont remboursé le médicament jusqu'au 1^{er} avril par indulgence, mais elles ont désormais arrêté de le faire. Si le labo pharmaceutique de notre hôpital est en mesure de produire le médicament de manière moins onéreuse, les mutuelles continueront à le rembourser* » a déclaré la direction de l'hôpital. L'AMC a conclu un accord avec les mutuelles afin qu'elles remboursent ce médicament qui est une préparation magistrale. « *Faute de quoi nous ne l'aurions pas fait* ». Une nouvelle forme de résistance en train de naître?

Mieux vaut être actionnaire que salarié

Comme l'a indiqué Battaglia Mattea dans *Le Monde* du 15 mai 2018, ce sont les conclusions du rapport publié, lundi 14 mai, par l'organisation non

gouvernementale Oxfam et le Bureau d'analyse sociétale pour une information citoyenne (Basic). Cette étude montre que, depuis 2009, les actionnaires des groupes du CAC 40 ont été généreusement servis en accaparant 67,4 % des bénéfices de ces entreprises. La part consacrée aux investissements n'a été en moyenne que de 27,5 %. Les salariés ont eu seulement 5 % du total sous la forme d'intéressement et de participation. En dix ans les entreprises ont sensiblement augmenté le taux de versement de dividendes, qui a progressé en moyenne de moitié, pour se situer entre 45 % et 60 %. L'évolution actuelle du capitalisme conduit à un certain nombre de déséquilibres. Les salaires des PDG du CAC 40, recensés dans la masse salariale ont augmenté deux fois plus vite que ceux de leurs salariés. Les rémunérations des PDG étant de plus en plus liées au cours de Bourse, grâce à la distribution d'actions gratuites et autres stock-options, ceux-ci sont de plus en plus tentés d'aligner leurs intérêts sur ceux des actionnaires. Résultat : les 1 % les plus riches captent une grande partie de la croissance de la masse salariale. L'augmentation spectaculaire des profits ces dernières années n'a servi ni à augmenter les investissements ni à réduire l'endettement, mais à accroître la rémunération des actionnaires. Quant à la protection sociale financée par les cotisations... elle ne voit rien venir. En quoi l'envolée des salaires des dirigeants, les rachats d'actions massifs ou le versement de dividendes supérieurs aux bénéfices de l'entreprise servent-ils les intérêts de l'économie réelle? Il est temps, souligne Battaglia Mattea pour les actionnaires de comprendre que leur soif insatiable de profits nous mène tous dans le mur. Domine donc une vision court-termiste qui ne sert pas le développement à long terme des entreprises et qui n'est pas très équitable du point de vue des salariés. Eux aussi contribuent à la création de valeur. Oxfam et Basic plaident pour des « mesures de régulation ambitieuses préservant la capacité d'investissement et interdisant que la part des bénéfices reversée aux actionnaires dépasse celle réservée aux salariés ».

Beaucoup de questions sur la suppression des restes à charge

Leur suppression sur les lunettes et les prothèses dentaires et auditives permettra-t-elle de lutter contre le renoncement aux soins? En tout cas, elle ajoute une couche de complexité à un système de santé qui aurait besoin d'être repensé dans sa globalité. Le reste à charge zéro doit favoriser l'accès aux soins et faire reculer les inégalités de santé. Intention louable. Il y a eu une envolée du coût des soins non vitaux à tarifs libres.

L'augmentation du prix des prothèses dentaires a été une façon de compenser l'absence de revalorisation des soins conservateurs réglementés. Les ménages démunis ne bénéficiant pas de la couverture maladie universelle complémentaire ont renoncé à se faire soigner. Le taux de renoncement pour raisons financières est inférieur à 10 % en optique, mais il grimpe à 17 % en dentaire selon l'enquête EHIS-ESPS. Avec un coût moyen de 1 500 euros par oreille dont 850 euros à la charge du patient, un tiers seulement des malentendants sont appareillés. Or une personne âgée qui n'entend plus à tendance à s'isoler, à succomber à la dépression et aux maladies neurodégénératives. À consommation constante, il faut trouver environ 4,4 milliards d'euros pour absorber la dépense des ménages, dont 1,5 milliard en optique, 2,4 milliards en dentaire et 500 millions en auditif. La note peut déraiper, car si le panier de soins gratuits est de bonne qualité, comme le précise le cahier des charges gouvernemental, les volumes vont augmenter - c'est le but. Les professionnels viseront des marges plus copieuses sur le panier de soins à tarifs libres, qui pourrait avoisiner 80 % des volumes en optique et 30 % en dentaire. Malgré la volonté affichée de faire un effort sur la lisibilité des offres, les nouvelles nomenclatures promettent d'être un cauchemar. Chez les dentistes, pour se faire poser une couronne, il y aura trois paniers de soins (gratuit, modéré, libre) se superposant à deux zones géographiques (niveau de vie élevé, moins élevé) et à des considérations esthétiques (dents de devant visibles, dents du fond cachées). Enfin, le patient-consommateur subira une hausse du prix de sa complémentaire santé. Selon une étude du courtier Mercer, ce sont les offres collectives les plus bas de gamme qui augmenteront le plus : de 5,6 à 8,9 %, dont de 3 à 5 % en dentaire, de 1,9 à 3,2 % en optique. Les garanties haut de gamme seront moins impactées (+1,6 %). L'enveloppe de 225 milliards de la Sécurité sociale et des assureurs ne suffit pas pour moderniser les hôpitaux, financer les traitements innovants, faire face au vieillissement. Le fond de l'affaire tient à l'insuffisance du financement de la Sécurité sociale.

États généraux de la bioéthique : fin de la consultation citoyenne dominée par l'AMP et la fin de vie

La consultation citoyenne s'est terminée le 30 avril dernier. Plus de 29 000 personnes ont répondu à l'invitation du CCNE sur le site internet etatsgenerauxdelabioethique.fr et 18 500 ont assisté

aux 250 débats en région. Par ailleurs, le CCNE(19) a auditionné 87 associations, 36 sociétés savantes, 9 groupes philosophiques ou religieux, 15 institutions et 3 syndicats d'entreprises (dont le LEEM). 45 % des contributions ont porté sur l'AMP et 24 % sur la fin de vie. Puis les questions autour des « Cellules-souches et recherche sur l'embryon », arrivent en premier (12 %), suivies par les « examens génétiques et médecine génomique ». Citons encore « dons et transplantations d'organes » (4 %), « intelligence artificielle et robotisation » (3 %), « santé et environnement » (3 %), « neurosciences » (2 %), et « données de santé » (2 %). Selon le CCNE, la multiplication des outils devrait permettre de saisir le pouls de la société, sans se laisser duper par l'embolisation de certains débats par des militants pro-life, inspirés par la manif pour tous. Pourtant, il y aurait beaucoup à perdre à manquer ce débat, pour la démocratie. « Un véritable débat éthique ne consiste pas à choisir entre des idées préétablies, mais à inventer quelque chose de nouveau. Réfléchir ensemble, c'est aller vers des chemins différents de ceux que chacun avait au départ », dit Jean-Claude Ameisen. « Environ 50 % des connaissances en sciences de la santé sont renouvelées tous les 4 ans », rappelle Jean-François Delfraissy.

