



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°28
mars
2018



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

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

Comité de rédaction

D^r Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de Progressistes,
P^r Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
D^r Alain BRÉMAUD, Membre du bureau de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
D^r Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,
D^r Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des chirurgiens-dentistes des centres de santé,
M^{me} Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Dominique DURAND, Journaliste et écrivain,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur d'hôpital, Membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du PCF, Vice Président de la Région Midi Pyrénées,
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
D^r Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie,
D^r Richard LOPEZ, Directeur de la santé à Saint-Denis, Président de la FNCS,
M^{me} Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'Économie et Politique,
M^{me} Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
M. Patrice VOIR, Maire-adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste, †
D^r Xavier VUILLAUME.

Comité de lecture

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

SOMMAIRE

Éditorial:

Besoin d'un plan d'urgence pour les hôpitaux

Par le D^r Michel Limousin Page 7

Articles:

Retraites et perspectives politiques

Note du 17 février 2018

Par M^{me} Sylvie Durand Page 9

Organisations innovantes et coopératives

Pour des services de santé ville-hôpital renouvelés

Par le D^r Alain Beaupin Page 12

Le statut social des jeunes

Texte collectif du mouvement de la jeunesse communiste Page 15

Un cas typique d'exécution de soi sous l'effet d'une domination adverse ou quand la T2A fait s'entretuer les établissements du Service Public

Note sur la question de l'angioplastie à Chalon-sur-Saône

Par Emmanuel Vigneron, Professeur d'Aménagement Sanitaire et de Géographie de la Santé
à l'Université de Montpellier Page 24

L'Institut Jean-François REY au service de la recherche en soins primaires

Par le D^r Alain Beaupin, Président de l'Institut Page 33

Les spécificités des centres de santé au sein des formations continues en santé

Revue de la littérature internationale

Par les D^{rs} Sana Lekfif, Yasmine Dulac-Mostefai, Régine Raymond, Yannick Ruelle Page 35

Le dossier: Questions de bioéthique

Bioéthique, éthique médicale : des questions qui rebondissent

Par Jean Michel Galano, professeur de philosophie Page 47

La révision de la loi de bioéthique décidera-t-elle la fin de l'éthique dans le domaine des sciences de la vie et de la santé ?

Par Jean-Pierre Basset, militant du don de sang Page 53

PMA et GPA : de quoi parle-t-on ?

Par Laurence Cohen, sénatrice Page 55

Les brèves des Cahiers Page 58

Les notes de lecture

« Pour un printemps de la politique »

De Pierre Blotin & Michel Maso par Michel Limousin Page 64

« L'intelligence artificielle : l'expertise partout pour tous »

De Serge Soudoplatoff (Fondapol) par Tomy Sanches (économiste de la santé) Page 65

Le courrier des lecteurs Page 68

Documents

Compte-rendu du débat « hôpitaux en danger » organisé par les députés communistes, le 10 janvier 2018 à l'Assemblée nationale

..... Page 78

Décryptage du nouveau régime unique de retraite complémentaire Page 85

Conquérir les moyens de financement nécessaires pour une reconquête de la Sécurité sociale

Document CGT Page 88

Cinq chantiers : oui ! Mais combien de tractopelles ?

Communiqué de l'Union syndicale de la psychiatrie du 15 février 2018 Page 92

Éditorial

Besoin d'un plan d'urgence pour les hôpitaux

Les hôpitaux publics traversent une double crise. Celle qui est provoquée par les politiques néolibérales qui lui ont été infligées par les gouvernements successifs : réduction drastique de financements, privatisation de tout ce qui serait « rentable », insuffisance d'investissement, partenariat public-privé, autoritarisme et j'en passe. Et une autre crise due aux transformations rapides des besoins des populations et des sciences et techniques médicales. La transition démographique voit la population vieillir et donc ses besoins se transformer et la transition épidémiologique voit des maladies chroniques se développer tandis que de nouvelles maladies apparaissent. Les connaissances scientifiques évoluent très vite. Nous sommes dans la révolution des biotechnologies et du numérique. L'accès aux soins est dégradé tant du point de vue financier que territorial. De l'accueil des urgences aux soins de fin de vie, tout est en crise. Bref, tout ceci oblige l'hôpital public à muter. Cela a conduit à une crise sans précédent qui nécessite des transformations importantes et donc une attention particulière des pouvoirs publics. Un plan d'envergure s'impose sur le moyen et long terme mais aussi sur le court terme : c'est là que la nécessité d'un plan d'urgence apparaît.

Ce plan pourrait se développer sur les axes suivants :

- Sortir la dette du budget de fonctionnement des hôpitaux et la faire prendre en charge par une institution d'État ad hoc refinancée par la BCE.
- Un Ondam à 4,5 %.

- Supprimer la taxe sur les salaires que paient les hôpitaux publics à l'État (c'est 10 % de la masse salariale des hôpitaux soit environ 7 % de leurs dépenses totales) ; cette taxe est un prélèvement fiscal financé de fait par l'Assurance maladie qui est le principal pourvoyeur de fonds de l'hôpital. Au total l'État prélève plus d'argent sur l'hôpital qu'il n'en lui apporte. C'est, contrairement à ce que tout le monde pense, l'hôpital qui finance l'État et non l'inverse. Cette mesure permettrait l'embauche immédiate de 75 000 salariés.
- Un programme intensif de formation de médecins et de paramédicaux en particulier de 50 000 infirmières.
- Un moratoire sur les restructurations en cours pour prendre de temps de vérifier le bien-fondé des restructurations en cours et bien articuler structures hospitalières et besoins.
- Un retour de la démocratie à l'hôpital public avec la reconstitution des Conseils d'administration présidés par le maire de la commune d'implantation de l'établissement. La négociation doit être large et démocratique.

Ce plan créera les conditions immédiates de la sortie de crise et devra être suivi d'un plan d'ensemble pour doter la France des hôpitaux publics à la hauteur des besoins. On ne peut plus attendre.

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Articles

Retraites et perspectives politiques

Note du 17 février 2018

Par M^{me} Sylvie Durand

NDLR : nous donnons ici une note de M^{me} Sylvie Durand pour alimenter la réflexion sur la réforme majeure des retraites qui se prépare ; cette réforme est complexe et mérite une attention particulière de nos lecteurs.

Rappelons la promesse électorale de Macron

« *Un système universel avec des règles communes de calcul des pensions sera progressivement mis en place. Le fait de changer d'activité ou de secteur sera sans effet sur les droits à la retraite. Avec un principe d'égalité : pour chaque euro cotisé, le même droit à pension pour tous !* »

Notions clefs :

Quelle que soit la technique de matérialisation des droits, annuités, points ou comptes individuels de cotisation, un système de retraite peut fonctionner à cotisations définies, à prestations définies ou à cotisations et prestations négociées.

Un régime intégré est un régime qui fait à la fois office de régime de base et de régime complémentaire. Exemple : la Fonction Publique dont le principe est de fournir 75 % du traitement indiciaire brut. La Sécurité sociale ne fournit que 50 % du salaire annuel moyen des 25 meilleures années (d'où l'ARRCO pour compléter) et ne fournit rien au-dessus du plafond de la Sécurité sociale (d'où l'AGIRC).

Un système de retraite peut fonctionner en capitalisation ou en répartition selon que l'on place les cotisations sur les marchés financiers ou qu'on utilise immédiatement les cotisations (de l'année) pour financer les pensions (de l'année).

Situation actuelle :

Un régime de retraite complémentaire unique sera mis en place au 1^{er} janvier 2019, en remplacement des régimes complémentaires ARRCO (couvre tous les salariés du privé) et AGIRC (couvre les ICTAM⁽¹⁾ du privé au-dessus du plafond de la Sécurité sociale).

Contrairement à ces régimes historiques, il est conçu pour fonctionner à cotisations définies : d'où une baisse à venir des pensions liquidées même avant le 1^{er} janvier 2019, ce qui est sans précédent (**moins 9 % en euros constants** sur les 15 prochaines années), et, pour les actifs, une baisse par des mécanismes complexes et peu intelligibles des droits en cours de constitution (déjà à l'œuvre depuis 1993).

Les régimes par annuités ne fonctionnent **pas en France à cotisations définies** mais les réformes successives ont aussi organisé une baisse des taux de remplacement du salaire par la retraite, cependant deux fois moindres que celles acceptées par les « partenaires sociaux » pour les complémentaires.

Il y a une différence importante entre régimes par annuités et régimes par points : les baisses de droit, lorsqu'elles sont organisées dans des régimes par annuités, ne jouent « que » sur le temps d'une carrière, parce qu'il y a un effet de remise à zéro des compteurs en début de carrière. En effet, la pension est calculée à partir des salaires perçus pendant la carrière.

Les baisses de droit organisées dans les systèmes par points ont des effets cumulatifs : année après année la valeur du point a son pouvoir d'achat qui décroche du pouvoir d'achat des salaires, du fait de l'indexation du point sur les prix à la place d'une indexation sur les salaires (et pire maintenant, le gel du point, voire la baisse de son montant nominal admise dans l'accord AGIRC-ARRCO du 17 novembre 2017).

Exemple : pendant les 40 ans de mon activité la valeur du point a décroché du pouvoir d'achat de mon salaire. Mais ça sera pire pour mon successeur qui va se constituer des droits à retraite avec un point dont le pouvoir d'achat a **déjà** décroché pendant 40 ans du pouvoir d'achat des salaires et va continuer à décrocher pendant les 40 années suivantes. Tous les 40 ans les droits

1 Ingénieurs, cadres, technicien, agents de maîtrise.

à retraite sont diminués grosso modo de 44 % dans le mécanisme d'indexation de la valeur du point sur les prix au lieu d'une indexation sur les salaires.

Il y a une radicalité dans la baisse des droits organisable dans des systèmes par points plus grande que dans les systèmes par annuités, d'autant que tout cela passe inaperçu, ce qui n'est pas le cas quand on passe d'un calcul des 10 aux 25 meilleures années de carrière ou des 6 derniers mois aux 5 meilleures années de carrière...

Comment la promesse de Macron peut-elle être mise en œuvre ?

Du plus simple au plus compliqué.

L'uniformisation des réglementations (harmonisation) par silos. Chaque silo étant un régime de base, spécial ou complémentaire. Pour le calcul à l'identique des pensions dans chaque silo, trois possibilités : un calcul en points, en comptes individuels de cotisation ou en annuités. Une fois l'uniformisation obtenue, il n'y aurait plus qu'à supprimer les silos qui ne seraient plus que des entités gestionnaires résiduelles.

L'intégration des régimes adossés (IEG⁽²⁾) aux régimes de base et complémentaire du privé : **très facile**, puisque déjà organisée, il suffit de supprimer la caisse écran (CNIEG) qui sert d'interface entre les agents des régimes spéciaux et les régimes de base et complémentaires du privé.

Pour les autres régimes spéciaux, non-adossés, une possibilité est de les **dés-intégrer** pour répartir les droits entre régime de base et régime complémentaires, ce qui a été fait pour le régime spécial des IEG. On sait faire mais on pérennise la complexité du privé. Cette solution a les faveurs du Medef dont la grande crainte est que la complémentaire soit annexée par le régime de base. Le Medef veut en effet garder une « main mise paritaire » sur une partie de la retraite.

Ainsi, à l'occasion de la transformation du CICE en exonérations de cotisations patronales ARRCO et AGIRC, pour un montant de 4 milliards en 2018, le Medef est intervenu auprès du Ministère pour que ces exonérations soient mises en œuvre par le GIE AGIRC / ARRCO. L'ACOSS était prête à faire et à récupérer au passage le recouvrement des cotisations ARRCO /

AGIRC ce qui lui permettait de prendre pied dans la gouvernance des régimes complémentaires. Le Medef s'y est opposé mais, pas rassuré, il s'estime aujourd'hui sursitaire de ce point de vue.

La simplification du secteur privé obtenue en intégrant le régime complémentaire au régime de base. Il en résulte un régime lui-même intégré : les multiples régimes spéciaux n'auraient plus qu'à poursuivre l'alignement de leur réglementation. Puis une fusion de tous les régimes pourrait être opérée.

Le régime unifié complémentaire est considéré comme le modèle à suivre : on généralise le système par points à tous les secteurs du privé puis du public : le Medef verrait bien le GIE AGIRC / ARRCO en opérateur pour la communauté nationale... puisque la gestion des comptes de points est la spécialité de l'AGIRC-ARRCO. Attention, la gestion des comptes de points est **beaucoup plus complexe et coûteuse** que celle des régimes par annuités.

Le big-bang des retraites : on fait un système à la suédoise « en comptes individuels de cotisation » délivrant une rente viagère, dit comptes notionnels.

Évidemment, pour respecter la promesse de Macron, tous ces chemins mènent vers un système à cotisations définies.

Les propositions du Medef actualisées :

« À court terme, sauver le régime actuel en faisant en sorte qu'une solidarité intergénérationnelle puisse s'exprimer pour les plus âgés, sans que cela obère non plus l'avenir de nos jeunes ou la compétitivité de nos entreprises. Pour cela, relever l'âge du départ à la retraite est indispensable.

À moyen terme, engager une réforme systémique qui permette la fusion de nos trop nombreux régimes de retraite autour d'un socle de solidarité pour tous et de 3 régimes (salariés, fonctionnaires, indépendants) basés sur un système à point permettant une souplesse accrue et un passage de l'un à l'autre.

À moyen terme également, créer les conditions du développement de la retraite supplémentaire de retraite basé sur la capitalisation, et la démarche individuelle. »

La proposition 2 signifie que les régimes spéciaux sont éclatés entre un régime de base redistributif et assurant les solidarités (famille, maladie, maternité, etc.) financé par l'impôt, et un régime complémentaire strictement

2 Industries électriques et gazières.

contributif par points. En terme de simplification, la création de 3 régimes complémentaires laisse pour le moins dubitatif...

Les alternatives conformes à l'intérêt des citoyens

Les régimes par points autorisent des baisses de droits beaucoup plus drastiques que les régimes par annuités (cf. ci-dessus). Par ailleurs le régime unifié complémentaire va rejeter à la marge de notre système par répartition les ICTAM, puisque ce sont eux qui vont essuyer les baisses les plus sévères de taux de remplacement (au-dessus du plafond de la Sécurité sociale, ils ne sont aujourd'hui couverts que par l'AGIRC puis par le futur régime unifié. La Sécurité sociale ne leur délivre aucune prestation en remplacement de cette tranche de revenu). Les régimes par annuités sont plus simples et sont par nature plus solidaires. Par ailleurs, tous les salariés du privé et du public sont couverts par un régime par annuités.

Donc dans une perspective de progrès social, le rapatriement des complémentaires dans le régime de base est audible. Il permettra en outre d'éviter tout contentieux avec le secteur public.

A contrario, la transformation des régimes par annuités en régimes par points requiert :

Soit la reconstitution de tous les salaires passés qui est loin d'être acquise dans la Fonction publique, puisque le

calcul de la pension est assis sur le traitement indiciaire brut des 6 derniers mois. La conservation de l'historique des salaires était donc inutile. En outre l'opération n'est pas exempte de risques juridiques.

Soit la cristallisation des droits acquis et leur conversion en points (qui peut être très rapide).

Enfin, le rétablissement du niveau des droits dans un bref délai sera plus facile à obtenir dans un régime par annuités que dans un régime par points. Par ailleurs, la disparition du RAFP (Régime Additionnel de la Fonction Publique, premier fonds de pension obligatoire en France) par intégration au Régime des pensions civiles et militaires est à souhaiter, ce qui permettrait aux fonctionnaires de cotiser en répartition sur une partie de leurs primes tout en évitant que les provisions constituées ne se volatilisent sur les marchés financiers. Elles seront beaucoup plus profitables à l'État et à la Fonction publique.