L'homéopathie est contestée en Angleterre aussi

« *Dans le meilleur des cas, l'homéopathie est un placebo, et elle constitue un mésusage de fonds qui pourraient être alloués à des traitements qui marchent.* » C'est ce que dit Simon Stevens, le patron du NHS anglais, annonçant un plan d'économie sur le médicament qui prévoyait notamment de ne plus inclure l'homéopathie parmi les traitements financés sur fonds publics. « *L'homéopathie est fondée sur des hypothèses improbables* », déclarait dans le *Guardian* le Pr Edzard Ernst, adversaire des médecines alternatives outre-Manche. « *L'homéopathie peut avoir de graves conséquences quand elle est utilisée à la place de traitements efficaces*, ajoute le médecin. *Il est donc grand temps que le NHS arrête de la financer* ». Mais sur cette question, la comparaison entre la France et le Royaume-Uni ne s'arrête pas à la nature des arguments échangés. En effet, comme chez nous, le conflit entre partisans et adversaires de l'homéopathie se poursuit sur le terrain judiciaire. Il s'agit ici d'une bataille devant la Haute Cour de Justice outre-Manche et devant l'Ordre des médecins en France. La British Homeopathic Association (BHA),

lobby promouvant l'homéopathie au Royaume-Uni, a en effet attaqué devant cette juridiction d'exception de première instance le bien-fondé de la consultation sur laquelle se fondait le NHS pour décider d'arrêter de financer l'homéopathie. Une étude publiée dans le *Journal of the Royal Society of Medicine* conclue que les médecins prescrivant de l'homéopathie avaient généralement par ailleurs « de faibles performances en ce qui concerne diverses de mesures de qualité des prescriptions ». Les enjeux d'une médecine scientifique basée sur les preuves restent posés en Grande-Bretagne comme en France.

Réseaux de soins : Terra Nova plaide pour que les médecins dérogent à la loi Le Roux

Dans une récente note, Terra Nova milite pour le développement des réseaux de soins et « une plus large reconnaissance de leurs vertus et bénéfices ». Ouverts uniquement aux chirurgiens-dentistes, opticiens et audioprothésistes après la bataille de la Loi Le Roux, les réseaux de soins permettent aux complémentaires santé de pratiquer des remboursements différenciés en faveur de leurs adhérents qui ont recours à certains professionnels identifiés. Les médecins en sont exclus *de facto*, au grand dam de Terra Nova. Le système des réseaux de soins gérés et contrôlés par les assureurs conduira inévitablement à des restrictions de soins. Le rôle des financeurs est de trouver les financements nécessaires et le rôle du système de soins est de soigner au mieux les gens. La séparation entre les deux doit être nette. Le système des réseaux proposé par Terra Nova n'est rien d'autre que le système américain dont on connaît les défauts et le caractère inégalitaire. Terra Nova roule à droite et fait croire qu'elle innove à gauche ! Les mutuelles soutiennent la proposition des réseaux de soins... Parmi les mécènes qui soutiennent Terra Nova, citons : CNP Assurance, AG2R la Mondiale ou encore la Mutualité française.

Les syndicats de médecins redoutent qu'un accord entre la CSMF et Klesia ouvre la porte aux réseaux

Un « partenariat » entre la CSMF⁽²⁰⁾ et Klesia vient d'être conclu. Le président de la CSMF, Jean-Paul

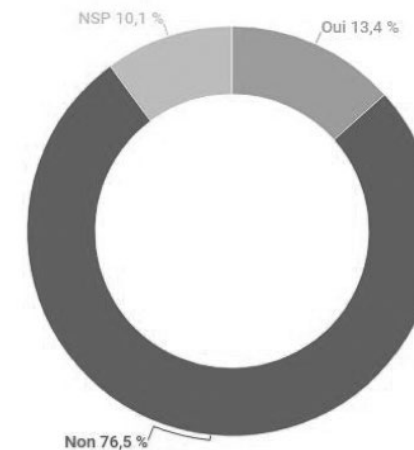
Ortiz avait insisté sur un point : « non, cet accord ne crée pas de **réseau de soins** ». Il a bien assuré qu'il n'y aurait aucune sélection de médecins et que **l'institution de prévoyance** ne serait titulaire d'aucune donnée de santé de ses assurés. Ces arguments ne convainquent pas les patrons des autres syndicats (FMF, MG France et UFML-S). « *Qu'il n'y ait aucune liste de patients ou de médecins, je n'en crois pas un mot* », assène le Dr Jean-Paul Hamon. Le président de la FMF estime dans une interview auprès du « Quotidien du médecin » que ce partenariat, prévoyant la création d'une consultation de prévention sans avance de frais au tarif faramineux de 125 € pour les salariés de plus de 45 ans du secteur du transport constitue inévitablement un premier pas vers les réseaux de soins. Un avis partagé par le Dr Jérôme Marty, leader de l'UFML-S : « *Évidemment, ils se défendent de créer un réseau de soins. Mais quand on crée un outil, c'est pour s'en servir* ». Le Dr Marty en veut pour preuve la volonté de la CSMF de développer d'autres accords de ce type. La prévention est retenue comme prétexte pour ce premier pas. L'accord-cadre conclu par la CSMF avec le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) prévoit de développer notamment des actions de prévention, de dépistage et de coordination. « *On trouve toujours les plus belles raisons à ce type de forfaits, rétorque le Dr Marty. Je ne pense pas que Jean-Paul Ortiz ait les mêmes buts que Klesia. Et j'irais même plus loin : je ne pense pas qu'un médecin puisse s'entendre avec un assureur. Nous n'avons ni les mêmes objectifs, ni les mêmes valeurs, ni le même code de déontologie !* » Même s'il existe plusieurs consultations de prévention prises en charge par l'Assurance maladie (pour le dépistage néonatal, la contraception des mineures, le dépistage colorectal, du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus...), aucune n'atteint le montant de 125 euros. « *On peut discuter et réfléchir à une telle consultation, mais on ne peut pas la dissocier d'une réflexion transversale sur la prévention, ça n'a pas de sens*, indique le Dr Jacques Battistoni, président de MG France. *La prévention est une démarche plus qu'un acte spécifique, qui se crée dans la durée, ce qui caractérise notre travail de tous les jours* ». Pour le Dr Marty, le coût de cet acte « *est presque insultant* ». « *Cela prouve que quand ils veulent, ils peuvent mettre le prix* », s'indigne le président de l'UFML-S. Il estime par ailleurs que le tarif juste pour pareille consultation serait d'une centaine d'euros, soit l'équivalent de deux G à 50 euros - la valeur rêvée par son syndicat. Cet accord crée aussi selon lui une « *rupture d'égalité* ». « *Les quatre patients qu'un médecin aurait pu voir pendant cette consultation, on les met où ?* », grince le Dr Marty. Et le Dr Battistoni de s'interroger quant à la cohérence d'un accord excluant l'Assurance maladie obligatoire

20 Principal syndicat des médecins libéraux

et « *s'adressant à une catégorie de la population, via une catégorie des assurances complémentaires* », qui rappelle à certains le modèle américain. Ce spectre de la privatisation du système de santé inquiète l'UFML-S. « *Nous avons un système égalitaire, que tout le monde nous envie pour sa solidarité et on va le segmenter avec des accords entre des médecins et des assureurs. Et à la fin, celui qui aura la meilleure mutuelle aura les meilleurs services* », redoute le Dr Marty.

Enquête flash du Quotidien du Médecin en juin : les médecins disent non aux accords tarifaires avec les complémentaires

Êtes-vous favorable aux accords tarifaires avec les complémentaires ?



Enquête réalisée en ligne du 11 au 17 juin 2018 (306 participants)

Les nouvelles recommandations américaines font basculer 31 millions de personnes dans l'HTA

En novembre dernier, les nouvelles recommandations de l'American Heart Association (AHA) ont fait passer le seuil de définition de l'hypertension artérielle (HTA) de 140/90 à 130/80 mmHg. Selon une estimation publiée dans le « *JAMA Cardiology*⁽²¹⁾ », 45,4 % des

adultes américains rentrent dans cette définition, sont 105,3 millions de personnes, soit environ 31 millions de plus que selon les anciennes recommandations de 2014. Par ailleurs, et toujours selon les recommandations de 2017, 11 millions de patients supplémentaires souffrent d'une HTA justifiant une prescription d'antihypertenseurs. Ces recommandations de 2017 visent 610 000 événements et 334 000 décès tout en provoquant 62 000 hypotensions supplémentaires et 79 000 troubles rénaux sévères. Quant à la France, elle ne considère plus que l'HTA doive être prise en charge à 100 %.

La maternité de Guingamp mettra la clé sous la porte en février 2019

L'agence régionale de santé Bretagne a annoncé la fermeture de la maternité de Guingamp (Côtes-d'Armor), qui sera remplacée par un centre périnatal à compter de février 2019.

Le suivi pré- et postnatal des mères et des nouveau-nés (consultations de gynécologie, d'obstétrique, de pédiatrie et de sages-femmes) sera toujours assuré, contrairement à l'accouchement. Les parturientes devront se rendre à Lannion ou Saint-Brieuc, à 30 minutes de route. « *Les autres suivis gynécologiques (prescription de contraception, action de prévention, etc.) continueront d'être réalisés par l'hôpital de Guingamp, a précisé la tutelle. Il en va de même pour la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses* ». L'ARS explique sa décision par une baisse « *significative* » des naissances (de 651 en 2012 à 506 en 2016) et par la pénurie médicale en anesthésie et en pédiatrie, spécialités pour lesquelles « *la couverture médicale de la maternité de Guingamp reste fragile* ». « *Elle nécessite même, pour l'anesthésie, un recours fréquent à l'intérim médical, qui n'a pourtant pas vocation à constituer une solution pérenne, compte tenu des enjeux de qualité et de sécurité qui s'attachent à la naissance* », écrit par voie de presse la tutelle. La lutte n'est pas finie.

Hôpitaux, la situation financière s'est dégradée en 2017

En 2016, la situation financière des hôpitaux publics s'était redressée après trois années de détérioration.

21 *JAMA Cardiol.* 2018;3(7):572-581. doi:10.1001/jamacardio.2018.1240

Le déficit atteignait alors 190 millions d'euros contre 400 millions en 2015. Le nombre d'établissements déficitaires régressait (48 % contre 51 % en 2015). Ce résultat s'expliquait par une évolution des dépenses qui progressaient moins vite que les recettes. Dans le même temps l'investissement reculait même s'il était plus important que dans les cliniques. Il s'établissait à 5,9 % contre 6,6 % en 2015. En 2017, cette amélioration n'est plus qu'un vieux souvenir. En 2017 on a constaté une baisse de -0,9 % des tarifs de séjours, une progression de la masse salariale de +2,2 % et une désincitation financière pour les établissements qui s'inscrivent dans le virage ambulatoire? Résultat, alors que le déficit s'établissait à -0,2 % en 2016, il progresse à -0,8 % en 2017. Cette aggravation des résultats financiers est à mettre sur le compte du gouvernement qui a opté pour le redressement des comptes de l'assurance maladie au détriment de la réduction des déficits hospitaliers. Cette dégradation des comptes entraîne sans surprise un très faible niveau d'investissement.

L'Allemagne est riche mais est aussi le pays de la pauvreté

L'Allemagne est un pays riche et la locomotive économique de l'Europe; c'est un article du Figaro qui le dit. Mais la précarité et le risque de pauvreté y sont plus élevés qu'ailleurs, disent les statistiques. Mais à quelle réalité correspond exactement cette idée de la pauvreté en Allemagne? En matière de statistique, les mots sont trompeurs. « Il ne faut pas confondre le risque de pauvreté et la pauvreté ». De quels chiffres dispose-t-on? La pauvreté progresse en Allemagne. « La croissance ne permet plus de faire baisser la pauvreté », met en garde Ulrich Schneider, le président de la Paritätische Wohlfahrtsverband, qui publie chaque année un rapport sur la pauvreté en Allemagne. « Dans ce pays, on n'est pas pauvre seulement quand on commence à faire la manche », prévient-il. Le risque de pauvreté monétaire (sous le seuil de 60 % du revenu médian) est évalué à 16,5 % de la population pour l'Allemagne (et 13,6 % pour la France en 2016) contre 15,2 % en 2008. 12,9 millions de personnes sont concernées. Mais ce n'est pas suffisant pour saisir la réalité du phénomène. La pauvreté est mal répartie en Allemagne. Elle touche d'abord l'ancienne RDA. En 2015, le taux de pauvreté y était encore en moyenne de 19,2 % tandis qu'à l'Ouest il n'était que de 14,5 %. Mais dans la période récente, c'est à l'Ouest et notamment dans les grandes villes industrielles sinistrées que la pauvreté s'est développée. À Dortmund, le taux est passé de 18,6 % à 25,7 % en dix ans, à Duisbourg

de 17 % à 26,6 %, à Düsseldorf de 13,8 % à 18,3 %. Les grandes villes du Nord comme Brême ou Hambourg enregistrent aussi de forts taux de pauvreté. Un nouveau clivage nord-sud se développe en Allemagne et vient peu à peu remplacer l'ancienne division est-ouest. Tous les groupes sociaux ne sont pas non plus touchés de la même manière par le risque de pauvreté. Pour les personnes seules, il s'élève en 2016 à 32,9 % (contre 14,9 % en France). Pour un parent isolé allemand: 32,5 %. Les jeunes sont aussi particulièrement touchés: 22,7 % des 18-24 ans (22,5 % en France). Les personnes sans emploi sont évidemment les plus menacées par le risque de pauvreté: 56,9 % des chômeurs étaient concernés en 2016 (contre 49,6 % en 2015). Mais deux groupes particulièrement retiennent l'attention: le risque de pauvreté des personnes âgées a fortement augmenté de 14,9 % à 17,6 % ces huit dernières années. Dans un pays démographiquement vieillissant comme l'Allemagne, la question des conditions de vie des retraités est en passe de devenir centrale. L'autre groupe rassemble les personnes d'origine étrangère. L'augmentation de l'immigration venue des pays de l'est de l'Europe à la fin des années 1990 a nourri la pauvreté en Allemagne. Au-dessus de 25 % depuis quinze ans, le risque de pauvreté des étrangers récemment arrivés en Allemagne a rebondi depuis 2013 pour s'élever à 29 % en 2015. Qui sont les travailleurs pauvres Allemands? La courbe du chômage et celle de la pauvreté ne suivent pas le même chemin en Allemagne. Le nombre de demandeurs d'emploi a été divisé par deux. Le risque de pauvreté a au contraire augmenté sur le long terme: de 11 % dans les années 1990 à environ 16 % aujourd'hui. Parallèlement, le nombre de travailleurs pauvres a progressé pour atteindre 9,5 %. L'analyse des niveaux de rémunérations sur les dernières décennies est à ce titre sans appel. Les 10 % les plus pauvres ont vu leurs revenus diminuer depuis la réunification tandis que les plus aisés ont profité de manière plus rapide et plus durable des phases de reprise économique. Ils ont aussi bénéficié des baisses d'impôts du premier gouvernement Schröder. Contrairement à l'idée répandue, les écarts se sont creusés avant les réformes sociales Hartz du deuxième gouvernement SPD-Verts. Quand les premières mesures de libéralisation du travail sont adoptées, entre fin 2002 et 2003, le « premier décile », les plus pauvres, décroche déjà. « Les facteurs d'inégalités résident ailleurs: l'évolution du marché du travail, les modifications des temps de travail. Les réformes ont accompagné ce mouvement », poursuit-il. La chute vertigineuse du revenu réel horaire des travailleurs pauvres a commencé à la fin des années 1990 (de près de 20 % entre 1998 et 2005), comme le montre une autre étude de Markus Grabka sur l'inégalité des revenus. Le développement du travail

précaire a pérennisé cette situation. Et l'introduction d'un salaire horaire minimum en 2013 n'a pas modifié la tendance: « Les entreprises ont réduit le temps de travail pour ne pas avoir à augmenter les salaires », explique l'économiste. Une étude de l'OCDE indique qu'il faut « six générations » en Allemagne pour passer d'une famille à très bas revenu à un revenu moyen. La moyenne des pays de l'OCDE est de quatre générations et demie. Y a-t-il un débat sur la pauvreté?

Les bébés nés dans les pays les plus sûrs ont jusqu'à 50 fois moins de risques de mourir au cours du premier mois de leur vie.