En conclusion, l'enjeu majeur est de focaliser le débat public sur les garanties et en particulier sur le taux de remplacement du salaire net par la retraite nette, sans bien sûr omettre l'âge d'ouverture du droit à retraite, les droits dérivés, les droits familiaux et conjugaux... Il s'agit de ne pas s'embourber dans un débat clivant concernant l'architecture des régimes (disparition ou pas des régimes spéciaux). À défaut, il y a un risque de perdre la bataille de l'opinion publique.

Organisations innovantes et coopératives Pour des services de santé ville-hôpital renouvelés

Par le D^r Alain Beaupin

En ce début d'année, le paysage de l'organisation des services de santé s'est enrichi de deux dispositions inédites. Première nouveauté, l'article 51 de la Loi du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale prévoit la possibilité de financer des prestations nouvelles ville-hôpital. Hasard du calendrier, quelques jours plus tard était publiée l'Ordonnance législative⁽³⁾ relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé instituant la possibilité de gérer les centres de santé sous forme de Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC). Nous ne reviendrons pas ici sur le diagnostic de notre système de santé, amplement décrit par ailleurs. La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022⁽⁴⁾ trace des perspectives qui dessinent, en creux, un diagnostic accablant. Après une présentation des nouvelles dispositions inscrites dans les codes de la santé publique et de la sécurité sociale, nous nous efforcerons de faire partager l'appréciation qu'une voie féconde pourrait s'ouvrir pour initier le renouvellement du modèle français de l'offre de soins.

Ce qui est prévu par l'article 51 en matière d'expérimentations

a. Le paiement à la prise en charge ou à l'épisode de soins

Si l'on se place du point de vue du patient, la finalité de l'innovation est qu'il voie **améliorer sa prise en charge et son parcours de soins**, grâce à une meilleure coordination des différents intervenants. Selon les dispositions de l'article 51, l'amélioration peut porter sur différents aspects de la prise en charge, sur son efficacité, sur sa qualité, ainsi que sur l'accès aux soins. Cette innovation peut être continue ou bien ne porter que sur un seul épisode de soins, sur une *séquence de soins* selon les termes de la Loi. D'un point de vue pratique, ces innovations doivent concourir à développer l'exercice coordonné et la structuration des soins ambulatoires. Le texte législatif fait référence à des soins ambulatoires et non pas au seul premier recours. Il vise ainsi un champ

plus large, soit hospitalier, soit de premier recours, ou encore fort logiquement, un champ associant, on a envie d'écrire intégrant, soins de ville et prestations hospitalières. Autre objectif des expérimentations, elles doivent favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

b. Prescriptions de médicaments et de dispositifs, vers la décroissance ?

L'article 51 prévoit une seconde famille d'expérimentations ayant des objectifs en rapport avec les médicaments et les produits de santé. L'objectif est ici d'améliorer la **pertinence et la qualité des prescriptions**. Cet objectif passe par la modification du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription. À cette fin il est envisagé que des mesures d'organisation et des mesures d'incitation ou de modulation à l'égard des professionnels ou des établissements de santé. Améliorer la pertinence des prescriptions et la sécurité pour les patients ? On souscrit volontiers.

c. Les organisations innovantes impulsées par l'article 51

Pour mettre en œuvre ces innovations, les textes prévoient que des **organisations innovantes** sont attendues. Elles peuvent concerner des intervenants appartenant au monde hospitalier, à celui des soins de ville ou encore au secteur médico-social. L'article 51 ne prévoit pas de structuration particulière pour ces organisations innovantes. En conséquence, toutes les modalités organisationnelles prévues par le code de la santé publique sont a priori éligibles. En terme d'offre de soins il s'agit donc de les faire porter par des formes d'organisations en capacité de délivrer des soins aux assurés sociaux, c'est-à-dire en pratique par les établissements de santé, par les centres de santé, par les professionnels de santé libéraux regroupés ou non et par les structures médico-sociales. En toute rigueur, il faut également mentionner la possibilité de s'appuyer sur les services de santé à financement d'État (tuberculose, IST, vaccinations) et sur les services de prévention (PMI, santé scolaire). Possibilité qui trouverait tout son sens

3 Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036484700&date>

4 <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/>

dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé qui fait de la promotion de la santé et de la prévention⁽⁵⁾ un de ses axes majeurs.

Intégrer ville et hôpital pour innover

Un **comité stratégique**, auquel les professionnels des centres de santé entendent bien participer, est prévu par la Loi. Ce comité stratégique devra préciser les modalités de la délivrance des prestations qui seront mises à disposition des bénéficiaires éligibles. Il convient de distinguer deux types de situations selon que l'innovation est strictement intra-hospitalière, ou qu'elle porte aussi sur des soins de ville. Les innovations purement hospitalières n'entrant pas dans notre propos, nous nous pencherons ici sur les innovations impactant le champ des soins de ville. On peut imaginer à ce stade trois scénarios pour les mettre œuvre.

Scénario 1, L'hospitalocentrisme revisité

Dans ce scénario, un acteur habituel du système organise en son sein la prestation innovante qu'il entend voir reconnue comme telle. Par exemple, un hôpital s'appuie sur un centre de santé, ou sur un regroupement de ces structures ou sur un regroupement de professionnels libéraux. Variante, l'innovation organisationnelle est interne à l'organisation actuelle du postulant (par exemple un hôpital crée en son sein un service dédié). L'avantage de cette solution réside dans son intégration aisée dans la culture en vigueur dans l'organisation mère. Ses défauts en découlent. Ils tiennent à la difficulté de s'extraire des mécanismes de pensée habituels, dans un contexte organisationnel dont le caractère innovant ne sera pas suffisamment affirmé. Les quelques exemples de centres de santé actuellement gérés par des établissements de santé ne plaident pas en faveur de cette solution⁽⁶⁾. Ils témoignent de visions avant tout centrées sur les intérêts de l'établissement hospitalier porteur. Si l'idée d'une gestion hospitalière des centres de santé a pu être avancée avec régularité, elle n'a pas dépassé le stade de l'utopie mobilisatrice.

Scénario 2, la coordination

Le postulant, ou le groupement de postulants, ne dispose pas en interne de toutes les ressources ou compétences nécessaires à la réalisation de la prestation

innovante (exemple : un ou plusieurs hôpitaux contractualisent avec un ou plusieurs centres de santé ou avec des professionnels libéraux pour réaliser chacun une partie de l'innovation). Chaque acteur garde la maîtrise de sa partie. Ce scénario offre lui aussi l'avantage de la lisibilité. Dans la définition la plus simple (un seul hôpital et un seul centre de santé) il se traduit par une convention. Un certain équilibre au sein de la collaboration peut être installé. En revanche ce scénario ne présente pas de caractère innovant. Il renvoie aux modèles en vigueur (partenariats, coordination, réseaux, annuaires) à la portée limitée et à la lisibilité aujourd'hui très critiquée. Les analyses les plus pertinentes retiennent l'image d'un *mille-feuille* français.⁽⁷⁾

Scénario 3, l'intégration

Dans sa modalité la plus aboutie, l'intégration de l'hôpital et de la ville est complète. Ville et hôpital ne forment qu'une seule organisation, un service de santé capable de délivrer des soins de ville comme des soins hospitaliers selon les standards de qualité usuels. En France, c'est peu ou prou le modèle conceptuel qui régit la psychiatrie publique, ses réseaux d'hôpitaux et de centres médico-psychologiques, avec un niveau de performance tout à fait remarquable dans la prise en charge de patients très complexes.

Dans le scénario de l'intégration, l'organisation innovante est construite autour du patient et des prestations qu'il est en droit de se voir proposer, dans le bassin de vie auquel il appartient. L'organisation se développe au fur et à mesure de la mise en place de nouvelles prestations et des ajustements des prestations existantes. Quelques exemples de prestations envisageables : prise en charge en ville d'un patient en aval d'une hospitalisation, prise en charge en ville entre deux épisodes hospitaliers (polypathologies, maladies chroniques graves, cancers, ...), maintien à domicile, suivi somatique de malades psychiques, problématiques sociales en aval de PASS, ...

Dans le scénario de l'intégration, en contrepartie du service mis en place, l'allocation des ressources est effectuée au profit de l'organisation intégrée. Selon les choix opérés l'allocation peut-être fixe à l'instar des missions d'intérêt général des établissements de santé, des budgets annuels des centres de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), des centres de lutte antituberculeuse (CLAT), ... ou

5 Axe numéro 1 : de la SNS 2018-2022 : METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ, INCLUANT LA PRÉVENTION, DANS TOUS LES MILIEUX ET TOUT AU LONG DE LA VIE.

6 Étude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé, ARS Ile-de-France, Décembre 2016.

7 Chambaud Laurent, Notre système de santé souffre d'un cloisonnement multiple, Tribune, Le Monde 17 janvier 2018.

encore au forfait, forfait annuel de type capitation dans ses différentes déclinaisons, ou à l'épisode de soins et ses variantes, ... Lorsque l'intégration est incomplète, c'est dans le cadre de l'organisation pivot que sont déterminées les quotes-parts d'affectation des recettes aux différents opérateurs contribuant à la réalisation des prestations.

Les SCIC, un levier juridique au service de l'intégration

L'Ordonnance législative du 12 janvier 2018 modifie les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Elle institue la possibilité de gérer les centres de santé sous forme de Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC). Cette possibilité était attendue depuis longtemps, notamment par les professionnels des centres de santé qui la réclamaient⁽⁸⁾. Le statut de SCIC stipule en effet que sont obligatoirement sociétaires de la coopérative ses bénéficiaires et ses salariés. En l'espèce, dans le cas d'une SCIC gérant un centre de santé, **les usagers et les professionnels salariés** du centre de santé sont sociétaires de la SCIC. À leurs côtés, peuvent être sociétaires de la coopérative, des **hôpitaux** et d'autres offreurs de soins ou de prévention, des **collectivités territoriales**, des **caisses d'assurance maladie** et des **mutuelles**. Le projet Richerand⁽⁹⁾ dans le 10^e arrondissement de Paris est le projet le plus avancé à ce jour. Le statut de SCIC y a été retenu pour la gestion de ce centre de santé, après qu'aient été écartés d'autres modèles coopératifs plus usuels dans le monde la santé comme celui de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Outre les difficultés juridiques relevées par différentes études⁽¹⁰⁾, le statut de GCS n'aurait pas permis d'associer usagers et professionnels à la gestion du centre de santé.

Un bien commun

On l'aura compris, la possibilité de faire émerger un intérêt commun, un **bien commun**, entre les différents partenaires associés est l'atout majeur de ce mode de gestion. Fonder un service de santé conçu comme un bien commun, revêt une grande cohérence avec le fondement de notre système de santé, le bien commun de la protection sociale solidaire.

De manière générale, les entreprises de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS) à laquelle appartiennent les SCIC, sont régies par le principe de la gestion désintéressée. Mais à la différence d'une SCIC usuelle opérant dans le secteur concurrentiel, une SCIC gérant un centre de santé, tout en restant régie par le Code de commerce comme le prévoit la législation en vigueur⁽¹¹⁾, obéit à un principe de non lucrativité.

Une SCIC à but non lucratif

Une SCIC gérant un centre de santé revêt obligatoirement un caractère non lucratif. C'est ainsi qu'en cas d'excédents, l'ordonnance sur les centres de santé prévoit que ces excédents ne peuvent pas être distribués aux sociétaires sous forme de dividendes. Ils doivent être mis en réserves impartageables ou réinvestis dans le centre de santé. De par son activité de délivrance de soins au tarif fixé par la sécurité sociale, rémunérés par cette dernière dans le cadre du tiers payant, elle est très étroitement insérée dans le système français de protection sociale solidaire.

Un nouvel objet de recherche en soins primaires

Le moment est venu d'expérimenter dans notre pays des modèles de services de santé intégrés, pour innover réellement. Nous formulons l'**hypothèse** qu'il est possible de mettre en place des modèles dans lesquels coopèrent des acteurs divers, aux compétences complémentaires, ayant librement choisi d'agir dans un cadre commun. Comme toute hypothèse dans une démarche scientifique raisonnable, elle doit maintenant être testée en grandeur réelle et évaluée. Évaluée dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire dans ses dimensions médicales, sociales, professionnelles, managériales, et économiques. Dans le cadre de la recherche en soins primaires⁽¹²⁾, ou dans celui de la recherche sur les services de santé peu importe, une réelle opportunité s'offre à nous pour acquérir des connaissances sur des organisations et des pratiques innovantes. Pour ensuite pouvoir répliquer ces organisations nouvelles à l'aide de politiques publiques de santé fondées sur les faits.

8 <http://www.lescentresdesante.com/vers-statut-cooperatif-centres-de-sante-volontaires/>

9 <http://richerand.fr/>

10 Référentiel juridique, Étude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé, ARS Ile-de-France, Décembre 2016.

11 Loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération (mise à jour suite à la loi-cadre sur l'ESS d'août 2014).

12 Sur la recherche en soins primaires et les politiques publiques fondées sur des preuves, voir l'introduction du séminaire de SPP-IR par l'IJFR. <http://ijfr.fr/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-16-IJFR-seminaire-sppir.pdf>

Le statut social des jeunes

Texte collectif du mouvement de la jeunesse communiste

Jamais les jeunes n'ont eu aussi peu de perspectives que de nos jours. Mais pourtant ils ne cèdent pas à la résignation. Les combats qu'ils mènent le démontrent amplement : de la bataille pour une éducation de qualité jusqu'aux mobilisations contre la casse de nos droits, dont la lutte contre la loi travail est un exemple. Notre génération veut se former, se réaliser, être utile à la société. Mais au final c'est notre dignité à tous qui est piétinée chaque jour. Et c'est le potentiel d'une génération entière qui est gâché, sacrifié sur l'autel du profit immédiat !

Ce que nous voulons, tient en un mot d'ordre : un statut social unifié et protecteur

Ce statut social, c'est d'abord les conditions réelles de l'autonomie et de l'égalité. Nous voulons que chaque jeune puisse construire sa vie, comme il l'entend. Choisir la formation de son choix, se déplacer, trouver un métier ou reprendre des études.

Ce droit à construire son avenir nous comptons bien l'arracher ! Il est plus que temps de s'adresser à ces milliers de jeunes qui refusent de rester des citoyens et des travailleurs de seconde zone. Nous portons l'ambition de sortir nos vies de la loi du marché et de la précarité. C'est ce que nous nommons le statut social.

Terminé les mesurette, les 1 000 euros par-ci à telle association, l'intérim par là pour 4 heures un matin, la formation « réussir un entretien » par la mission locale du coin. Nous voulons un véritable statut sécurisant nos parcours de vie !

Introduction

L'ambition d'un statut social pour les jeunes est au cœur de notre campagne contre la précarité. Ce projet est une revendication de la JC depuis plusieurs années et le souhait de le développer s'était exprimé lors de notre dernier congrès à travers une résolution. Dans cette période où une grande partie des jeunes s'est mobilisée contre la loi travail et le démantèlement de notre avenir, le débat sur les solutions alternatives prend de l'importance. C'est donc plus que jamais le moment de montrer que nous avons les solutions !

Avec le statut social il s'agit de créer un cadre qui garantisse à chaque jeune le droit de construire son avenir dans des conditions dignes et émancipatrices. Cela passe par la reconnaissance de la spécificité de cette période fondamentale de la vie où l'on se forme dans tous les domaines et où les besoins sont d'autant plus forts. Ces besoins ce sont d'abord des droits auxquels les jeunes doivent avoir accès sans distinction de situation. Il faut en finir avec la précarité et le chômage de masse, ils doivent être protégés, de la formation jusqu'à l'obtention du premier emploi stable. L'ambition du statut social est que notre génération rejoigne le droit commun, et qu'au-delà de celui-ci, il garantisse une réelle sécurité de parcours plaçant les jeunes hors de portée des griffes du capital. S'ils sont aujourd'hui une cible privilégiée des capitalistes, ils peuvent également être la génération qui inverse la vapeur en construisant les fondations d'une société nouvelle.

Place, situation et rôle des jeunes dans la société capitaliste. Qu'entend-on par jeunesse ?