C'est l'UNICEF qui le dit: Le nombre de décès de nouveau-nés à l'échelle mondiale reste élevé et alarmant, en particulier dans les pays les plus pauvres de la planète. Ce sont les bébés nés au Japon, en Islande et à Singapour qui ont le plus de chances de survie, tandis que les nouveau-nés au Pakistan, en République centrafricaine et en Afghanistan sont les plus mal lotis. « Si le nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans a été divisé par plus de deux au cours de ces 25 dernières années, il n'en va pas de même pour les décès intervenus durant le premier mois de vie, précise Henrietta H. Fore, directrice générale de l'UNICEF. Sachant que la majorité de ces décès peuvent être évités, nous manquons à l'évidence à nos devoirs envers les bébés les plus pauvres. »

À l'échelle mondiale, le taux moyen de mortalité néonatale dans les pays à faible revenu est de 27 décès pour 1 000 naissances⁽²²⁾. Dans les pays à revenu élevé, ce taux tombe à 3 pour 1 000. Les bébés nés dans les pays où les accouchements sont les plus risqués sont jusqu'à 50 fois plus susceptibles de mourir que ceux nés dans les pays les plus sûrs. Si chaque pays parvenait à ramener son taux de mortalité néonatale au niveau moyen des pays à revenu élevé d'ici à 2030, 16 millions de vies pourraient être sauvées.

L'UNICEF appelle instamment les gouvernements, prestataires de soins de santé, donateurs, secteur privé, familles et entreprises à donner à chaque enfant une chance de vivre par les mesures suivantes:

* Recruter, former, maintenir en poste et gérer un nombre suffisant de médecins, infirmières et sages-femmes spécialisés dans les soins maternels et néonataux;

²² Groupe inter-organisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017

* Mettre des centres de santé propres et fonctionnels, équipés d'eau, de savon et d'électricité, à la portée de chaque mère et de chaque enfant;

* Accorder la priorité à la fourniture de médicaments vitaux et d'équipements nécessaires à un bon départ dans la vie à chaque mère et chaque nouveau-né;

* Donner les moyens aux adolescentes, mères et familles d'exiger et de recevoir des soins de qualité.

« Chaque année, 2,6 millions de nouveau-nés dans le monde ne survivent pas à leur premier mois de vie. Un million d'entre eux meurt le jour de leur naissance, précise Henrietta H. Fore. Nous savons qu'il est possible de sauver la grande majorité de ces bébés en offrant des soins de santé abordables et de qualité à chaque mère et chaque nouveau-né. »

Désert à l'hôpital

La question de la désertification concerne aussi l'hôpital. « 26 % de postes de praticiens hospitaliers et 46 % des postes de PH à temps partiel sont non pourvus », c'est le chiffre que donne Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France.

Une deuxième journée de « solidarité »?

La ministre de la Santé prépare une stratégie nationale pour l'accompagnement au vieillissement. Elle a listé plusieurs pistes pour financer le coût croissant de la dépendance. La journée de solidarité pour l'autonomie refait surface, quatorze ans après sa création par Jean-Pierre Raffarin. La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a évoqué l'éventualité d'avoir « deux lundis de Pentecôte travaillés » pour financer la dépendance. D'après les dernières données de l'Insee, les personnes de 85 ans au moins - c'est l'âge moyen auquel on entre en établissement médicalisé - étaient 1,5 million en 2005, 2,1 millions en 2017, et leur nombre grimperait à 5 millions en 2050. La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie coûte 30 milliards d'euros par an, soit 1,4 point de PIB. En 2060, elle doublerait presque, à 2,78 points de PIB, selon le ministère de la Santé. La journée de solidarité a rapporté 2,37 milliards d'euros en 2017 via une ponction sur les salaires et les revenus du capital, dont 1,4 milliard fléché vers les personnes âgées. À cela s'ajoutent 750 millions d'euros prélevés sur les pensions, répartis entre le handicap et le grand

âge. L'effort national dépasse donc 3 milliards d'euros, dont à peu près 2 milliards pour l'âge.

En 2014, le budget dépendance des personnes âgées s'est élevé à 30 milliards d'euros dont 23,7 milliards sont financés par les pouvoirs publics. Trois circuits se superposent. La perte d'autonomie, un poste de 8,3 milliards d'euros, dépend surtout des départements. Ils versent l'APA, une allocation de 5,5 milliards d'euros indexée sur le niveau de dépendance. Les ménages contribuent à hauteur de 2,4 milliards nets en salariant des aides à domicile. Vient ensuite le poste hébergement. Les personnes placées dans des établissements médicalisés tels que les EHPAD doivent en principe payer de leur poche les services d'hôtellerie. Cela leur revient

à 3,8 milliards d'euros. Mais les moins solvables ont accès à des aides nationales pesant 3,3 milliards d'euros, telles que l'Aide sociale à l'hébergement. Lourde facture pour les ménages Le troisième poste, le plus lourd, est financé quasi intégralement par l'Assurance-maladie, qui rembourse 12,1 milliards d'euros de soins délivrés en ville, à l'hôpital ou dans les centres médico-sociaux, sur 12,2 milliards. Au total, sur les 30 milliards, seul un cinquième, soit 6,5 milliards, reste à la charge des familles. La facture des ménages demeure pourtant souvent très lourde lorsqu'il faut financer une place en établissement médicalisé. Le reste à charge de plus de 1 700 euros par mois en moyenne est nettement supérieur à des ressources moyennes comprises entre 1 200 et 1 400 euros par mois.

Les notes de lecture

« *Vaincre Macron* » de Bernard Friot par Denis Durand, responsable de la commission économique du PCF (La Dispute, Paris, 2017, 132 p.)

La parution de *Vaincre Macron*, le dernier ouvrage de Bernard Friot, est une occasion de revenir sur le travail de cet auteur, qui se réclame du communisme et de l'ambition d'une transformation révolutionnaire de la société, et dont les propositions ont fait l'objet d'une promotion active en diverses occasions récentes pour les opposer à celles du PCF, et aussi de beaucoup de critiques 1.

Cet ouvrage se présente comme une synthèse des analyses et propositions de l'auteur, spécialiste de la Sécurité sociale et de son histoire. Sa référence à l'actuel président de la République exprime la conviction que résister efficacement à la démolition aujourd'hui engagée de notre système social exigera de dépasser les insuffisances qui ont mené à l'échec les politiques de gauche des dernières décennies. « Passer d'une lutte pour la répartition à une lutte pour la production » : c'est ce qu'il annonce comme « la thèse essentielle de cet ouvrage » et on ne saurait trop l'en approuver !

Pourtant, on ne trouve pas trace dans l'ouvrage d'une analyse des contradictions du capitalisme financiarisé et mondialisé contemporain, des spécificités de la crise qu'il connaît, ni des luttes concrètes qui pourraient s'appuyer sur ces contradictions pour créer les conditions d'un dépassement de ce système, jusqu'à la construction d'une nouvelle civilisation, émancipée de la dictature du taux de profit et des fléaux du salariat capitaliste.

Pour mieux comprendre, il convient de dépasser l'impression étrange que donne le mot d'ordre, cher à Bernard Friot, de l'instauration d'un « salaire à vie » – celle d'un Spartacus qui écrirait sur ses drapeaux « l'esclavage, c'est la liberté » – et d'examiner plus précisément ce qui inspire les propositions de l'auteur.

Une façon de résumer le propos du livre pourrait consister à dire que Bernard Friot préconise de généraliser à l'ensemble de l'économie des institutions présentes au sein même du capitalisme contemporain depuis les lendemains de la Deuxième guerre mondiale, qu'il interprète comme du « communisme déjà là ». La Sécurité sociale, le statut des fonctionnaires et les conventions collectives des branches du secteur privé où le mouvement syndical exerce la plus forte influence auraient, dès le

milieu du XX^e siècle, émancipé du capital une partie des salariés en fondant leur rémunération, non sur l'emploi occupé à tel ou tel moment, mais sur la reconnaissance d'une qualification personnelle. S'il se fixait pour but la généralisation de ce régime à tous les salariés et à toute la population âgée de plus de 18 ans, le mouvement ouvrier – principalement les organisations auxquelles l'auteur souligne son attachement, le PCF et la CGT – retrouverait l'efficacité dont il a fait preuve lorsqu'avec Ambroise Croizat et Maurice Thorez il a fondé la Sécurité sociale et le statut des fonctionnaires, attaqués avec de plus en plus de violence depuis les années quatre-vingt et exposés à une menace sans précédent par la politique de Macron.

Ce récit mériterait sans doute une discussion historique dans laquelle on ne s'engagera pas ici. On se contentera d'observer que les réformes révolutionnaires de la Libération s'inscrivent très profondément dans l'histoire longue du capitalisme et de ses transformations. Elles ont fait partie de la réponse apportée à la crise de ce système qui a précédé la Deuxième guerre mondiale, et qui présente une caractéristique absente du propos de Bernard Friot. Ces réformes font en effet partie d'une modification d'ensemble de la régulation du système capitaliste, dont on retrouve la réalisation non seulement en France mais dans tous les pays industrialisés. L'extension des systèmes de protection sociale et l'instauration de règles salariales traduisant des compromis plus favorables aux travailleurs n'ont pas mis fin au capitalisme. Elles n'ont pas émancipé les salariés de la précarité intrinsèque du contrat de travail, ni de la subordination qu'il instaure vis-à-vis d'un employeur et des moyens de production qu'il possède. Mais elles ont participé à une modification profonde des conditions de mise en valeur du capital. Elles sont en effet allées de pair avec l'extension de l'intervention publique dans la production – les *public utilities* américaines, les nationalisations et la planification à la française – et dans le financement – l'étatisation des banques centrales et, en France, la nationalisation des grandes banques de dépôt. Il s'agissait fondamentalement de répondre à la suraccumulation de capital qui, au lendemain de la Première guerre mondiale, avait conduit à la crise, et de créer les conditions d'une remontée des taux de profit privés par une mise en valeur de capital public avec un taux réduit – sa dévalorisation, pour reprendre l'expression adoptée par Paul Boccard à la suite de Marx. Il s'agit donc d'un phénomène beaucoup plus complexe et contradictoire qu'une supposée introduction d'éléments de communisme fonctionnant comme tels au sein du mode de production capitaliste. Il s'agit plutôt d'une réponse

provisoire aux contradictions de ce système, imposée par l'avancée révolutionnaire du mouvement social à la Libération mais qui a conduit à un approfondissement de ces contradictions. Au bout d'une vingtaine d'années, les mécanismes qui définissaient ce capitalisme monopoliste d'État social sont entrés eux-mêmes dans une crise qui s'est manifestée par l'impuissance des interventions publiques, dans tous les pays industrialisés, à relancer la croissance et à faire reculer le chômage. C'est bien pourquoi l'issue et la riposte aux politiques actuelles ne peuvent pas seulement consister en un retour au programme du Conseil national de la Résistance et aux institutions mises en place à la Libération. Il s'agit aujourd'hui de porter atteinte encore plus profondément à la régulation du capitalisme, avec les prémisses d'un dépassement de l'économie de marché elle-même. La révolution informationnelle, par laquelle le traitement des informations devient prédominant jusque dans la production matérielle, fait partie des transformations de notre civilisation qui nous y obligent, et elle peut nous le permettre en rendant immédiatement concrètes les possibilités de réalisation d'un principe de partage des informations, des coûts et des pouvoirs, qui serait au communisme ce que l'appropriation privée des moyens de production a été aux civilisations qui l'ont précédé.

De ce point de vue, la revendication d'une « redéfinition par les travailleurs de leur propre valeur », dont Bernard Friot fait l'essence d'un processus révolutionnaire, est particulièrement mal ciblée. La valeur – telle que Marx la dégage de son analyse minutieuse des contradictions de la marchandise – est ce qui rend comparables des produits du travail humain, et qui leur permet de s'échanger entre eux bien qu'ils diffèrent du tout au tout les uns des autres par leurs usages. La valeur abstraite n'a pas d'existence en dehors des marchandises concrètes dont elle règle la valeur d'échange (avec laquelle elle ne doit pas être confondue). En ce sens, dépasser le marché des produits, et avec lui le capitalisme, c'est dépasser la notion même de valeur.

En attendant que ce processus soit parvenu à son terme, reconnaître un potentiel de création de valeur à des individus indépendamment de leur participation effective à un processus de production de marchandises concrètes (sous forme de biens ou de services) ne dit rien des conditions dans lesquels ce potentiel sera ou non réalisé. Deux situations doivent donc être distinguées. S'il n'y a pas de production de marchandises, il n'y a pas de valeur. Si, en revanche, par un contrat conclu sur le marché du travail, un individu met sa force de travail à disposition d'un employeur contre rémunération en

argent, il devient l'objet de l'exploitation capitaliste, quelles que soient les modalités juridiques du contrat et les limites à l'arbitraire patronal que les luttes sociales ont pu inscrire dans le droit du travail.

Accepter que la situation des individus dans la société soit définie par leur capacité à créer de la valeur ne constitue donc en rien un dépassement du capitalisme, c'est même tout le contraire. La reconnaissance en comptabilité nationale de la capacité des fonctionnaires à créer de la valeur ajoutée, invoquée par Bernard Friot pour soutenir le contraire, témoigne en réalité de la place majeure prise par les services publics dans les processus de production mais signifie aussi que dans notre société toute activité économique a tendance à être mesurée dans les termes de l'économie de marché, même lorsqu'elle ne crée pas de valeur marchande.

On touche là une incohérence, souvent relevée, du système de Friot. Si les retraites et autres prestations sociales sont payées par un prélèvement sur la valeur créée par les travailleurs qui occupent un emploi, c'est que les autres membres de la société ne créent pas de valeur, quelle que soit l'utilité personnelle ou sociale des activités auxquelles ils peuvent consacrer leur temps.

Bernard Friot pourrait répondre que son système redeviendrait cohérent s'il faisait l'objet d'une application intégrale. Plus précisément, il propose de remplacer la « propriété lucrative » associée à l'exploitation des travailleurs par une propriété collective et de financer les investissements « par la subvention » elle-même financée par des cotisations, et non plus par le crédit. Il fait même de l'instauration de ce régime de propriété une condition préalable à toute véritable satisfaction des revendications sociales en matière de lutte contre le chômage, de salaires, de conditions de travail.

Le processus qu'il préconise peut être traduit dans les termes macroéconomiques suivants : la valeur ajoutée créée dans chaque entreprise se décompose en trois. Une partie est versée sous forme de salaire aux salariés de l'entreprise. Une deuxième partie sert à verser un « salaire à vie » aux membres de la population, âgés de plus de 18 ans 2, qui n'occupent pas un emploi salarié. Une troisième partie, baptisée elle aussi cotisation, constitue, si on comprend bien, une épargne collective qui peut être affectée à des investissements décidés sur la base des pouvoirs exercés par les travailleurs dans leurs entreprises (« les travailleurs utilisant cet outil doivent être les seuls à décider de l'affectation de l'autofinancement à tel outil

nouveau, du contenu des projets d'investissement à soumettre aux caisses qui les subventionneront », p. 110).

Remarquons que ce partage de la valeur ajoutée, censé supprimer les profits, conduit Bernard Friot à changer la nature de la « cotisation » puisqu'elle serait alors assise sur la valeur ajoutée et non plus sur les salaires. Cela paraît contradictoire avec l'idée, souvent exprimée par l'auteur, que les prestations sociales seraient du salaire. L'ouvrage de Bernard Friot ne fournit aucun éclaircissement sur ce point ; on aurait pu s'attendre à ce qu'il précise que dans son système le salaire et la valeur ajoutée deviennent une seule et même chose ; peut-être évite-t-il cette explication pour ne pas s'attirer la réponse que Marx adressait dans la Critique du programme de Gotha aux socialistes influencés par Proudhon ou Lassalle qui revendiquaient que « le fruit intégral du travail » revienne aux travailleurs.