Si à l'échelle de l'individu jeunesse se passe, à l'échelle de la société la jeunesse demeure. Cette période de la vie, ne fait actuellement l'objet d'aucune reconnaissance sociale. Tout au plus les jeunes seront considérés à travers leur taux de chômage. De plus le chômage des jeunes n'est pas perçu comme une problématique économique mais comme l'incapacité des jeunes à s'insérer dans l'emploi. On observe ainsi une suite de mesures spécifiques ayant pour conséquence d'exclure les jeunes du droit commun sans répondre à leurs besoins. Qui sont ces jeunes qui nous préoccupent et à qui nous voulons nous adresser ? À quelle partie de la population le statut social s'adresse-t-il ? Il convient de définir le plus précisément et le plus simplement possible cette période. Cette tâche est loin d'être aisée, on le remarque d'ailleurs en voyant que nos propres statuts ne la définissent pas, quand bien même nous nous revendiquons organisation de jeunesse.

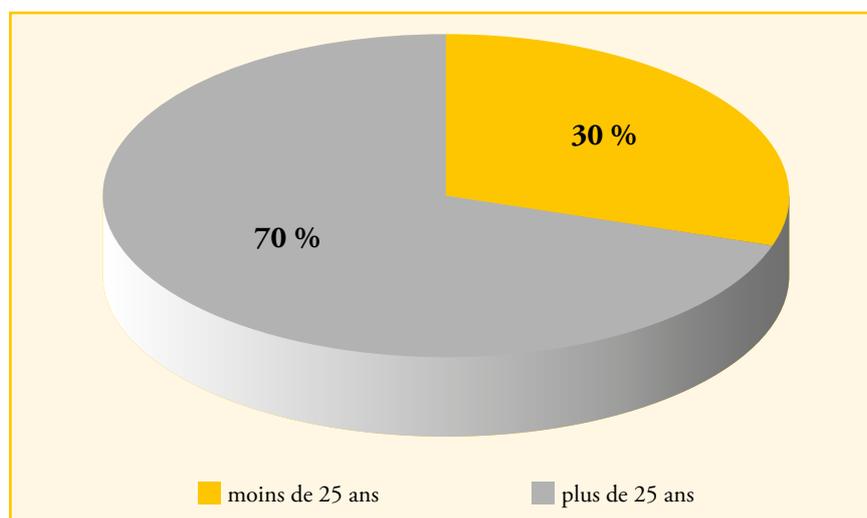
Il n'existe pas non plus réellement de définition usuelle, les réductions accordées aux jeunes se basent sur des seuils arbitraires, changeants et segmentant. Ainsi à Nantes, le moins de 30 ans aura accès au pack 15-30 de la région mais pas au tarif jeune réservé au moins de 26 ans, toutefois le moins de 18 ans aura accès à un tarif

différent et le moins de 12 ans encore un autre tarif mais sera lui privé du pack régional pour lequel il faut avoir plus de 15 ans. À côté l'INSEE s'intéressera aux 18-24 ans. À cela se rajoute régulièrement une distinction selon que le jeune bénéficie du statut d'étudiant ou non.

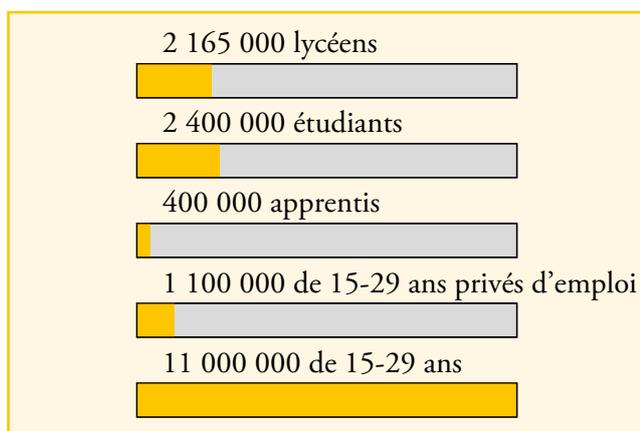
Il est possible de définir la jeunesse comme le temps de la formation et de l'entrée dans celui de la production

Le statut social a justement pour lui l'intérêt de s'inscrire dans cette période de transition. Matériellement cela correspondrait de la sortie du collège jusqu'au premier emploi stable. Durant cette période plus ou moins longue suivant les parcours, le jeune serait protégé par le statut du jeune travailleur en formation. Cette période de la vie constituant à la fois une force collective et une fragilité individuelle. Il y a ici un enjeu de reconnaissance pour permettre l'émancipation et la réalisation de tous et de chacun.

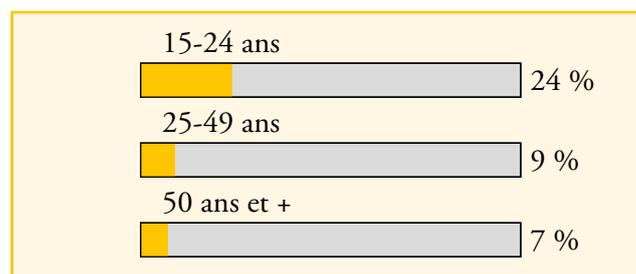
Part des moins de 25 ans dans la population en France



Occupation des 15-29 ans



Passage quasi systématique par un sas de précarité



La jeunesse est aujourd'hui une période caractérisée par une forte précarité d'emploi. Il faut entendre par là un rapport à l'emploi quasi exclusivement salarié (97,3 % de actifs). De plus il s'agit d'un salariat dégradé et fragmenté

par de multiples contrats d'exception. C'est également un salariat caractérisé par des contrats temporaires et où les temps partiels sont surreprésentés. À cela il faut ajouter le sous-emploi et la privation d'emploi.

Le taux de chômage des jeunes (15/24 ans) est près de trois fois plus élevé que celui du reste de la population alors même qu'une grande partie d'entre eux sont inactifs

Cette inactivité peut être un temps de formation mais aussi parfois un temps à vide en attente d'une formation. L'aspect protecteur d'un diplôme pousse de nombreux jeunes à revenir à la formation après une première expérience professionnelle. Ce retour à la formation est loin d'être facilité. Il est impossible de cumuler des indemnités chômage avec le statut d'étudiant, de plus les universités peuvent exiger des frais d'inscription fortement majorés pour la reprise d'études (1 500 € l'année d'IUT à Nantes par exemple).

La combinaison de l'emploi et de la formation, permise par l'apprentissage, se fait dans des conditions salariales déplorables, le SMIC ne sert de référence que pour calculer des rémunérations inférieures. En outre le patronat est exonéré de la plupart des cotisations sociales normalement dues.

À cela s'ajoutent des formes de travail subordonné de types nouveaux, qui nous privent des droits rattachés au statut de salarié. Les services civiques en sont un exemple, mais également les statuts qui font miroiter l'indépendance comme celui d'auto-entrepreneur ou encore ceux qui sont liés à "l'économie collaborative" (Uber, etc.). En général ces situations sont des emplois masqués, où le degré de précarité et d'exploitation atteint son paroxysme. Nous revendiquons la fin de ces statuts d'exception. Tout jeune qui travaille, de quelque manière que ce soit (en formation ou non), doit être rémunéré à minima au montant du salaire minimum. Et le fait qu'il

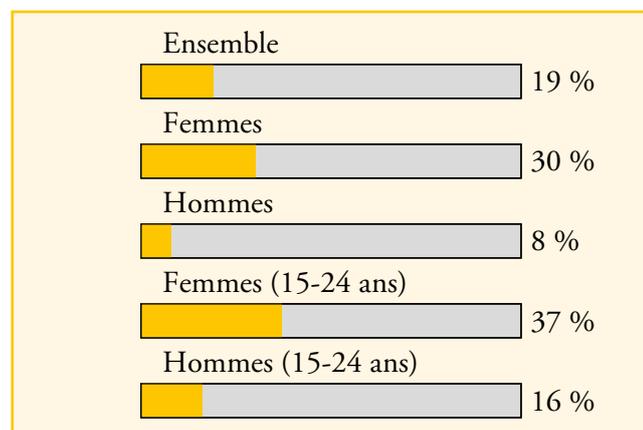
travaille doit automatiquement lui permettre d'accéder aux mêmes droits et à la même protection sociale que l'ensemble des travailleurs.

Les jeunes sont également davantage exposés à des emplois à temps partiel, souvent combinés à des études ou à d'autres emplois. À cela s'ajoute la nécessité pour beaucoup d'entre eux de travailler en dehors de leur niveau et domaine de compétence. C'est particulièrement vrai pour les étudiants, et les jeunes femmes sont également les premières victimes de cette précarité généralisée. En effet il leur est plus difficile de trouver un emploi, et leurs conditions d'emploi sont plus dégradées encore que celles des jeunes hommes.

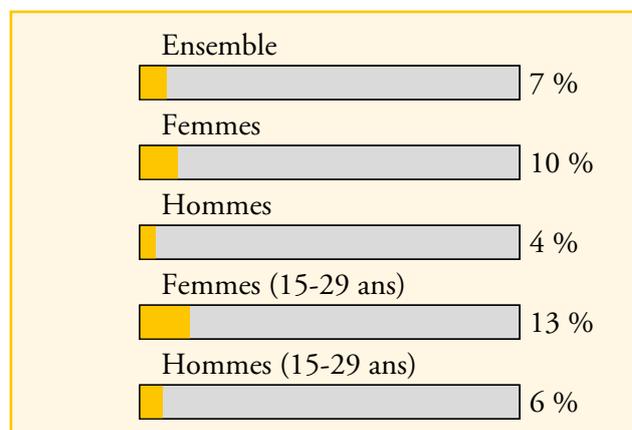
La conséquence est un véritable décalage de niveau de vie entre les jeunes et le reste de la population. Les 18-29 ans représentent 26,4 % des pauvres alors qu'ils ne représentent que 17,5 % de la population. Seulement 7 % sont propriétaires de leur logement contre 58 % pour la population en général. Signe de la précarité de leurs situations 15 % occupent des appartements meublés alors que ce type de logement ne représente que 2 % pour l'ensemble de la population.

Cette situation conduit également à retarder la prise d'autonomie des jeunes. La volonté de décohabitation est bridée et n'intervient ainsi que lorsque le jeune en a les moyens financiers. Un phénomène de re-cohabitation est également observé et fait souvent suite à une perte d'emploi. Cette période broie les aspirations de millions de jeunes et est subie comme une sorte de bizutage social inévitable. Pourtant cette période n'a rien de nécessaire et est même, à l'inverse, contre-productive par les potentiels qu'elle brise.

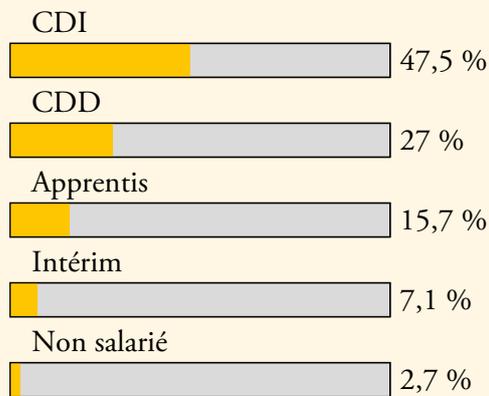
Part des temps partiels dans l'emploi en fonction du sexe et de l'âge (INSEE 2016T1 (p))



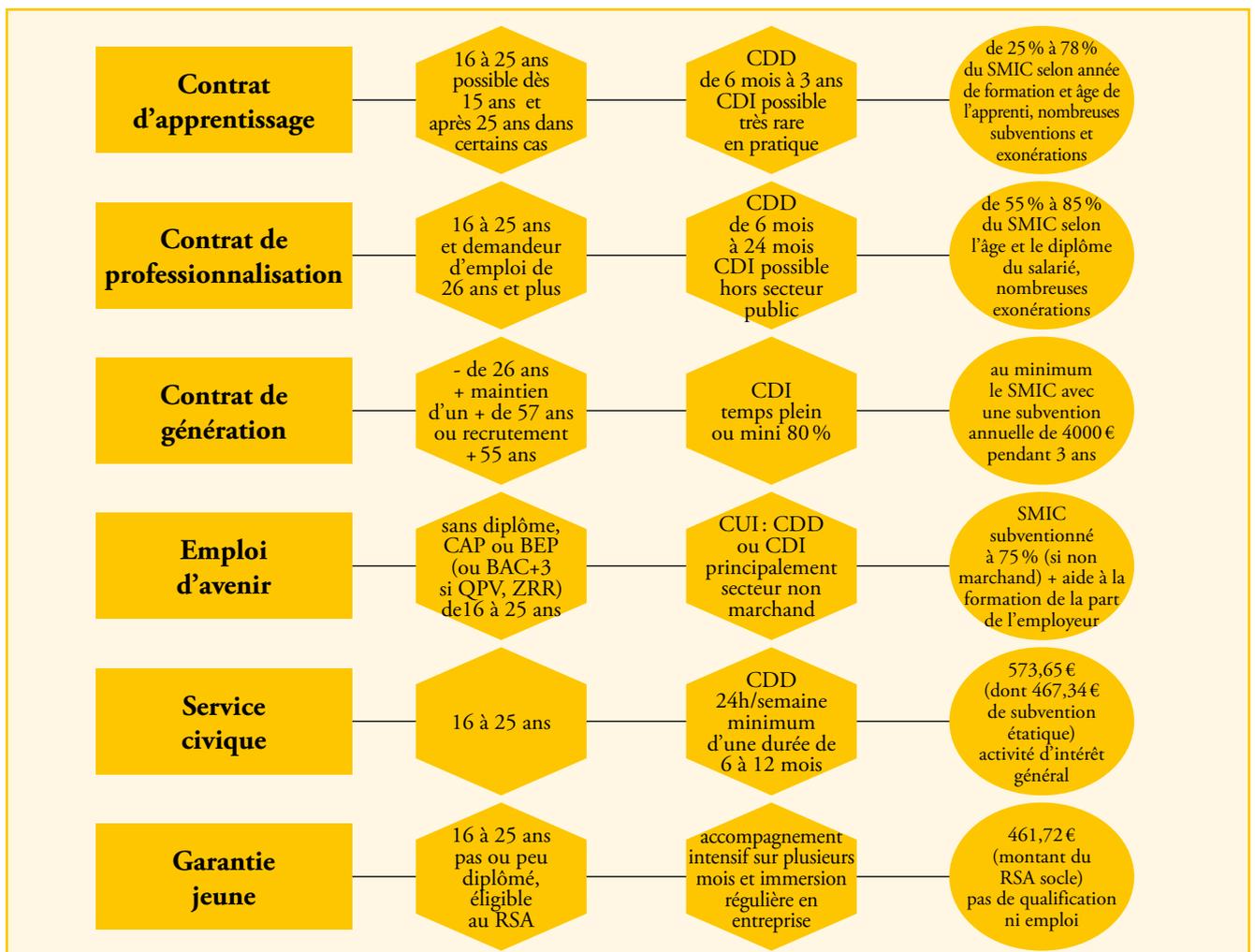
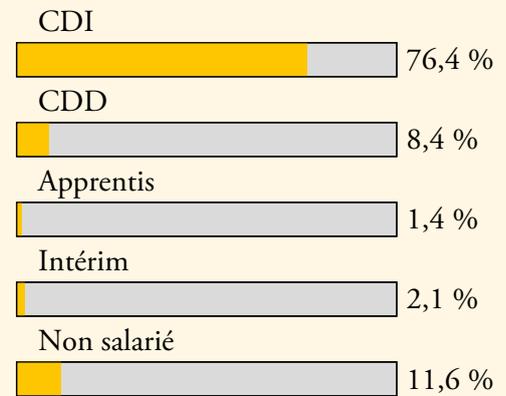
Taux de sous-emploi au sens BIT (INSEE 2014)



Répartition de l'emploi chez les 15-24 ans



Répartition de l'emploi ensemble de la population



Au-delà d'une période de vie individuelle, un rôle collectif particulier

Nous avons vu plus haut à quoi correspondait individuellement cette période de la vie. Il faut aller

plus loin et chercher à comprendre ce que collectivement les jeunes représentent, car ils jouent un rôle particulier dans la société, parfois malgré eux. Il ne s'agit pas pour autant d'aborder la question des « jeunes » de manière déconnectée de la question de la lutte des classes, mais

les jeunes ne constituent pas une classe sociale. Jusqu'où la question spécifique de la jeunesse est-elle pertinente dans notre analyse critique du capitalisme et dans notre ambition d'en finir avec ce système ? En quoi les jeunes, dans leur position particulière, peuvent-ils contribuer au changement révolutionnaire ?