Remarquons ensuite que la fonction de coordination des choix de production et des investissements, censée opérée par le marché en régime capitaliste, et par un organisme centralisé dans le régime soviétique, serait, ici, remplie par les « caisses d'investissement » distinctes des caisses de salaires mais qui prélèveraient, elles aussi, des cotisations assises sur la valeur ajoutée. On distingue mal comment ce pouvoir se concilierait avec celui des « travailleurs » dans chaque entreprise. Et surtout, le système de Bernard Friot ne comporte aucun critère – antagonique à celui de la rentabilité du capital – susceptible de guider la mise en cohérence de ces choix de gestion. C'est une faiblesse commune de ce système avec le système soviétique et c'est une conséquence logique de la conception selon laquelle la « valeur » pourrait être définie discrétionnairement, indépendamment de la participation de la force de travail à des processus de production concrets.

Bernard Friot ne définit pas non plus les modalités de l'affectation de l'épargne privée, c'est-à-dire de la partie de leur revenu que les titulaires du « salaire à vie » décideraient de ne pas consommer : affectation exclusive aux investissements des ménages (on pense par exemple aux logements, dans l'hypothèse où ceux-ci ne feraient pas l'objet d'une propriété collective) ? Recyclage vers des investissements productifs ? Cette dernière option paraît exclue en l'absence de système bancaire.

Bernard Friot prétend en effet que le financement des investissements par « subvention » permet de se passer de crédit. Or, tout élargissement de la production (et, en particulier, toute opération d'investissement) suppose une avance préalable de fonds en argent, par création

monétaire. L'épargne (transformée en « subvention » dans le système de Friot) n'est pas la condition de l'investissement, elle est une partie de la valeur créée par la dépense de travail humain, rendue possible par un investissement antérieur et par son financement préalable. Confronté à cette objection, Bernard Friot en vient alors à indiquer que les « caisses d'investissements » doivent opérer une création monétaire « sous régulation de la Banque centrale... pour subventionner au-delà de ce qu'elles avaient en caisse ». On aimerait savoir en quoi consiste cette monnaie créée « sous régulation de la banque centrale ». On imagine qu'il s'agirait d'avoirs en compte mais dans quelles institutions ? Dans les banques, dont Bernard Friot ne veut pas qu'elles fassent de crédit ? Dans les « caisses d'investissement » qui seraient alors des sortes de banques ? On ne peut échapper à l'impression que l'auteur croit, à tort, à une différence de nature entre le crédit bancaire et la création monétaire telle que la pratiquent les banques centrales. En réalité, il s'agit dans les deux cas de mettre en circulation des signes qui ne sont acceptés comme moyens de paiement que pour autant que les agents économiques considèrent qu'ils représentent des richesses réelles. Le problème posé par l'attribution d'un crédit à une entreprise ou à une collectivité publique n'est donc pas qu'il constitue une dette pour l'emprunteur mais de savoir s'il donnera lieu, dans l'avenir, à une création de valeur suffisante, à travers l'exercice d'une force de travail humaine dans des opérations concrètes de production, pour équilibrer les dépenses réalisées avec les signes monétaires mis en circulation.

Sur ce point, on doit souligner que l'affirmation de Bernard Friot selon laquelle les progrès révolutionnaires apportés par la création de la Sécurité sociale auraient eu lieu « sans employeurs, sans actionnaires et sans prêteurs » est évidemment fautive. Toute l'histoire économique de la IV^e République est l'histoire de l'endettement public. « Les besoins de financements publics sont considérables au lendemain de la guerre, et le volume de la dette publique augmente mécaniquement... En 1955, le Trésor est le premier collecteur de fonds [sur le marché financier] avec 695 milliards de F. collectés contre 617 pour le secteur bancaire 3 ». La création monétaire tient la première place dans ce financement, à travers, en particulier, le dispositif des planchers de bons du Trésor imposés aux banques. C'est cet endettement qui a permis les investissements publics caractéristiques de l'époque dans le domaine des transports, de l'éducation, de la santé... Il n'a pas gonflé démesurément en proportion du PIB, comme c'est le cas aujourd'hui, parce qu'en période d'essor de l'accumulation capitaliste ces investissements ont été plus

efficaces qu'aujourd'hui dans la création de valeur ajoutée. C'est cela qui a permis à la fois le remboursement des emprunts contractés et un certain développement des services publics et de la Sécurité sociale. C'est lorsque ce régime de capitalisme monopoliste d'État social est entré en crise, à partir du milieu des années soixante, qu'il n'a plus été capable de restaurer la rentabilité des capitaux les plus puissants qu'en s'attachant à démanteler les institutions qui, à la Libération, étaient allées jusqu'à certaines formes de remise en cause du taux de profit comme régulateur de l'économie. Cette analyse marxiste du capitalisme comme un système, avec sa structure, ses opérations, sa régulation et ses contradictions, échappe à Bernard Friot parce qu'il s'en tient, comme beaucoup de ses prédécesseurs, à une condamnation morale du « lucre » et du crédit.

Une conclusion, qui pourra paraître un peu sévère, de cet examen des propositions contenues dans *Vaincre Macron* pourrait consister à dire qu'elles proposent d'ériger en modèle absolu les compromis sociaux du capitalisme monopoliste d'État, dans la tradition sociale-démocrate, au moment même où la crise de ce modèle permet à un Emmanuel Macron de s'attaquer à sa liquidation au nom d'une prétendue modernité. Les vues théoriques de Bernard Friot pourraient ainsi être caractérisées comme la résurgence d'un socialisme utopique, antimarxiste, personnalisé par les figures de Proudhon ou de Weitling dans le film de Raoul Peck *Le jeune Marx*.

Le système de Friot a en commun avec ces stades dépassés de la pensée socialiste un mépris, déjà réfuté par les auteurs du Manifeste communiste, des luttes sociales et politiques visant à dépasser par étapes l'état de choses existant et à lui substituer une nouvelle civilisation. Symptomatique de cette attitude est son affirmation que la création de la Sécurité sociale aurait été réalisée « dans des conditions très défavorables » du fait qu'elle aurait été combattue avec acharnement par le patronat et la bourgeoisie ; mais quelle conquête sociale n'a pas été en butte à un tel acharnement ? Ce qui fait la différence – et ce dont Bernard Friot ne dit pas un mot – c'est la puissance du mouvement social à la Libération (les six millions d'adhérents de la CGT réunifiée, l'influence électorale du PCF), sans parler du contexte où le pays des Soviets s'affirmait – malgré les vices profonds de son modèle politique, économique et social dont on ne prit vraiment conscience que plus tard – comme la deuxième puissance mondiale, aux côtés des forces cherchant à tenir tête à l'impérialisme américain.

Une conclusion plus positive consisterait à remarquer que les propositions du Parti communiste permettent de répondre aux objectifs sociaux dont Bernard Friot se réclame – continuité tout au long de la vie d'un revenu prenant en compte les qualifications des travailleurs, émancipation vis-à-vis de la précarité du marché du travail capitaliste et vis-à-vis des marchés financiers – tout en énonçant concrètement les moyens (la prise de pouvoirs sur le crédit bancaire, en particulier) et les étapes (la construction progressive d'une sécurité d'emploi et de formation) qui permettraient d'y parvenir à travers la construction de rapports de force dans les luttes sociales et dans les institutions. Hâtons-nous donc de construire ces rapports de force en nous servant de ces propositions, quelles que soient les tentatives de diversion qui leur sont opposées.

**« *Changer la vie à l'hôpital.*
Contribution du « groupe des 26 » »
par le Dr Michèle Leflon, membre
du comité de rédaction des Cahiers**

La crise de l'hôpital est à l'origine de souffrances multiples, tant des personnels que des patients. Elle entraîne le développement de luttes nombreuses mais aussi une floraison de rapports. Le rapport des 26 est un de ceux là, pas forcément le plus imaginatif, mais il a l'avantage de présenter une vision, celle des directeurs d'hôpitaux et médecins hospitaliers, et d'être enrichi de contributions individuelles.