Ainsi les jeunes sont, comme l'ensemble de la société, traversés par la lutte des classes

Toutefois l'organisation actuelle de la société fait vivre à l'immense majorité des jeunes une période durant laquelle ils partagent les mêmes problématiques. Le temps de la jeunesse est actuellement celui d'un mélange de formation et de production. Le lien à la production des jeunes est très majoritairement celui du salariat. La formation dans le système capitaliste a pour principal objectif de former de futurs salariés. Les jeunes en formation peuvent donc être considérés dans leur immense majorité comme de futurs salariés. Il n'apparaît pas intéressant de se préoccuper de la frange marginale des jeunes qui se destinent par reproduction sociale à devenir des bourgeois.

Les jeunes sont d'abord un terrain d'expérimentation pour les capitalistes, une porte d'entrée de la casse sociale pour tous. Le sas de précarité par lequel ils sont contraints de passer est le résultat de stratégies et de politiques "jeunesse" depuis plus de 30 ans. Cette mainmise qu'ont les capitalistes sur le parcours de toute une génération vise à précariser l'ensemble du monde du travail à terme. Autrement dit les enjeux du conflit travail-capital s'expriment brutalement à travers le sort qui est réservé à notre génération. Et le stade avancé de dégradation matérielle que les jeunes connaissent actuellement témoigne de nombreuses années de rapport de force favorable à la bourgeoisie. Force est de constater que les jeunes tiennent une position particulière par rapport au processus de production, et donc plus largement dans la société. Bien que pas complètement intégré dans l'appareil productif, collectivement les jeunes ont un rôle crucial dans la lutte des classes. Mais dans le même temps, l'homogénéité qui se dégage dans les conditions matérielles d'existence des jeunes, les amène à avoir des aspirations communes pour le présent comme pour l'avenir.

L'enjeu de la transition entre la formation et le travail : la suppression du chômage des jeunes

Le rôle de la formation et de l'orientation

La formation est une étape nécessaire du processus de production, il n'existe donc pas de frontière étanche entre formation et production. Autrement dit, à tout acte de production doit nécessairement précéder une formation, que l'on soit dans un système capitaliste ou non. La société n'est pas figée mais en constante évolution, à la fois dans ses besoins et ses enjeux mais également dans ses moyens de production. La formation est donc nécessaire tout au long de la vie pour répondre aux besoins et aux défis collectifs. Actuellement la période de formation est au service du mode de production capitaliste et donc s'adapte aux besoins et aux intérêts de la classe dominante. En l'occurrence il s'agit pour eux de porter la main-d'œuvre à un haut niveau général de qualifications, tout en limitant ou en baissant son "coût". Le capitalisme évolue : profondément et rapidement, grâce aux progrès techniques gigantesques développés. Les innovations technologiques génèrent déjà des gains de productivité si importants, via l'automatisation notamment, que de nombreux travailleurs sont aujourd'hui menacés par une situation de chômage massif.

Sur deux plans, la classe ouvrière évolue également. Économiquement, ce sont les pays en développement qui voient encore leur classe ouvrière progresser ; preuve en est l'urbanisation croissante et les délocalisations dans ces pays. Quantitativement, les pays les plus avancés réduisent leur nombre d'ouvriers dans leurs usines. Qualitativement, ceux qui demeurent exploités sont de plus en plus formés. Toutefois, le capital a réussi à prendre le virage d'une main-d'œuvre de plus en plus formée et accumule aujourd'hui une avance considérable en termes de taux de profits qu'il peut dégager.

La « baisse tendancielle des taux de profits » identifiée par Marx reste d'actualité. Mais, force est de constater que le capitalisme bénéficie d'un souffle nouveau

Répondre à ces enjeux est essentiel pour le capital et la question de l'orientation y est fondamentale. L'injonction au projet professionnel pèse de plus en plus tôt sur les épaules des jeunes. Il faut choisir, avec comme seule boussole la réussite en fonction des « capacités » individuelles, peu importe si le projet en question convient ou non... En réalité aujourd'hui l'orientation organise la distribution des individus dans la société avec l'objectif de reproduire les inégalités et de conforter le fonctionnement actuel de la société. Il faut à l'inverse

que chacun soit en maîtrise individuelle de son parcours dans un cadre tenant compte des besoins économiques et sociaux, notamment via un service public de l'orientation.

L'insertion professionnelle en question

Le rôle et les apports de la formation ne peuvent se réduire qu'à l'objectif de l'entrée dans la production. En effet la bataille des savoirs que nous menons ne saurait être menée que dans un but utilitariste. Cependant on se forme en premier lieu pour devenir travailleur, pour prendre part à la production via des savoirs et savoirs faire acquis, d'où l'expression « jeune travailleur en formation ». Aujourd'hui cette « insertion professionnelle » est complètement maîtrisée par les capitalistes qui, comme vu plus haut, précarisent les jeunes pour satisfaire leurs intérêts. Se faisant, ils sapent leur avenir ainsi que les potentiels qu'ils représentent pour l'économie et la société. On remarque d'ailleurs que le seul financement social de la formation, que ce soit par l'État ou les caisses de solidarité entre les travailleurs, n'est accepté que dans une vision utilitariste de la formation.

Il est impératif de tordre le cou à l'idée que la formation serait responsable du chômage massif que subissent les jeunes. C'est une idée largement véhiculée par la classe dominante, dont l'objectif est de masquer la réalité du chômage. Cette réalité est que le chômage est inhérent au capitalisme, que sur le marché du travail, il permet notamment de faire pression à la baisse sur les salaires. À l'inverse nous pensons qu'à la période de formation doit immédiatement succéder la période de production. Le statut social s'adresse donc à l'ensemble des jeunes qui ne sont pas encore "insérés" professionnellement, quelle que soit leur situation actuelle (en formation, au chômage, en contrat précaire, etc.).

Le statut social a vocation à la fois de permettre l'éradication du chômage pour notre génération, et à la fois de créer les conditions de la réalisation de chacun

Ainsi nous revendiquons la création d'un service public unifié de l'orientation dans toutes les filières de l'enseignement, doté de moyens matériels et humains à hauteur des besoins. Cela passe par la gratuité des formations, y compris des matériels. Tout ce qui est nécessaire à l'apprentissage doit être fourni. Les formations publiques doivent être accessibles à tous et sans autre condition que les diplômes requis. Un véritable droit au retour à la formation doit être créé, ouvrant la voie à la formation tout au long de la vie. Mettons fin à l'augmentation des frais d'inscriptions pour les personnes

en reprises d'études. Enfin, puisque plus que jamais les capitalistes s'attaquent à nos protections collectives, imposons l'enseignement obligatoire du droit du travail dans tous les lieux de formation.

Pourquoi un statut social ? Répondre aux besoins pour construire son avenir : Unifier et universaliser les droits

La jeunesse comme période de vie revêt des enjeux et des besoins spécifiques, c'est aussi une période où on est plus fragile, plus vulnérable. C'est une phase de développement et d'apprentissage à tous les niveaux, ce qui implique des besoins importants, en termes d'autonomisation notamment, et pour envisager sereinement la construction de son avenir. Le service public est un des leviers qui peut permettre de relever ce défi au plus près des lieux de vie, de formation et de travail. Or les services publics sont durement attaqués par des diminutions sans précédent des moyens que l'État consacre aux collectivités territoriales, mais aussi par les lois de décentralisation successives, dont l'objectif est la baisse des dépenses, la réduction des effectifs de fonctionnaires et la privatisation de grands secteurs publics. Avec la réforme territoriale l'État ne garantira plus l'égalité sur tout le territoire dans l'accès à des services publics pour tous.

Pour un jeune, il vaudra mieux vivre dans des régions riches s'il veut pouvoir accéder à un accompagnement dans ses démarches, des aides pour les transports, une formation, etc. La mise en place du statut social, que nous voulons, ne doit pas dépendre du lieu d'habitation et ne peut être effective qu'avec des services publics de proximité renforcés, permettant un accès réel aux droits. Ces droits doivent répondre aux besoins en termes de logement, de santé, de transports, d'accès à la culture et au sport, en plus du droit à l'éducation et l'accès à la formation. De plus, les multiples dispositifs, segmentant les jeunes en différentes catégories, sont, souvent inadaptés et difficiles d'accès.

Le fait d'être reconnu par un statut devrait automatiquement ouvrir l'accès à des droits unifiés, ambitieux et sur la base de l'universalité

La multiplication de dispositifs, animés par des acteurs différents, ayant des bases différentes, a tendance à créer un ensemble incohérent et difficilement lisible par les potentiels bénéficiaires. La création d'un statut social unificateur de l'ensemble des dispositifs sociaux à l'égard des jeunes permet de répondre à ces problématiques. Cela permet également de faire bénéficier de droits de

façon quasi-automatique, la seule acquisition du statut ouvrant la possibilité de bénéficier d'un panel de droits.

Ainsi nous revendiquons un accès gratuit aux transports publics et l'intégration du passage du permis de conduire à la formation. Parce que nous voulons que les jeunes s'épanouissent et vivent sainement le statut doit intégrer la prévention et l'éducation à la santé, et l'accès au logement public doit être renforcé. Enfin, le "temps libre" doit devenir émancipateur pour tous via la gratuité dans l'accès aux structures culturelles et sportives ainsi que par le droit aux vacances.

Intégrer le droit commun : Reconnaître et protéger cette période particulière de la vie

Du fait de l'absence de statut unifié, les jeunes sont également souvent exclus du droit commun en termes de protection sociale. Il s'agit pour nous d'affirmer le droit de bénéficier de la solidarité nationale. Ainsi au-delà de la bataille pour le service public, c'est aussi la bataille pour la sécurité sociale qu'il faut mener. La sécurité sociale est la plus grande conquête sociale des travailleurs français. C'est une exception dans le monde entier qui repose sur l'idée de solidarité et de répartition. Ainsi cela permet l'assurance maladie, le versement des pensions de retraite, les allocations familiales, ou encore les indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, etc. Il n'existe pas de fondement plus sain pour un système de répartition que celui de l'universalité : c'est-à-dire un accès égal pour tous quel que soit son âge ou son statut. Le statut social doit donc permettre l'intégration des jeunes et des étudiants aux systèmes de répartition qui sont le socle du contrat social français.

Le financement des systèmes de répartition (chômage, sécurité sociale) repose sur la cotisation. C'est une ponction directe sur la richesse produite par les travailleurs, calculée à partir du salaire, qui est immédiatement mobilisée en fonction des besoins. De ce fait c'est le système le plus efficace et résistant qui soit. Les déficits des caisses ne sont dus qu'à la volonté capitaliste de mettre à mal ce système, notamment par la baisse et les exonérations de cotisations, la fiscalisation du financement, ainsi qu'une libéralisation progressive couplée à l'austérité.

Sur l'année 2014, les allègements et exonérations de cotisations patronales représentent plus du double du montant du déficit de la sécurité sociale sur cette même année.

Ainsi, les dépenses de la sécurité sociale en 2014 s'élèvent à 474,5 milliards d'euros. Le déficit est de l'ordre de 13,2 milliards d'euros (moins de 3 %), alors que les exonérations de cotisations patronales représentent 28 milliards d'euros (environ 6 %).

Cette protection sociale telle que conçue à la sortie de la guerre s'adressait aux seuls salariés excluant de fait les jeunes en formation. L'assurance chômage créé en dehors de la sécurité sociale suit la même logique excluant les étudiants des allocations-chômage. En effet l'intégration des jeunes en formation à la protection sociale par répartition ne se posait pas de la même manière au moment de sa création, où l'immense majorité des travailleurs se formait rapidement et accédait directement à l'emploi. Or le temps de la formation initiale s'est considérablement allongé et détaché de la production, l'organisation du travail a évolué et le monde du travail lui-même s'est transformé. La gestion capitaliste de l'économie précarise l'ensemble des travailleurs et fait subir une précarité d'autant plus forte aux travailleurs en formation, dont le statut n'est pas reconnu. Ce double mouvement - casse de la sécurité sociale d'un côté et accroissement général des besoins sociaux de l'autre - implique qu'il n'est plus possible pour les travailleurs de répondre aux besoins nouveaux et croissants (notamment de formation) de leurs enfants "ayant droits". La solution n'est donc pas à chercher à l'échelle de la famille. Les jeunes ne peuvent et ne veulent pas être reconnus comme étant seulement des enfants de salariés, il s'agit bien de passer d'une solidarité familiale à une solidarité nationale.

***"L'ambition est d'assurer le bien-être de tous de la naissance à la mort, de faire de la vie autre chose qu'une charge, un calvaire..."* Ambroise Croizat**

Telle est la philosophie initiale de la sécurité sociale, avec laquelle il faut renouer. Cela passe entre autres par l'attribution d'un revenu pour toute personne en formation en dehors de l'entreprise. De la même façon pour la retraite, il est impératif pour l'avenir de notre modèle social que les années d'études soient prises en compte comme des années de cotisation et que l'ensemble des jeunes puisse bénéficier des mêmes conditions d'accès à la retraite demain. S'agissant de l'assurance maladie, nous revendiquons l'intégration de tous au système général et le remboursement à 100 % des soins par la sécurité sociale.

L'enjeu du revenu pour les jeunes en formation

Le niveau de qualification augmente pour répondre aux besoins de technicité sur un marché du travail en constante évolution. Ainsi globalement le temps consacré à la formation initiale s'allonge. Une multiplicité de statuts couvre cette période, diversité de situation qui elle-même s'étend. Cette absence de protection sociale efficace fait reposer les besoins des jeunes sur la solidarité familiale. Cette dernière ne peut constituer une réponse adéquate. Ce système entraîne une forte reproduction sociale privant les jeunes de leurs aspirations et privant la société des bénéfices qu'auraient pu lui apporter ses derniers.

Nous pensons que, quelle que soit sa situation, être en formation ne devrait pas dispenser de vivre dans des conditions et un niveau de vie décentes. Se former est un travail à temps plein qui ne doit pas souffrir de la concurrence d'une activité salariée pour le financer. Les prêts étudiants ne sont d'ailleurs pas non plus une solution satisfaisante. Il est donc nécessaire que les jeunes travailleurs en formation puissent bénéficier d'un présalaire, qui prendrait la forme d'un salaire étudiant dans le cas des étudiants, permettant de se consacrer pleinement à la conduite de leur parcours de formation. Ce revenu est un droit qui doit être reconnu. Il s'agit d'universaliser un montant perçu, couvrant les besoins du jeune sur les temps où il ne produit pas et n'a pas encore intégré les dispositifs de solidarité propre au salariat, a contrario des dispositifs actuels de bourses, sélectifs et calculés sur la situation des parents.

Rémunérer celui qui ne produit pas ?

Doit-on et peut-on être payé sans produire ? Si l'aspiration à vivre dignement ne peut être que partagée par les intéressés, c'est à cette question que nous risquons tout de même d'être confrontés en portant cette revendication du présalaire. Nous considérons que oui, il est légitime d'y prétendre et qu'il est possible de le financer. Pourquoi ?

D'abord il faut concéder qu'il y a bien une différence entre l'activité dans l'emploi (travail salarié) et celle en dehors comme étudiant, se former ou encore chercher un emploi. Dans le premier cas on produit de la valeur, à la fin de la journée de travail, une production a été vendue.

Par valeur, il faut entendre valeur d'échange, qui est la seule qui soit convertible en monnaie et donc quantifiable

Un salarié vend sa force de travail à un employeur, qui exploite cette force pour en tirer une plus-value, et qui permet sa reproduction en octroyant un salaire au travailleur. La plus-value est issue de la différence entre le prix auquel le patron paye la force de travail et le prix auquel il vend le produit de cette force de travail. Dans l'autre cas, il ne contribue pas à la création de valeur. À la fin d'une journée de formation ou de recherche d'emploi aucun produit n'a été vendu, il n'y a pas création de valeur. Par conséquent la rémunération ne peut pas être directement liée à son activité, contrairement au salaire dans le cadre de l'emploi, elle ne peut être tirée du produit de son travail.

La production d'un bien se fait par l'addition d'un temps de travail sur une ou plusieurs matières premières, c'est ce dernier qui détermine la valeur du bien. Le temps de travail considéré est celui qui est constaté en moyenne pour la production d'un bien. L'habileté d'un ouvrier précis et l'efficacité de ses outils ne rentrent pas en compte, il s'agit d'un temps moyen. De la même façon que la valeur de la matière première est déterminée par le temps de travail nécessaire à son extraction.

Toutefois la valeur du bien n'a de sens que dans le cadre d'un échange. Un bien produit qui ne s'échange pas n'a pas de valeur. Cultiver son jardin, par exemple, est une activité certes productive, mais qui ne crée pas de valeur puisqu'il n'y a pas d'échange.

Celui qui se forme ou recherche un emploi n'est pas pour autant inactif et fournit un travail. Mais ce dernier ne s'inscrit pas dans la production et ne crée pas de valeur. Dans le cas d'un jeune en formation il n'est pas privé d'emploi comme des millions de travailleurs, nous assumons le caractère improductif (non créateur de valeur) en voulant notamment mettre fin au salariat étudiant. En effet nous pensons qu'être en formation est un travail à temps plein. Notre ambition est donc d'assurer une rémunération à ceux qui sont dans cette situation, sans qu'ils soient contraints d'y ajouter un rapport d'exploitation salariale. Nous ne rejetons pas pour autant la formation sous forme d'apprentissage ou d'alternance. L'inclusion de la période de formation à une activité productive n'est pas mauvaise en soi. Toutefois aujourd'hui ce qui est proposé c'est une exploitation accrue sous prétexte de formation notamment par des réductions de salaires arbitraires.

Répondre aux besoins des jeunes sans qu'ils soient contraints de se salarier, c'est priver les capitalistes d'une armée de réserve bien utile

Combien de milliers d'emplois sont occupés par des jeunes en formation ? Combien de jeunes acceptent de travailler pour des salaires au rabais parce qu'ils y sont poussés par leurs besoins ? Assurer des conditions de vie dignes à ces millions de jeunes en dehors du salariat, c'est aussi empêcher qu'ils soient utilisés pour faire pression sur les conditions d'emploi. Enfin les jeunes sont des travailleurs en devenir. La société doit donc prendre en charge ce temps de formation en le reconnaissant comme une étape nécessaire et indispensable à la production. C'est donc à la fois un droit qui doit être reconnu individuellement à chacun, et à la fois une solidarité collectivement consentie des travailleurs d'aujourd'hui envers ceux de demain.

Cotisation, sécurité sociale par répartition, de quoi parle-t-on ? Comment finance-t-on le présalaire ?

Les moyens pour répondre aux besoins sociaux existent. Le pays n'a même jamais été aussi riche tellement la productivité, c'est-à-dire la capacité à produire des richesses, est élevée. C'est justement à partir de cette richesse produite qu'il faut tirer les moyens de financer ce revenu pour les jeunes, en le liant à l'idée qu'il faut leur permettre de devenir producteurs. Comme dit plus haut, le temps de la formation, et a fortiori celui de la recherche d'emploi, est un temps nécessaire à celui de la production. Cette revendication peut paraître utopique, elle s'inscrit pourtant dans la continuité des conquêtes du camp du travail sur celui du capital.

Au final à travers la reconnaissance du temps de la formation, c'est la question du temps de travail qui est posée. Cette dernière est un marqueur du mouvement

ouvrier. De la journée de huit heures, à la semaine de 40 heures en passant par la retraite et les congés payés, c'est, avec les salaires, un des principaux points d'affrontement de la lutte des classes.

La retraite pose la question du temps de travail sur le temps de vie. C'est l'idée que le travail salarié ne doit être qu'un temps de la vie

Le choix fait en France d'un système de répartition est une vieille revendication du mouvement ouvrier. La valeur produite par ceux qui travaillent doit permettre aux plus âgés de ne plus avoir à le faire. Le temps de formation qui s'allonge doit devenir pour les jeunes un temps des possibles où chacun doit pouvoir trouver sa voie et se construire en tant qu'individu et citoyen. Le temps de la formation ne doit plus être le temps de la précarité mais le temps de l'émancipation. À l'image de la branche vieillesse, la sécurité sociale peut répondre à cet enjeu. Le statut social doit s'accompagner d'une restructuration de la sécurité sociale afin de pouvoir lier au mieux les droits, de la formation jusqu'à la retraite en passant par l'emploi, et ainsi sécuriser les parcours de vie. Ainsi il s'agirait de permettre aux travailleurs de subvenir aux besoins de formation des futurs travailleurs. De la même façon que la branche vieillesse a permis aux seniors de ne pas dépendre de leurs enfants, une restructuration de la sécurité sociale pourrait permettre aux jeunes de ne plus dépendre de leurs parents. On passe d'une solidarité familiale à une solidarité nationale. On met fin à la précarité des jeunes en les unissant parce qu'un présalaire à un seuil ambitieux doit permettre de mettre fin aux conditions matérielles de la reproduction sociale. Cela suppose enfin de renforcer le financement de la sécurité sociale, par la cotisation en augmentant les salaires, et par une plus forte part de socialisation des profits.

Un cas typique d'exécution de soi sous l'effet d'une domination adverse ou quand la T2A fait s'entretuer les établissements du Service Public

Note sur la question de l'angioplastie à Chalon-sur-Saône

Par Emmanuel Vigneron

Professeur d'Aménagement Sanitaire et de Géographie de la Santé à l'Université de Montpellier

Les faits et leur interprétation doivent être mis au-dessus des raisonnements abstraits et des utopies. C'est le secret de la science. Tout au long de mon existence j'ai espéré qu'on examinerait les faits sociaux et économiques avec la même rigueur et la même objectivité.⁽¹³⁾

Maurice Tubiana - *Mémoires*, 2007

Une civilisation qui ruse avec ses principes est une civilisation moribonde.

Aimé Césaire - *Discours sur le colonialisme*

La question d'une autorisation d'angioplastie coronaire à Chalon-sur-Saône est ici analysée sous la forme d'un cas clinique à partir duquel est discutée la question d'une pathologie répandue de l'organisation sanitaire. Pour finir, une thérapeutique est proposée.

I - Description du cas

1) Un indéniable besoin à couvrir

a. Un besoin identifié par les praticiens et les études d'épidémiologie géographique.

Dans une étude⁽¹⁴⁾ faisant suite à des travaux sur la pertinence des actes réalisés pour la Fédération Hospitalière de France, présentée à l'Académie Nationale de Médecine et publiée au Bulletin, Vigneron (2016) montre qu'il existe des zones qui ne bénéficient pas encore comme elles devraient d'une avancée médicale absolument majeure et désormais bien connue. À l'échelle des zones d'emploi, on relève de ce travail le fait qu'en moyenne les zones d'emploi du nord de la Saône et Loire ont un moindre recours à la coronarographie,

à l'angioplastie et à l'inverse un recours très élevé aux pontages... L'étude permet d'établir des *odds-ratio* (OR) très significatifs établissant le rôle de la présence cardiologique en proximité. Pour simplifier, si l'on veut que les habitants bénéficient d'une innovation aussi majeure et aussi bénéfique non seulement pour le malade mais aussi pour la société tout entière (le coût d'un pontage est sans commune mesure avec celui d'une angioplastie), alors il faut la rapprocher au maximum de ce qui est possible. Il ne s'agit pas ici (et quand bien même du reste en vertu de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC)) de quelques habitants isolés... il s'agit de desservir plus efficacement 370 000 habitants au moins... soit 1/5^e de la population de l'ancienne région Bourgogne⁽¹⁵⁾.

b. Un besoin correspondant à une carence de l'offre

L'équipement de la Saône et Loire en salles de coronarographie est l'un des plus faibles de France... Si l'on excepte les départements du Jura et de la Haute-Saône qui, relativement proches de Besançon et relativement peu peuplés avec respectivement 260 000 et 240 000 habitants ne disposent pas de sites d'angiographie comme une vingtaine d'autres départements, la Saône-et-Loire apparaît singulièrement mal classée. Elle appartient au peloton de queue puisque seuls 14 autres départements parmi ceux disposant d'une autorisation sont plus mal classés qu'elle. En outre, si l'on rapporte le nombre de sites (la taille des Unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) étant de longue date assez standard⁽¹⁶⁾) à la seule population âgée de 40 ans et plus (celle qui forme l'essentiel du recrutement des USIC, le classement est plus mauvais encore) puisque seuls 6 départements sont plus mal classés.

13 L'auteur précise n'avoir aucun lien d'intérêt avec les cardiologues du CH W. Morey, les fabricants de matériel d'angioplastie, Chalon sur Saône, la Saône-et-Loire, la Bourgogne. Ses liens d'intérêts se limitent à ses frères humains, à la cohésion sociale et territoriale, au vivre ensemble dans un pays en difficulté, aujourd'hui malheureux, que chacun peut concourir à redresser par plus de générosité.

14 Vigneron E. – Angioplastie, coronarographie et pontage aorto-coronarien en France : une approche géographique / Angioplasty, coronarography and coronary artery bypass in France : a geographical approach. Bull. Acad. Nat. Méd. 2016, 200, n°3, 497-513, séance du 1^{er} mars 2016.

15 Ce travail indépendant entrepris à l'instigation des médecins du CH William Morey de Chalon-sur-Saône en décembre 2017 et janvier 2018, s'inscrit dans le prolongement de tous mes travaux dont ceux entrepris depuis 2012 sur l'offre de cardiologie et de neurologie vasculaire.

16 Beaufile (Ph.), 1999 – Recommandations de la Société française de cardiologie pour la prise en charge des urgences cardiologiques. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, tome 92, n° 3, mars 1999 337-345.

Indices comparatifs d'hospitalisation

Zone d'emploi	Coronarographies diagnostiques ou pré-op.		Angioplasties coronaires		Pontages aorto-coronariens		Nombre d'habitants
	Valeur	Rang	Valeur	Rang	Valeur	Rang	
2614-Sens	80	285	76	307	75	286	110 000
2612-Auxerre	70	324	76	307	111	127	207 000
2613-Avallon	83	263	66	340	106	143	24 000
2604-Montbard	101	154	96	172	132	52	32 000
2602-Chatillon	99	168	79	295	93	207	18 000
2603-Dijon	115	84	98	163	130	65	431 000
2601-Beaune	86	246	63	348	129	68	50 000
2607-Autun	69	327	54	365	128	74	33 000
2608-Chalon-sur-Saône	90	221	93	191	112	123	197 000
2609-Louhans	94	195	103	135	151	29	37 000
2610-Le Creusot-Montceau	97	176	90	215	88	233	101 000
2611-Charolais	90	211	72	321	105	146	84 000
0053-Mâcon	107	122	102	138	105	146	145 000
0052-Cosne-Clamecy	83	263	105	119	92	210	74 000
2605-Morvan	82	273	108	107	112	123	35 000
2606-Nevers	80	285	132	40	81	264	120 000
France	100		100		100		

Sources : PMSI 2014. INSEE RP2013 - Référence : Vigneron (2016), BANM, T.200, n°3, pp497-513.

n.b. : il existe 385 zones d'emploi aujourd'hui en France, dont 14 dans l'ancienne région de Bourgogne.

Valeur inférieure à la moyenne nationale]-10; -30 % [
Valeur très inférieure à la moyenne nationale ≤-30 % 

Valeur supérieure à la moyenne nationale]+10; +30 % [
Valeur très supérieure à la moyenne nationale ≥+30 % 

Densités départementales des sites d'angioplastie en France

Département	Nombre de sites	Densité p. 100 000 pop tot		Densité p. 100 000 pop ≥40 ans	
		Nb	Rang	Nb	Rang
21 Côte-d'Or	2	0,4	12	0,7	19
25 Doubs	2	0,4	12	0,7	19
39 Jura	0	0	82	0	82
58 Nièvre	1	0,5	8	0,8	12
70 Haute-Saône	0	0	82	0	82
71 Saône-et-Loire	1	0,2	62	0,3	75
89 Yonne	1	0,3	31	0,5	47
90 T. de Belfort	1	0,7	3	1,4	3
France "métropolitaine"	194	0,3		0,6	
France entière	198	0,3		0,6	

Sources : PMSI 2014. n.b. : les valeurs pour le Territoire de Belfort n'ont pas de signification dans la mesure où la fusion Belfort Montbéliard et l'ouverture du site de Trévenans ne justifient plus qu'on ne considère pas la population du Doubs dans le calcul. Il n'en reste pas moins vrai que le Territoire de Belfort est bien desservi.

c. Un besoin justifié par la présence d'une USIC

Depuis la fermeture de l'USIC d'Autun et la déclassification en Unité de soins continus (USC) de celle de Montceau-les-Mines, l'USIC de Chalon-sur-Saône est la seule de tout le nord du département. Les recommandations de la Société Française de Cardiologie, qui ont donné lieu au décret de 2002⁽¹⁷⁾ et à ses ajustements depuis lors, sont de 4 lits d'USIC pour 100 000 habitants. Avec ses 12 lits autorisés, l'USIC de Chalon est donc sous-dimensionnée d'autant qu'elle accueille 5 lits d'unité de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) et sa capacité devrait être portée à 16 lits pour suivre les recommandations.

Roubille, Mercier et al... (2017)⁽¹⁸⁾ rapporte que sur quelque 280 000 admissions en USIC en France en 2014, 136 000 soit à peu près la moitié l'ont été pour maladies coronaires... 42 000 pour arythmies et 30 000 pour arrêt cardiaque. Pas une de ces entités nosographiques ne peut se passer aujourd'hui de coronarographie suivie dans la foulée d'angioplastie ou d'exploration préopératoire. Il ne peut plus y avoir d'USIC sans coronarographie-angioplastie de la même façon qu'il ne peut pas y avoir de coronarographie sans USIC car la moitié des patients de la coronarographie sont instables et doivent être hospitalisés dans l'USIC. Aujourd'hui nous pouvons affirmer « pas d'USIC, pas de coro » mais demain nous devons également dire « pas de coro, pas d'USIC » en raison du caractère très large de l'indication d'angioplastie coronaire, qui est rappelons-le, une technique française. L'USIC de Chalon, autorisée depuis 2005, est donc condamnée à disparaître si elle n'a pas d'autorisation d'angioplastie coronaire notamment du fait qu'elle aura des difficultés majeures de recrutement. La mise à disposition d'une salle de coronarographie est dans le cadre d'un tel CH une exigence absolue pour tout jeune praticien hospitalier. Ce n'est pas un caprice des cardiologues du CH de Chalon, c'est une exigence incontournable de la cardiologie actuelle^{(19), (20), (21)}.

d. Un besoin objectivé par des simulations

Une autre façon d'apprécier le besoin est de l'apprécier par contraste. Quelle est en matière d'accessibilité aux soins, la situation aujourd'hui ? Que serait-elle si on en modifiait la composition, par exemple en modifiant tel ou tel de ses éléments ? Que serait-elle si on en ajoutait un nouveau, en l'espèce une autorisation de cardiologie interventionnelle au CH William Morey de Chalon. Cela revient à établir des simulations d'accessibilité aux plateaux d'angioplastie pour les habitants de Bourgogne-Franche-Comté puis à les comparer entre elles pour juger des gains obtenus et de leur ampleur.