Il est issu d'un groupe de réflexion initié par le syndicat des managers publics de santé et la Mutuelle nationale des hospitaliers : la composition du groupe dicte les orientations prises. Sur les 26 membres, 20 sont soit médecins, soit directeur d'hôpital, 20 sont des hommes... Il est presque dommage qu'il y ait un représentant des usagers, le président de l'association des hémophiles français, la présidente de la coordination nationale des infirmières : ils apparaissent comme une caution. La présence de la directrice adjointe de l'Institut Mouton, connu pour son idéologie largement libérale, donne le ton du rapport ! Prenons donc ce rapport pour ce qu'il est, la vision de l'hôpital de demain par ceux qui le gèrent actuellement, qui se sont habitués à gérer la pénurie et à subir les réformes successives, tout en tentant envers et contre tout de faire en sorte que l'hôpital fonctionne le mieux possible. Il se veut donc très concret, prônant d'ailleurs en conclusion

des expérimentations pour donner suite aux initiatives isolées sur les territoires, auxquelles ils participent, visant à régler des problèmes techniques.

Le rapport n'aborde pas la question du financement de l'hôpital mais elle est en arrière-plan : la réforme de la tarification est pour les auteurs un prérequis à toute autre réforme, pour que la contrainte financière ne soit pas « l'unique levier de mobilisation collective. »

Il porte essentiellement sur les relations humaines dans les établissements hospitaliers, entre usagers et professionnels, entre les professionnels eux-mêmes ou avec leurs responsables, témoignant ainsi de leurs dégradations dans les dernières années, en lien avec la dérive économique et les réformes autoritaires. La proposition 5 concerne la recherche et l'innovation et la 7, la gouvernance de la santé, régionale et nationale.

1° Changer les relations humaines : le rapport ne va pas jusqu'au bout de la démarche de droits nouveaux pour les usagers et les personnels.

La première proposition vise à « imaginer un nouveau contrat avec les patients ». Les attendus des propositions concrètes semblent surtout en attendre une meilleure connaissance du système de soins par la population (« une des réponses à l'embolisation chronique des services d'urgence »), qu'une transformation de celui-ci pour mieux répondre aux besoins des populations, en les connaissant mieux. Il faut étendre la représentation des usagers et faciliter l'accès aux soins à travers la mise en place de plates-formes cliniques territoriales des parcours de prise en charge. Dans ce rapport hospitalo-centré, on ne s'étonnera pas de la brièveté des propositions concernant les prises en charge en soins primaires et ambulatoires. Mais on s'étonnera plus de ne pas lire de volonté de participer, de s'impliquer dans ces plateformes pour faciliter le lien ville/hôpital et on regrettera l'absence de proposition d'un service public de soins primaires organisé autour de centres de santé.

Les deuxième et quatrième propositions veulent « réinventer les relations entre professionnels » et « restaurer la confiance entre les professionnels ». La faiblesse de leurs contenus trahit la composition du groupe à l'origine de ce rapport : il faudrait mieux gérer les conflits, attribués à des causes ultra majoritairement individuelles, mieux détecter l'épuisement professionnel... Mais les causes véritables ne sont pas analysées. Cela passerait par la professionnalisation du management de proximité : serait-ce une véritable formation ou l'apprentissage de la soumission à la hiérarchie? Bien sur, il faut créer

des lieux d'échange, de parole, faire participer. Mais entendre, est-ce écouter? Car on ne peut que s'inquiéter de la critique portant sur la représentativité des instances de dialogue social, une critique à la mode. Pourtant, le démenti cinglant des salariés d'Air France à leur ex-PDG, croyant s'affranchir des avis syndicaux par un référendum, aurait du servir de leçon.

La troisième proposition vise à « redonner du temps aux professionnels ». Si l'état des lieux est indéniable, les propositions manquent la cible du concret. Oui, il faut, comme le dit le rapport, synchroniser les temps des professionnels! Mais conduire une réflexion à ce sujet ne peut suffire, car l'organisation seule ne peut permettre à un professionnel de faire deux choses en même temps dans deux lieux différents. Il faut recréer des postes de personnels hospitaliers. La réduction des effectifs a eu des conséquences exponentielles, désorganisant le travail en rendant la synchronisation des personnels plus que jamais impossible, aucune marge de manœuvre dans un temps de travail minuté ne permettant d'absorber l'imprévu (et le travail dans l'humain, c'est l'imprévu).

Comme le dit le rapport, « l'outil informatique a paradoxalement accru la distance entre le soignant et le patient. ». Encore faudrait il faire la part des choses entre ce qu'amène l'outil informatique, tout à la fois un accès plus rapides aux informations mais aussi une surveillance intrusive dans l'activité des soignants au prétexte de qualité. On ne pourra s'exonérer d'une réflexion à ce sujet. Un récent article du *Journal International de Médecine* avait comme titre provocateur : « Et si la démarche qualité était la mort de la qualité »⁽²³⁾. Le temps passé à cocher, valider les soins n'est pas du temps de soins!

La sixième proposition vise à « renforcer la représentation des médecins, des soignants et des patients dans la gouvernance interne des établissements ». Il s'agit de « Remettre la santé au coeur du processus décisionnel ». Ce but est éminemment souhaitable et ne peut être que partagé. Concrètement, les propositions restent très limitées : changer le directoire pour y faire rentrer des représentants d'usagers et bricoler les pôles pour qu'ils répondent mieux aux logiques de parcours.

Donner plus d'importance aux directoires, sans changer le mode de désignations de ses membres, sans y faire rentrer de représentants élus des personnels

23 http://www.jim.fr/edocs/et_si_la_demarche_qualite_etait_la_mort_de_la_qualite_171876/document_jim_plus.phtml

non médicaux, revient à donner plus de pouvoirs aux directeurs!

Rappelons que pour l'instant, par exemple, les présidents de CME (Commission Médicale d'Établissement) sont membres de droit des directoires mais que la désignation des autres médecins est en dernier recours du ressort du directeur, en cas de désaccord entre la CME et le directeur. La démocratie ne passe pas par des représentants d'usagers désignés par le directeur! Redonner de vrais pouvoirs de décision aux conseils de surveillance serait beaucoup plus intéressant. Donner de nouveaux pouvoirs d'intervention aux salariés médicaux et paramédicaux dans l'hôpital est une urgence, pour changer le travail en mettant effectivement la santé au cœur du processus, l'aspiration de tous les soignants, pour l'organiser en fonction de la « vraie vie » et non des chiffres des tableaux... Or les personnels paramédicaux sont les grands oubliés de ce rapport. Ce sont pourtant eux qui font tourner l'hôpital.

2° La cinquième proposition concerne l'enseignement et la recherche : c'est avec intérêt que l'on lit la proposition de décloisonner la formation des professionnels de santé par la formation d'université des métiers de la santé permettant de créer une synergie, dès la formation, entre les différents professionnels de santé. Mettre fin à la rupture entre personnels médicaux et paramédicaux est indispensable en effet pour créer les nouveaux métiers nécessaires dans un esprit de coopération et non de soumission. Mais cela imposerait de développer de nouvelles passerelles, permettant aux titulaires de diplôme de niveau V (aides soignantes) d'accéder à l'université pour bénéficier de promotion sociale. Ces promotions ont fait la richesse de l'hôpital. Faut-il que ce soit sous un pilotage régional? Cela est une autre question posant toutes celles de la décentralisation. Dessaisir l'État de ses prérogatives dans l'enseignement supérieur conduirait à une perte d'égalité entre nos régions. Tout autre chose est la mise en œuvre en région de principes nationaux permettant une démocratie de proximité, garante d'une meilleure réponse aux besoins.