Quelques précisions doivent être apportées à ce stade :

- Le tableau et les cartes ci-dessous donnent le temps moyen de transport automobile pour aller du centre (mairie) d'une commune à une autre (mairie) en Bourgogne Franche-Comté et à sa périphérie. Ces temps sont calculés par le logiciel Odomatrix développé par notre collègue Mohamed Hillal à l'INRA de Dijon. Ce logiciel est considéré comme le plus performant du marché et il est utilisé désormais en routine par la DREES, par exemple.
- Les temps de transport d'Odomatrix sont des temps de transports intégrant les limitations de vitesse... nous les avons modifiés ici pour intégrer une vitesse plus rapide de 90 km/h en moyenne...
- Conformément aux indications de l'European Society of Cardiology (ESC), nous avons augmenté ce temps effectif de transport du temps moyen s'écoulant entre l'ECG qualifiant et l'arrivée des secours, éminemment variable mais ici fixé, ce qui est peu, à 15 minutes. À ces 15 minutes, s'ajoute le temps de transport effectif ainsi que le temps s'écoulant entre l'arrivée dans l'établissement et le moment où l'artère est ouverte par l'introduction du guide. C'est ainsi qu'il convient pour l'ESC d'apprécier le respect des seuils recommandés de 90 minutes pour une angioplastie de première intention et celui de 120 minutes justifiant une thrombolyse préalable. Nous qualifierons ce tableau de capital. En effet, il établit le gain considérable pour l'accessibilité aux soins qu'il y aurait à l'ouverture d'une angioplastie à Chalon...

17 Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique.

18 Roubille, Mercier, Delmas et al., 2016 - Description of acute cardiac care in 2014: A French nation-wide database based on 277,845 admissions in 270 ICCUs International Journal of Cardiology. Volume 240, 1 August 2017, Pages 433-437.

19 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Society of Cardiology. European Heart Journal (2017) 00 1-66.

20 Bonnefoy-Cudraz E., Bueno H. Casella G. et al, 2017 - Acute Cardiovascular Care Association Position Paper on Intensive Cardiovascular Care Units: An update on their definition, structure, organization and function. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care 1-16. (2017).

21 Bounhoure (JP) et Vacheron (A.), 2017 - Prévention cardiovasculaire et principaux facteurs de risque. Paris, Lavoisier Médecine Sciences. Collection des Rapports de l'Académie Nationale de Médecine, 149 p.

Simulations d'accessibilité à l'angioplastie dans les délais prescrits par l'ESC

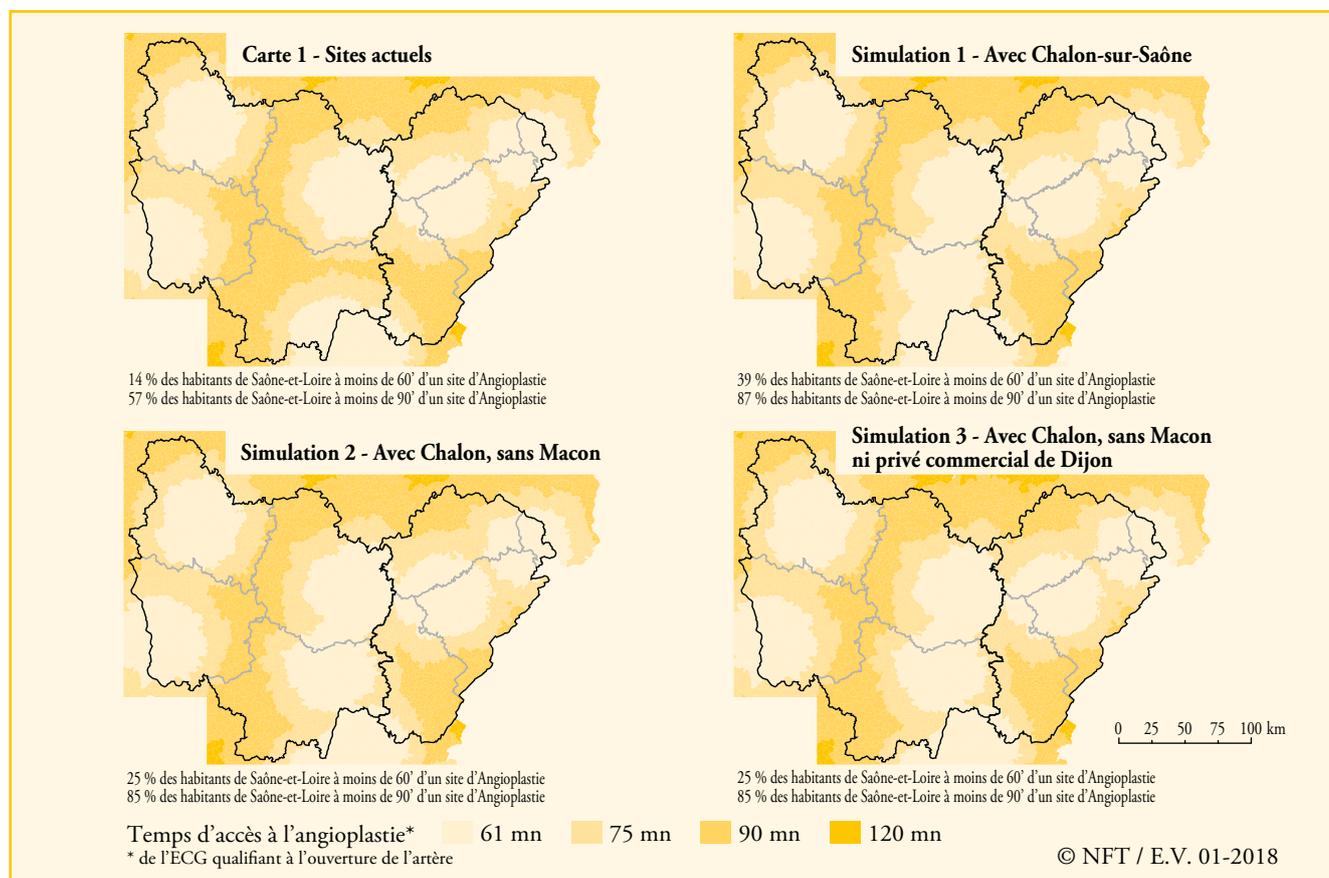
Tranche de temps	Situation actuelle		Avec Chalon et Macon		Avec Chalon sans Macon		Avec Chalon sans Macon ni privé Dijon	
	Population desservie	% cumulé	Population desservie	% cumulé	Population desservie	% cumulé	Population desservie	% cumulé
1 - moins d'1 heure	1 047 508	37,4	1 185 276	42,3	1 106 635	39,5	1 104 153	39,4
2 - de 1h à 1h½	1 213 204	80,7	1 253 376	87	1 322 600	86,7	1 324 693	86,7
3 - de 1h½ à 2h	539 847	100	361 907	99,9	371 324	100	371 713	100
4 - de 2h à 3h	1 653	100	1 653	99,9	1 653	100	1 653	100
Total	2 802 212		2 802 212		2 802 212		2 802 212	

Calculs EV 01/2018.

D'un peu plus de 80 % des habitants de l'actuelle Région Bourgogne-Franche-Comté à être actuellement desservis dans le respect des prescriptions de l'ESC, on passerait avec une ouverture à Chalon à 87 % de population pour lesquels une angioplastie à moins de 90 minutes de l'ECG qualifiant serait accessible, évitant

ainsi les risques de la thrombolyse... L'écart est si grand qu'il pourrait être difficile de faire admettre son absence à la population, à ses élus et à ceux que leur profession oblige à tout mettre en œuvre pour apporter, à ceux qui en ont besoin, soins et secours sans rien ménager qui puisse y concourir à ceux qui en ont besoin.

Le besoin d'angioplastie à Chalon - La preuve par 4



2) Une chronologie du cas clinique évocatrice d'une pathologie envahissante

Nous donnons ici notre compréhension des quelque cinq cents pages que contient le dossier du malade après les avoir reclassées par ordre chronologique. Les faits, leurs causes et leurs conséquences, leurs enchaînements sont tout à fait importants pour cette compréhension.

a. Premiers travaux établissant le besoin

À la suite de la parution du décret de 2009⁽²²⁾, les agences régionales de santé (ARS) ont révisé leur schéma d'organisation sanitaire. En Bourgogne, une première discussion a alors eu lieu sur la nécessité d'un centre en Saône-et-Loire et sur le choix du lieu d'implantation. Pour Chalon, plaident la position géographique centrale, la densité de population du Nord Saône-et-Loire, qui regroupe les 2/3 de la population du département, la préexistence d'une Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) depuis 2005 et la perspective de l'ouverture d'un centre d'angioplastie à Villefranche et d'un deuxième à Bourg-en-Bresse, c'est-à-dire à proximité de Macon. Le choix a été fait en 2010 d'implanter le centre à Macon qui possédait déjà une salle de coronarographie ouverte avant le nouveau régime d'autorisations, d'autant que le Centre Hospitalier de Chalon déménageait dans ses nouveaux locaux en 2011. Une réserve architecturale concernant l'angioplastie coronaire était cependant prévue dans les nouveaux locaux dès cette date.

En 2012 les recommandations internationales⁽²³⁾ affirmaient, pour la première fois clairement, la supériorité de l'angioplastie coronaire sur la thrombolyse intraveineuse. Jusqu'à cette date, les deux solutions étaient considérées comme équivalentes dans le cas d'un syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST (infarctus du myocarde aigu ou « STMI »). En 2013, un document interne du Service de Cardiologie a progressivement unifié la doctrine autour du sujet jusqu'à un directoire du Centre Hospitalier William Morey en mars 2013. En 2014, les recommandations devenaient plus opérationnelles encore guidant clairement la pratique des équipes⁽²⁴⁾.

En 2014 et 2015, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) entre les hôpitaux d'Autun, Chalon et Montceau-les-Mines a retenu, dans son projet médical validé par l'ARS, comme déterminante pour la qualité des soins la mise sur pied d'une filière cardiovasculaire avec la nécessité d'un centre d'angioplastie coronaire pour cette partie vaste et peuplée du département. L'émergence de cette demande faite à l'ARS d'une nouvelle autorisation pour le Nord Saône et Loire a inquiété les centres hospitaliers de Dijon et Macon qui ont demandé à l'ARS de participer aux réflexions et un groupe de travail rassemblant Chalon, Dijon et Macon en présence de l'ARS s'est réuni durant le dernier trimestre 2015 et le premier trimestre 2016 sans parvenir à un accord. La Commission Spécialisée d'Organisation des Soins (CSOS) a donné un avis favorable le 4 mai 2016 après un rapport favorable de l'ARS. L'arrêté de reconnaissance d'un besoin exceptionnel d'angioplastie coronaire pour le Nord Saône et Loire a été signé le 28 juillet 2016.

b. De la reconnaissance du besoin par l'ARS à ses attermoissements

La reconnaissance du besoin exceptionnel s'est faite avec le souhait de voir se développer une coopération entre les différents centres hospitaliers. Le texte évoquait ainsi le rôle de l'ARS : « *L'ARS facilitera le dépôt d'une demande d'autorisation déposée conjointement par le CHU de Dijon, le CH de Chalon-sur-Saône et le CH de Macon, dans le cadre de la fédération médicale interhospitalière de cardiologie constituée entre eux, selon la forme juridique à définir* ». Un nouveau groupe de travail a été lancé après l'été 2016 entre les trois hôpitaux et l'ARS et il a travaillé mensuellement avec des demandes insistantes de l'ARS d'obtenir une coopération pour mettre en place cette autorisation d'angioplastie coronaire dans le Nord Saône et Loire dans les meilleurs délais.

c. Une reculade inattendue de la part des services de l'État

En l'absence de coopération formalisée, et à l'invitation du directeur général de l'ARS (DGARS), l'établissement de Chalon a présenté un dossier jugé recevable en novembre 2016 comportant un long chapitre sur les modalités proposées de coopération. La date limite de négociations a été fixée au 15 février 2017. Les réunions de travail se sont poursuivies jusqu'au 16 mai 2017 sans succès. Les positions à cette date peuvent être synthétisées de la façon suivante. Le CHU de Dijon et le CH de Macon considéraient que la coopération au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) était un préalable à toute réflexion sur un centre d'angioplastie

22 Décret n° 2009-409 du 14 avril 2009 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endo-vasculaire, en cardiologie. JORF n° 0089 du 16 avril 2009 et circulaire DHOS/O4/2009/279 du 12 août 2009 relative aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

23 CF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 Appropriate Use Criteria for Coronary Revascularization Focused Update. Journal of the American College of Cardiology Vol. 59, No. 9, 2012.

24 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Barcelone, août 2014.

coronaire au CH de Chalon sur Saône dont l'USIC devait par contre être maintenue. Le CH de Chalon considérait que la décision d'ouverture d'un centre d'angioplastie coronaire à côté de l'USIC de Chalon constituait un préalable à toute coopération formalisée dans un GCS qui n'avait de sens que pour ce projet. De plus, la pérennité de l'USIC sans angioplastie coronaire étant douteuse, il proposait la fermeture de cette structure inefficace et coûteuse.

Le 24 mai 2017 s'est tenue une réunion de la CSOS sur la base d'un rapport défavorable de l'ARS au prétexte que « *Malgré la qualité du dossier présenté, il est impératif qu'un dossier commun aux centres hospitaliers de Chalon, de Macon et au CHU de Dijon, soit déposé sur cette filière. En conséquence, il est proposé de rejeter la demande telle que présentée dans la mesure où elle ne répond pas aux critères définis par l'arrêté du 26 juillet 2016 portant reconnaissance d'un besoin exceptionnel en cardiologie interventionnelle sur le nord Saône-et-Loire* ». Au terme d'une brève discussion, la CSOS a rejeté la demande d'autorisation du CH de Chalon-sur-Saône par 11 voix de majorité mais avec 6 voix favorables et 7 abstentions.

3) Les causes extraordinaires d'un blocage extraordinaire

a. Une vive et surprenante opposition des acteurs en place

Au départ dans le courant de 2015 et jusqu'en avril 2016, l'opposition se manifeste à bas bruit. Sa symptomatologie évoque un trouble qui s'apparente à une attitude dilatoire, une volonté d'éloigner le problème en le refoulant dans les méandres d'une commission qui revient sans cesse sur des aspects techniques pourtant déjà résolus. Ainsi par exemple, dès la première réunion, le 3 août 2015, d'un groupe de travail visant à établir un dialogue entre les établissements publics, une part importante du temps est-elle consacrée à savoir si « l'on peut aussi envisager de caractériser l'activité à partir du diagnostic principal (DP) si ce dernier permet de distinguer aisément ce qui relève de l'urgence de ce qui peut être programmé... » Or ceci est une question totalement résolue dans la littérature internationale... Cependant tous les acteurs reconnaissent que « les scénarios d'implantation se baseront sur la minimisation de population [sic] non couverte ». Au décours des réunions suivantes, les comptes rendus, lorsqu'ils sont rédigés, consistent à peaufiner un diaporama qui n'aboutit à aucune décision. On voit apparaître dans les versions successives, parmi des considérations qui relèvent de la santé publique et reconnaissent donc de fait le besoin, des appréciations qui permettent de comprendre les motifs d'opposition : « *Si le bassin sanitaire du Chalonnais*

du fait de sa population pourrait, légitimement, prétendre à l'installation d'un site, celui-ci conduirait à terme à la disparition de celui de Macon dont la justification semble, par ailleurs, indéniable. En effet, l'absence de site à Macon conduirait à un accroissement intolérable du taux de fuite au sud de la région. »

Cette dernière assertion n'est pourtant nullement démontrée par une étude *ad hoc*. En particulier, l'hypothèse d'un renforcement du Service public hospitalier (SPH) par l'octroi d'une autorisation à Chalon n'est nullement testée comme si les établissements ne relevaient pas d'une même mission et d'une même administration, celle du SPH, comme si on en était encore à leur splendide isolement, à leur autonomie complète, nés du décret de Thermidor An V. De même on ne voit guère ce que viennent faire des limites de région au sein du territoire de la République et il est curieux de voir un fonctionnaire fut-il hospitalier remettre ainsi en question et la liberté constitutionnelle d'aller et venir des patients qui sont aussi des citoyens (art 2 et 4 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen (DDHC)) et article 1 de la Constitution sur l'indivisibilité. Les limites sud de la région ne sont pas des frontières. L'octroi a été supprimé... en 1948... sauf dans les DOM-TOM. De plus, ces fuites se dirigent principalement vers un établissement public en plein développement, le CHNO à Villefranche-sur-Saône, ce dont tout élément du SPH devrait se féliciter.

Les attermoissements, les faux-semblants, l'antijeu pourrait-on dire, au sein de ce qui devrait, aux yeux des citoyens, constituer une équipe, du reste financée par des fonds sinon publics du moins socialisés, se poursuivent ainsi jusqu'à la réunion du CSOS le 4 mai 2016. D'emblée alors même que la question de la reconnaissance d'un besoin exceptionnel en cardiologie interventionnelle à Chalon est inscrite à l'ordre du jour, des voix issues du service public hospitalier et de ses représentants demandent le retrait de la question. Il faut, ce qui est inhabituel, l'engagement très net de l'ARS pour que le sujet soit maintenu. Les débats s'enlisent sur le sujet à coups d'arguments parfois tout à fait contestables... On peut qualifier d'affront au DG ARS le vote tout à fait mitigé en faveur de la reconnaissance du besoin : 12 oui, 10 non, 3 abstentions !

Il n'est pas commun que des EPS représentés par leur directeur général attaquent simultanément, qui plus est avec des représentants du secteur privé, pour abus de pouvoir et erreur manifeste un directeur général d'ARS devant le tribunal alors que celui-ci n'a fait que prendre un arrêté reconnaissant l'existence d'un besoin exceptionnel ouvrant ainsi la voie d'une révision du SROS et ce à la suite d'un vote de la CSOS de la CRSA. C'est pourtant

ce qu'ont fait le CHU de Dijon, le CH de Macon et une association de cardiologues interventionnels libéraux qui interviennent aujourd'hui à l'Hôpital Privé de Valmy. À ce jour, si le CHU a retiré sa requête, les deux autres sont toujours pendantes et devraient tôt ou tard passer à l'audience. Quel est le point commun des acteurs au sein de cette coalition hétéroclite d'intérêts? Les trois sont chacun détenteurs d'une autorisation située en périphérie de Chalon, à Dijon ou à Macon.

Il n'est pas commun non plus que des éléments du SPH n'obtempèrent pas aux injonctions d'un DG ARS par ailleurs conformes à des décisions prises en CSOS. L'article 2 de l'arrêté de reconnaissance d'un besoin exceptionnel enjoignait aux trois établissements publics d'unir leurs forces et de parvenir à un projet de filière cardiologique en Saône-et-Loire. Las, malgré la réitération de ces injonctions dans des courriers adressés aux directeurs généraux des trois établissements et malgré la participation du CH de Chalon à cet effort par de multiples propositions, rien n'a ensuite avancé. On n'a pas fait beaucoup plus que reprendre les discussions de 2015 malgré la survenue d'un cabinet conseil dont on ne voit guère l'apport conceptuel, ce qui n'est pas nécessairement de son fait. Au total, on ne peut que s'interroger. Sans doute l'ARS a-t-elle pris au pied de la lettre les déclarations des EPS et de leurs représentants sur la stratégie de groupe qui s'avère pourtant ici n'être qu'une déclaration de principe.

Il n'est pas commun non plus que des établissements publics utilisent les arguments qu'ils utilisent et qui nous semblent la conséquence directe de l'introduction de la Tarification à l'activité comme moyen principal de financement du SPH.

b. Les effets pervers de la concurrence créée par la T2A

Il ressort de la lecture de toutes les pièces du dossier que la crainte principale n'a aucun fondement médical ou d'économie générale du système de santé notamment en faisant intervenir dans la balance le coût pour la collectivité des transports urgents primaires ou secondaires. Il est regrettable que les arguments maniés soient tous à caractère mercantile et visent à conserver des parts de marché face à la montée en puissance du secteur privé lucratif qui, pour sa part, est, lui, contraint de manier ces arguments du fait des obligations du régime d'entreprise privée. Le fondement d'une opposition qu'il faut bien qualifier de farouche vient donc quasi exclusivement de la crainte de la perte de parts de marché augmentée pour le CHU par la crainte d'une activité insuffisante pour former les internes. Cette crainte paraît cependant irraisonnée au regard de l'activité du CHU qui même

si elle diminuait d'une partie de celle qu'effectuerait Chalon, serait encore bien au-dessus du seuil établi pour un centre de formation.

c. Un pointillisme administratif excessif et fâcheux

L'administration a adopté en 2017 et surtout à partir d'avril une attitude tout à fait étonnante qui dénote avec les principes de permanence et d'autorité de la chose jugée souvent revendiqués par l'État. En effet, à la suite d'un rapport défavorable à la demande d'autorisation présentée par Chalon, pour des motifs réels mais retournés, l'autorisation n'est pas accordée par le DG ARS après le vote CSOS du 24 mai 2017. Nous disons retournés car il est reproché au CH de Chalon de n'avoir pas suivi les injonctions de l'article 2 de l'arrêté de reconnaissance... ce qui consiste à lui faire subir une double peine puisqu'il n'est nullement responsable de ce refus de contribution collective. Ainsi la décision de rejet aboutit-elle à sanctionner injustement celui qui n'y est pour rien, à conforter les responsables dans leur attitude de fronde et à fragiliser l'administration au regard des engagements préalablement pris. Si la reconnaissance du besoin exceptionnel n'est pas remise en cause, l'attitude de l'administration s'avère en la matière digne de celle de Ponce Pilate se lavant les mains de la crucifixion. Attitude classique dira-t-on et qui ne serait pas anormale dans un État moderne avec des acteurs responsables conduisant à une subsidiarité efficace mais attitude qui conduit à abandonner les plus faibles, à les forcer à adopter un comportement de mauvais joueur se plaignant auprès de l'arbitre par un recours hiérarchique. Le rejet de ce recours augure une guerre de communiqués tout à fait déplacée entre représentants du service public dont ne peut évidemment pas se lamenter le secteur privé commercial. La bonne marche du SPH semble en effet ici compromise, appréciation que chaque citoyen est libre de porter en vertu des articles 14 et 15 de la DDHC.

II – Discussion

Notre discussion sera brève. Elle visera à montrer l'enseignement général que l'on peut retirer de ce qui apparaît véritablement comme un cas clinique tout à fait exemplaire. Elle visera surtout à en donner une interprétation théorique dont chacun pourra juger mais qui interpellera sans doute à l'heure où l'ouverture de discussions en vue d'une réforme du financement de l'hôpital public est inscrite à l'agenda gouvernemental

dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé⁽²⁵⁾. Dans les *Damnés de la Terre*⁽²⁶⁾, Frantz Fanon nous fait comprendre les mécanismes de la colonisation et leurs effets sur les colonisés eux-mêmes. Dans ce contexte, la violence tournée vers ses semblables et la perte d'estime de soi se développent de façon majeure.

1) Un mécanisme de colonisation des esprits par le libéralisme économique est à l'œuvre

Fanon (1961), nous montre comment l'assujettissement du colonisé aux valeurs du colon s'installe insidieusement dans les esprits y compris parmi les plus éclairés... L'avilissement de l'estime de soi chez le colonisé marque la puissance du colonisateur tant dans l'Algérie des années 50, que de façon générale dans les camps de concentration⁽²⁷⁾ ou encore chez la femme ou l'enfant battu. Bien sûr il ne faut pas tout mélanger mais toute proportion gardée l'analogie vient logiquement : « *si nous n'y arrivons pas, si nous ne sommes pas performants comme nous devrions l'être pour être les égaux des établissements privés qui nous montrent la marche à suivre, qui nous indiquent le sens de l'histoire* (comme le colon le fait aux indigènes) *c'est que nous ne sommes pas bons...* ». La T2A va donc agir comme un puissant révélateur en punissant les mauvais et en récompensant les bons (c'est-à-dire ceux qui sont capables d'adaptation au monde nouveau en singeant les colons) et en stimulant le secteur public qui serait à l'organisation moderne des services de santé ce que les colonisés sont à l'Histoire. Ce genre de pensée est très fortement enraciné dans les esprits depuis le début des années 2000 et intériorisé par de très nombreux acteurs. Au niveau politique, la même analogie peut être relevée entre les discours présidentiels de Dakar, le 26 juillet 2007, sur l'Afrique et celui de Neufchâteau sur l'hôpital le 17 avril 2008.

2) Une haine de soi, une perte d'identité et de culture, une disparition de l'esprit de service public

Comme la pensée coloniale dans le pays colonisé, la pensée économique libérale à l'œuvre dans le système de

santé produit un monde simple, manichéen, qui établit une dichotomie essentielle. Les cliniques privées sont la modernité, l'intelligence et même - de quoi *in fine* clouer le bec aux récalcitrants - le bon sens ; les établissements publics sont la cause des difficultés du système de soins tout entier, des gaspilleurs des deniers publics, une population archaïque d'établissements obsolètes empêtrés dans une répartition territoriale héritée d'une France rurale dépassée incapable de s'adapter à la modernité de la métropolisation et de la mondialisation. Un Tiers-monde hospitalier. Et comme chez Fanon, le colonisé en vient à faire sien le jugement raciste, l'hôpital public en vient à ne plus s'aimer, à adopter le langage du colon. La verbalisation hospitalière n'emploie plus de mots comme compassion, service, désintéressement, probité, humanité souffrante, humanisme... pouah ! Fi de ces mots grossiers ! Elle dit performance, « lean management », parts de marché, flux, gestion des stocks, clients, « usagers », efficacité, process, reporting, etc. La liste est longue de ces mots proférés par d'hystériques pythies dont souvent le verbe l'emporte sur les connaissances expérimentales ou théoriques. Fidèles ou simplement formés par leur engagement, qui n'est pas rien du point de vue moral, les hospitaliers perdent leurs repères et manifestent des comportements pathologiques, comme l'absentéisme, le désabusement, l'épuisement, qui minent encore davantage le service public et qui donnent toujours plus d'armes et d'arguments à ses adversaires...

3) Une lutte pour la survie qui conduit à s'entre-tuer et finalement à se faire tuer soi-même

Ces manifestations pathologiques touchent inégalement le colonisé. Les différentes classes sociales (les « CSP » en euphémisme moderne) organisées par le pouvoir colonial avec le système administratif hiérarchisé des caïds, des khodjas, aghas et bachagas et ainsi de suite jusqu'au plus « misérable fellah » - ont des visions et des intérêts divergents. Pour le colon tous sont cependant regroupés sous le vocable administratif d'indigènes nord-africains. Ils s'opposent d'autant plus que le colonisateur n'intervient pas dans le règlement de leurs différends sinon quand ils débordent sur le monde pourtant protégé du colon...

Dans l'ordre hospitalier, le pendant de cette hiérarchie, c'est le Centre Hospitalier, ex-hôpital local, le Centre Hospitalier où il y a encore de la chirurgie, le CH promu hôpital support du GHT, le Centre Hospitalier Universitaire... Il faut beaucoup de courage et de morale pour ne pas bouffer le plus petit mais beaucoup préfèrent cela plutôt que de périr eux-mêmes... oubliant que l'union fait la force... On remarquera du reste que la rouerie du colon - la pensée économique libérale

25 Discours de Madame la ministre de la Santé - EHESP - Rennes - 4 janvier 2018. cf. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 publié au JORF n° 0305 du 31 décembre 2017, texte n° 72.

26 Fanon (Fr.), 1961 - Les damnés de la terre. Paris, Maspéro. Réédition dans... Frantz Fanon Œuvres. Paris, La Découverte, pp 419-681. Du même auteur, les personnes intéressées par une lecture médicale ont aujourd'hui la chance de pouvoir lire, réunis : Écrits sur l'aliénation et la liberté. Textes inédits réunis, introduits et présentés par Jean Khalfa et Robert. J. C. Young. Paris, 2016, Sciences humaines | La Découverte, 680 pages qui est une mine de méditations pour l'action.

27 On lira, on relira Robert Antelme, Elie Wiesel, David Rousset, Imre Kertesz, Jorge Semprun et tant d'autres.

– fait croire que tout le monde est égal en l'appelant désormais indistinctement « centre hospitalier » comme elle entretient savamment la confusion entre politique et économique alors qu'en matière de libéralisme l'un est évidemment contradictoire de l'autre. Le trait de génie du GPRA fut d'associer toutes les tendances politiques, unies derrière la revendication de l'indépendance. L'hôpital public en est là aujourd'hui. Le GHT est incontestablement une chance car il est en quelque sorte une micro wilaya. Il peut enclencher une dynamique de renouveau du SPH en rejetant les forces libérales qui l'ont empoisonné.

Le rassemblement autour du dossier de l'angioplastie coronaire à Chalon de toutes les forces vives du territoire est à cet égard éclairant : médecins hospitaliers, personnel hospitalier et ses syndicats, usagers et leurs représentants, associations de malades, médecins libéraux, professionnels de santé et de façon plus globale, la population par sa vaste mobilisation et ses élus (maires, conseillers municipaux, parlementaires). Mais en attendant, on voit trop de CH qui aimeraient bien faire du CH ex local leur dépendance, de CHU qui, face à la concurrence des cliniques édifiées à leur porte, ne se priveraient pas de « bouffer » le CH voisin même si de nombreux directeurs cherchent sincèrement l'union et sont dans leur cœur attachés au Service Public mais tout attachés aussi à composer avec le libéralisme économique qui les a contaminés.

Conclusion

L'État n'est pas forcément un État colonial. Il faut du reste avoir sur le sujet une position nuancée car il y a eu aussi les services de santé, les instituts Pasteurs, les facultés de médecine dans les colonies. L'État n'est pas nécessairement au service des forces de l'argent. Pour des raisons historiques, l'État, en France et en Europe, n'est pas que cynisme et violence. L'État parfois a su

faire preuve de modestie face aux faits scientifiquement établis, comme il le fait avec les vaccins aujourd'hui, de sollicitude envers les gens et même de tendresse. L'État parfois a su aussi accueillir l'autre. Cela s'est vu avec beaucoup d'hommes et de femmes, célèbres parfois, plus anonymes souvent qui ont œuvré au jour le jour. Si tous sont de grands noms, ce ne sont pas de grands mots, ils doivent s'incarner dans l'action quotidienne. Ici et maintenant.

On rêve d'un État svelte qui soit le maître des horloges, qui entretienne les valeurs communes, les diffuse, les enseigne et, par son action, les illustre et les donne en exemple : fidélité à la parole donnée, exercice du pouvoir de régulation qui lui est confié et qui a pour but d'empêcher l'expression de la violence individuelle dans le corps social. La manifestation concrète de l'État pour nos concitoyens, est le soutien qu'il apporte à ceux qui sont en difficulté et notamment en difficulté de santé. C'est l'alinéa 11 du préambule de 1946 comme c'est l'article 11 de la Constitution de l'An I. Le service public hospitalier dont la présence rassurante et hautement symbolique est là 365 jours/ 365, 24 heures/24, en est la manifestation la plus visible. On rêve d'un État qui, de toutes ses forces, se satisfasse de faciliter l'exercice de la médecine, une des plus nobles activités qui soit.

Ce ne sont pas que des idées, c'est aussi de la morale et c'est aussi de la technique. Le cas de l'angioplastie à Chalon-sur-Saône est un cas exemplaire. Ce n'est pas à des établissements publics de lutter contre le service public. Ce n'est pas à une Fédération médicale interhospitalière (FMIH) ou à Groupement de coopération sanitaire (GCS) de décider d'ouvrir ou non un centre d'angioplastie coronaire. Cette tâche est celle du Plan Régional de Santé et de ses révisions successives pour l'adapter aux besoins. Cette tâche est de la seule compétence des ARS. Le besoin a été reconnu. La réponse qui en découle doit être mise en œuvre.