Les paragraphes consacrés à la recherche et à l'innovation sont beaucoup plus décevants : supprimer des lourdeurs administratives et fédérer les acteurs ne donnera pas les moyens nécessaires pour affranchir la recherche publique d'orientations impulsées par les laboratoires pharmaceutiques ou entreprises engagées dans l'intelligence artificielle pour maximiser leurs profits, plutôt que l'intérêt général. Mais les auteurs semblent résignés au libéralisme!

Le rapport se termine sur la gouvernance en santé, régionale et nationale. Pour faciliter la structuration de l'offre de soins territoriale, il propose de prolonger la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires par un Groupement de Santé de Territoire (GST), disposant d'un budget global, fraction de l'ONDAM à partir duquel il allouerait des financements aux filières de soins. Cette proposition, une de plus pour faciliter le lien ville/hôpital, témoigne de l'urgence, ressentie par tous, de faire ouvrir l'hôpital sur l'extérieur. Elle ignore complètement la notion de service public et considère comme intangible la notion d'ONDAM, se contentant de vouloir le fractionner en objectif régional puis de territoire.

Terminons par cette proposition : « Les critères d'évaluation et d'allocations de ressources sont mesurés selon des indicateurs de résultat populationnel et par pathologie. Ces derniers sont élaborés par un comité indépendant, réunissant la HAS, l'ANAP et l'ASIP. ». Si beaucoup est à dire sur l'« indépendance » et le fonctionnement de ces différentes agences et si l'allocation de ressource ne peut n'être dictée que par des indicateurs de résultats, cette proposition du rapport montre la volonté d'une allocation des ressources nécessaires fonction des besoins et non de décisions arbitraires pour rester dans l'enveloppe!

À ce rapport sont annexées des contributions, témoin des réflexions du monde hospitalier, de sa soif de mieux soigner, de son imprégnation, trop souvent, par le fatalisme de la nécessité de limiter les dépenses de santé dans un monde, où, pourtant, explosent les inégalités sociales, les paradis fiscaux et les profits pour quelques uns. Difficile de les commenter toutes. Retenons en deux :

- Celle des doyens d'université de Médecine. Jean Sibilila et Djillali Annane détaillent les propositions de la conférence des doyens. C'est un document important pour le débat qui doit accompagner une nécessaire transformation des études de médecine. Ils reviennent sur une donnée chiffrée : « en 2015, le nombre d'étudiants validant un diplôme de médecin est de 9 pour 100 000 habitants alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 12.8, ce qui suggère qu'il est nécessaire d'aménager un effort de formation adapté aux besoins territoriaux et aux nouvelles organisations. » Le gouvernement entendra-t-il?
- Celle du Dr Pierre Espinoza est consacrée à la télémédecine. Elle ne convaincra pas ceux qui ont déjà des craintes face aux nouvelles technologies! Contribuer à l'enfermement des prisonniers ou des personnes âgées dans les EHPAD en leur assurant des soins par télémédecine grâce à une tarification de celle-

ci est peut-être le but le plus simple à atteindre mais ne donnera aucune lettre de noblesse à l'innovation technologique! La télémédecine ne sera admise par la population que quand elle saura donner des preuves qu'elle n'est pas là pour économiser l'humain, mais pour lui donner des moyens nouveaux. C'est pourtant à portée de main comme en témoignent certaines expériences.

En conclusion, ce rapport manque profondément de confrontation avec les soignants paramédicaux, de volonté, au-delà de l'affichage, d'aller beaucoup plus loin dans la démocratie en santé. Mais il pose des débats nécessaires pour transformer en profondeur notre système de santé.

Courrier des lecteurs

**Lettre de Jean-Claude VASLET,
Expert auprès des IRP du secteur
public hospitalier : Retour sur le débat
à Beauvais organisé par Le Chahut et
les amis du monde diplomatique.**

Parmi la centaine de participants, parmi lesquels des cheminots en lutte, des professionnels de santé, de nombreux témoignages ont exposé les conséquences de la crise qui plongent les personnels, les patients des hôpitaux et des EHPAD dans une inhumanité insupportable. Nombreux sont scandalisés par les objectifs de rentabilité assignés aux établissements de santé publics. Colère mais aussi interrogations. Peut-on faire autrement? Y a-t-il des solutions pérennes? L'endettement ne contraint-il pas à envisager l'austérité comme seule solution?

Contrairement à ce qu'on nous rabâche depuis 30 ans, on ne dépense pas trop pour la santé dans notre pays. Aux États unis ce sont 7 960 € par habitant qui sont dépensés alors qu'en France, cette dépense n'est que de 3 980 €. Notons que pour une part non négligeable, aux EU, la marchandisation des soins et des assurances sociales conduit à gaspiller l'argent en profits.

Pour notre pays, cette situation est en train d'évoluer en notre défaveur de deux façons. D'une part, sous les coups de boutoir des politiques d'austérité et des privatisations, la qualité des soins régresse comme en témoignent les derniers classements de l'OMS. D'autre part, le montant global des dépenses de santé a tendance à augmenter. Mais cette augmentation ne va pas à l'amélioration des conditions de prise en charge des patients, à celles de la situation de l'emploi, de la formation des personnels hospitaliers. Non, cette augmentation est destinée à la rémunération du capital.

Oui, il nous faut donc dépenser plus, mais dépenser mieux, en économisant sur le coût capital. Il faut mettre fin à la marchandisation du soin et de la protection sociale.

La dette des établissements hospitaliers a été augmentée considérablement depuis 2005 (35 à 45 M€). Les plans d'investissement « hôpital 2007 et 2012 » ont été financés: soit par des économies réalisées sur le fonctionnement, essentiellement la suppression de postes, soit par emprunts sur les marchés financiers, dont certains gouffres financiers, comme les emprunts toxiques, soit avec les fameux Partenariats Public/Privé.

Un patrimoine immobilier et mobilier de très grande valeur, notamment historique est dilapidé pour financer la dette.

Ces plans, ont été conçus pour restructurer en profondeur le paysage hospitalier. Entre 2005 et 2012, pendant que se construisaient de nouveaux hôpitaux, 62 établissements de proximité publics et 32 000 lits d'hospitalisation ont été supprimés. Ces choix d'investissements ont profité aux groupes financiers internationaux comme Ramsay ou Capio.

C'est pourquoi nous contestons ces choix d'investissements qui perdurent avec le déploiement des Groupements Hospitaliers de Territoires, comme nous contestons le poids financier que représente la dette. Que la dette permette d'investir pour créer de nouvelles richesses n'est pas en soit un problème si elle finance des investissements utiles socialement et si le remboursement de la dette ne grève pas le budget de fonctionnement.

Les emprunts sont de trop long terme et les intérêts dus aux marchés financiers sont insupportables. Ils représentent 2 à 2.5 milliards par an. **C'est exactement la somme des économies sur la masse salariale demandées par la ministre!**

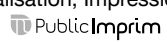
Voilà pourquoi j'affirme qu'il faut dépenser plus et mieux! Il faut libérer le service public des griffes des marchés financiers! Voilà les choix politiques qu'il convient de faire. Redonner les moyens, par la cotisation sociale, à la sécurité sociale de financer le fonctionnement. Se tourner vers la banque centrale Européenne pour financer l'investissement.

La BCE crée 30 M€ d'euro chaque mois et prête cet argent aux marchés financiers à des taux proche de zéro. Pourquoi ne pas utiliser une partie de ces 30 milliards d'euros pour créer un fonds de développement des services publics français et Européens? Le cadre des traités européens le permet. Ce fonds pourrait reprendre la dette des services publics, (SNCF, l'hôpital), la transformer en une dette à très long terme et exiger des taux d'intérêt proches de zéro. Une pétition circule dans ce sens: <https://www.change.org/p/g%C3%A9rard-darmanin-dette-de-la-sncf-l-argent-de-la-bce-pour-les-services-publics-pas-pour-la-finance>

Enfin, nous exigeons un collectif budgétaire de 5 milliards d'euros qui financerait un plan d'urgence en 13 mesures immédiates pour l'hôpital et les EHPAD.



Réalisation, Impression :



Dépôt légal : juin 2018