L'Institut Jean-François REY au service de la recherche en soins primaires

Par le D^r Alain Beaupin, Président de l'Institut

L'Institut Jean François Rey, l'IJFR, a été créé en 2016 afin de soutenir la recherche en soins primaires dans le secteur des centres de santé. Il est le fruit d'un partenariat réfléchi entre professionnels salariés des centres de santé et représentants de leurs gestionnaires. L'Institut Jean François Rey est le co-créateur de l'association SPP-IR en compagnie de la Fédération des maisons de santé. C'est en introduction au séminaire sur la recherche en soins primaires organisé à Paris les 11 et 12 janvier 2018 que cette communication a été présentée, au nom de l'IJFR.

Les pratiques en équipe sont un standard de qualité communément admis aujourd'hui. Et pourtant la médecine d'équipe fut une innovation de rupture en son temps. Dès 1962, les médecins de centres de santé en avaient fait le thème de leur second congrès, en opposition résolue avec la pensée dominante de l'époque dans notre pays. Jean-François REY⁽²⁸⁾ fut quant à lui dans les années soixante le promoteur de l'expérience des centres de santé mutualistes de la région de Marseille, associant mouvement des usagers mutualistes et médecins engagés dans la médecine sociale. Et le fondateur de l'association pour le développement de la médecine d'équipe, dont l'IJFR est pour une part un héritier.

Médecine d'équipe et protection sociale

L'avenir des services de santé de proximité est aux organisations collectives et aux réponses territoriales. Ces services de santé revendiquent les enseignements de l'hygiène publique, des bureaux d'hygiène issus de la Loi de 1902, des dispensaires d'hygiène sociale, et de la lutte pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Les questions auxquelles nous sommes confrontés de nos jours prolongent la lutte contre ce qu'on appelait par le passé les fléaux sociaux. La tuberculose, la syphilis, la mortalité infantile, pour n'en citer que quelques-uns. Luttés dont les succès furent longtemps l'apanage exclusif de la santé publique. Avant qu'au tournant des années trente du siècle dernier, la médecine ne commence à

devenir enfin progressivement efficace, aux côtés de la santé publique.

L'équité et l'accessibilité des soins sont au cœur des vocations des professionnels de santé. Un récent rapport de l'Organisation Internationale du Travail, organisme des Nations Unies basé à Genève, nous apprend que 29 % seulement de la population mondiale bénéficient d'un système de protection sociale complet. Les soignants auraient tort de perdre de vue que leurs actions quotidiennes ne seraient qu'impuissance et frustration, sans l'assise d'une protection sociale solide. Ils auraient beaucoup à perdre si la protection sociale solidaire s'affaiblissait au profit de systèmes d'assurances complémentaires concurrentiels, assis sur les revenus des ménages, et créateurs d'inégalités d'accès aux soins.

Faire de la connaissance un bien commun

À l'heure où la Stratégie nationale de santé entend développer la recherche en soins primaires, il nous faut mentionner deux points de vigilance. Le premier point de vigilance, c'est le financement de la recherche en soins primaires. Et plus généralement, le financement de la recherche sur les services de santé. L'intérêt général nous invite collectivement et dans nos champs de responsabilité respectifs, professionnels et pouvoirs publics, à fonder nos décisions sur des connaissances validées.

À défaut d'être toujours reconnue avec loyauté, l'influence de la pensée économique sur la pensée biomédicale est amplement décrite. En matière de soins primaires, qui pourrait croire que des acteurs économiques ne souhaitent pas orienter l'action des soins primaires dans un sens favorable à leurs intérêts ? Influencer sur les connaissances, sur la diffusion de celles-ci ? Influencer sur les types de pratiques médicales ? Sur les fédérations professionnelles et sur les associations de patients ? Sur les médias et sur les décideurs publics ? Tout est ouvert. En cela, les lobbies sont dans leur rôle, leur rôle de défense de leurs intérêts économiques propres. Acteurs de la recherche en soins primaires, à nos places respectives, soyons collectivement nous aussi dans notre rôle. À savoir celui de garantir à la population

28 Jean-François Rey, *penseur de la santé : recueil de textes*, sous la direction de Michel Limousin, Ed. Le Temps des Cerises, Montreuil, 2015, 246 p.

que seuls l'intérêt général et son propre intérêt nous animent. Pour que la connaissance soit toujours plus un bien commun, agissons nous aussi. Soyons assez influents pour que la production de connaissances et la recherche, soient assises sur des financements publics dans un cadre non lucratif.

Nous défaire de notre croyance dans le progrès

Second point de vigilance, l'influence de nos croyances individuelles et collectives. C'est vers le IV^e siècle avant Jésus-Christ que la médecine occidentale a pris son autonomie par rapport à la religion, avec Hippocrate. Depuis lors les croyances et la médecine cheminent ensemble, consubstantielles de la vie des patients et de l'action des soignants. Religion et médecine tentent de répondre aux mêmes interrogations sur la vie et la mort, interrogations qui ont commencé depuis que l'espèce qui est la nôtre a acquis la conscience de sa propre existence et de son terme. Terme pris à l'échelon individuel, celui face auquel la médecine a un rôle à jouer. Sans perdre de vue, dans le paysage des idées, les interrogations soulevées par la prolifération au sein du vivant d'une seule espèce, la nôtre, au détriment des autres espèces et de la planète physique sur laquelle elle se déploie. Mais c'est un autre débat.

Poser ces questions alors que les acteurs de soins primaires entendent évoquer recherche et connaissances au plus près des habitants, c'est une invitation à nous défaire de nos croyances individuelles et collectives dans *le progrès*, qui guiderait la médecine vers un avenir toujours meilleur. Et une invitation à nourrir la *pensée médicale*. Alors qu'elle peine encore à digérer l'explosion des techniques rencontrée au cours du siècle écoulé, la *médecine* s'apprête à affronter les bouleversements annoncés de la révolution informationnelle, dans ses métiers et ses organisations.

Mirko Grmek dans son histoire de la pensée médicale occidentale citait Marc Bloch dans son Apologie pour l'histoire pour qui « *l'incompréhension du présent naît fatalement de l'ignorance du passé* » avant de poursuivre en confessant n'aborder l'histoire des hôpitaux qu'incidemment, seulement « *dans la mesure où ces institutions ont exprimé ou influencé la pensée médicale de leur temps.* » C'est un précieux repère pour les travaux sur les soins primaires, concept inscrit à la fois dans le champ politique et dans le champ de la pensée médicale. Politique et médecine, deux registres n'ayant rien de commun. Sauf leur objet commun, l'humain.

Vers des politiques publiques fondées sur des preuves

Les soins primaires sont en effet un objet politique qu'il convient de considérer comme tel si ses acteurs veulent agir utilement et ne pas perdre leur temps. Objet politique qui trouve son fondement historique dans la conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef. Deux agences des Nations Unies, organe politique mondial s'il en est. Relevons un élément de contexte encourageant. Après la médecine fondée sur les preuves, nous assistons dans notre pays à un mouvement en faveur de décisions politiques elles aussi basées sur les faits. Pour ne prendre qu'un seul exemple, la stratégie nationale de santé 2018-2022 adoptée fin décembre dernier par le gouvernement préconise de « *développer la recherche interventionnelle et l'évaluation des actions menées* » ce qui est bien, mais aussi et c'est mieux encore de « *faciliter l'utilisation des résultats de ces travaux pour l'aide à la décision des acteurs et des responsables des politiques de santé.* » On ne saurait mieux dire.

Les spécificités des centres de santé au sein des formations continues en santé. Revue de la littérature internationale.

Par les Drs Sana Lekfif¹, Yasmine Dulac-Mostefai¹, Régine Raymond², Yannick Ruelle^{1,3}.

NDLR : Les indexations dans le texte correspondent aux références bibliographiques données en fin d'article et non à des notes de bas de page.

Affiliations des auteurs :

¹Département universitaire de médecine générale, UFR SMBH, Université Paris 13,

²Centres municipaux de santé, Ville d'Aubervilliers,

³Centres municipaux de santé, Ville de Pantin.

Liens d'intérêts :

SL et YDM ont été rémunérées par la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé (FNFCEPPCS) pour réaliser cette étude.

Introduction

Formation médicale continue et évaluation

La formation médicale continue (FMC) est un processus de développement des compétences visant à améliorer les performances des professionnels de santé et les soins prodigués aux patients, selon des priorités de santé publique^{1,2,3}. Du serment d'Hippocrate⁴ au code de déontologie médicale⁵, la FMC constitue depuis toujours un devoir déontologique. Le développement professionnel continu (DPC) regroupe la FMC et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)⁶. Il est la modalité la mieux définie de FMC en France.

La Haute autorité de santé (HAS) a publié des « fiches méthodes de DPC »⁷. Ces fiches recommandent des méthodes de formation à utiliser pour le DPC mais ne font pas référence à l'évaluation des formations. Chaque organisme de DPC est donc libre d'évaluer ou non l'impact des formations qu'il propose.

Les centres de santé

En 2009, les centres de santé français ont été définis par la loi⁸. Leurs spécificités sont les soins de premier recours, la pluri-professionnalité (pour la plupart), les soins sans hébergement, les actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique des patients, les actions sociales, l'accueil de professionnels de santé en formation comme lieu de stage, l'accessibilité financière (pratique du tiers-payant), la création / gestion soit par des organismes à but non lucratif soit par des collectivités territoriales soit par des

établissements de santé, le projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique, le salariat des professionnels y exerçant^{8,9}.

Les professionnels des centres de santé disposent d'un organisme spécifique de formation continue, notamment agréé dans le cadre du DPC : la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé (FNFCEPPCS)¹⁰.

Problématique

En lien avec une volonté de la FNFCEPPCS d'évaluer son programme de formation continue, la question des évaluations de programmes de formations continues en santé, en lien avec les caractéristiques des centres de santé, se posait. L'objectif principal était de lister les évaluations de programmes de formation continue en soins primaires publiées. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les caractéristiques des centres de santé visées au sein de ces formations et d'identifier si l'impact des formations sur ces caractéristiques avait été évalué.

Méthodes

Une revue de littérature internationale non exhaustive a été réalisée à deux chercheurs. Les bases de données bibliographiques interrogées sur une période de 10 ans (2007-2017) étaient : PubMed, Isidore, BDSP (Banque de Données en Santé Publique), CAIRN, CISMef, SUDOC, Google Scholar. Les équations de recherche utilisées sont répertoriées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Mots-clés et équations de recherche de la revue de littérature

Moteur de recherche	PubMed	Isidore	BDSP	CAIRN	CISMeF	SUDOC	Google Scholar
Équation de recherche	« <i>education medical continuing</i> » AND « <i>program evaluation</i> » (mots clés Mesh)	« <i>formation continue</i> » « <i>évaluation</i> »	« <i>formation continue</i> » « <i>évaluation</i> » (titre)	« <i>formation médicale continue et évaluation</i> »	« <i>formation continue et évaluation</i> »	« <i>formation médicale continue et évaluation</i> » (mots sujet) ; « <i>évaluation de la formation médicale continue</i> » (mots du titre) ; « <i>méthodes d'évaluation d'une formation médicale continue</i> » (mots sujet) ; « <i>évaluation d'un modèle de formation continue</i> » (tous les mots)	« <i>formation continue évaluation</i> » (titre)

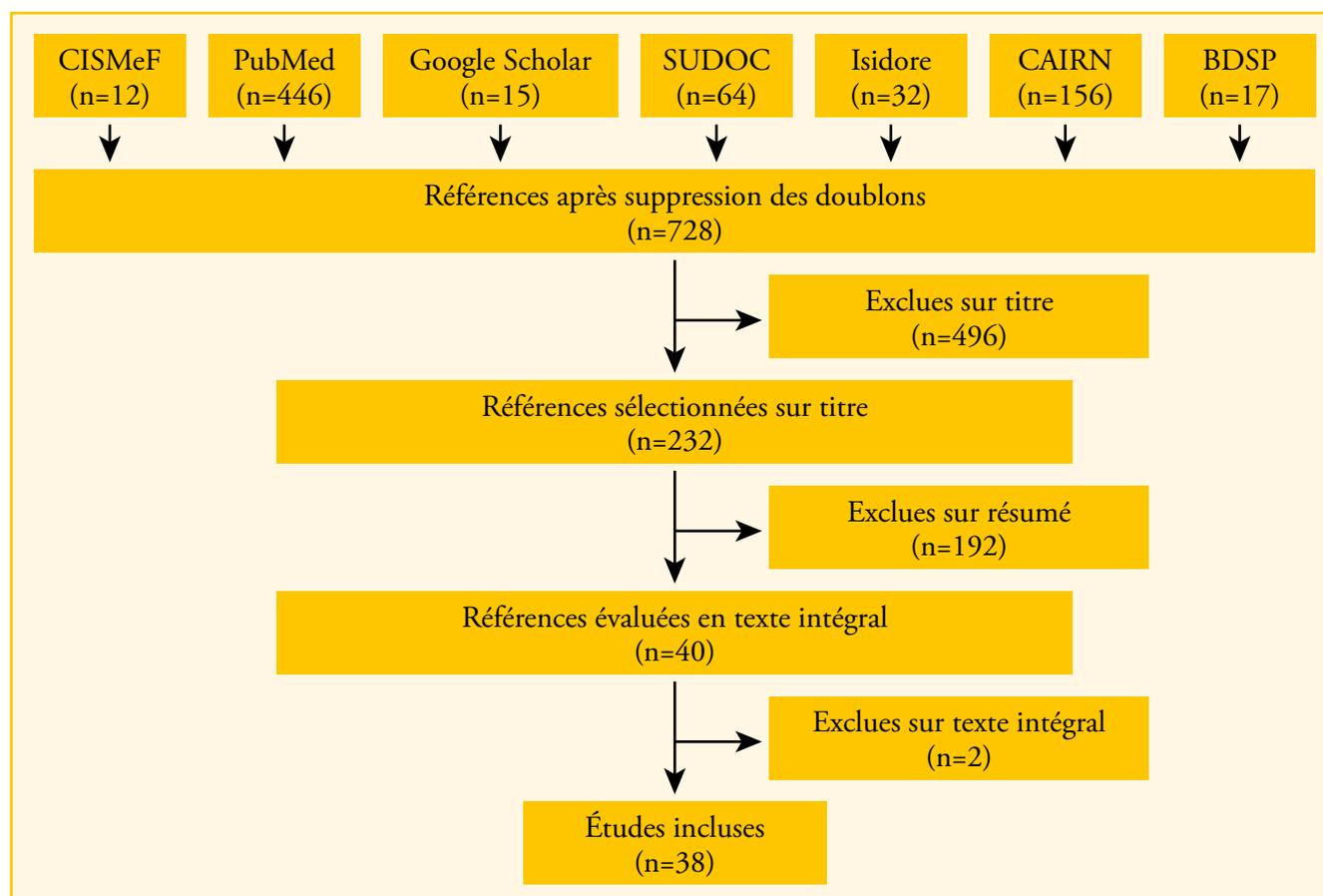
L'inclusion des articles a été faite sur les critères suivant : article original, portant sur les méthodes d'évaluation d'une formation continue, en langue française et anglaise, études réalisées en soins primaires. Le critère d'exclusion des articles était les publications ne correspondant pas à un travail d'évaluation. La sélection des articles a été effectuée à deux chercheurs, d'abord à partir du titre et de l'abstract, puis sur la version intégrale des articles, en appliquant les critères d'inclusion. L'analyse des données a été organisée autour des spécificités des

centres de santé. L'analyse s'est attachée à repérer, au sein des articles retenus, la présence de thèmes de formation visant des spécificités des centres de santé et la mesure d'un impact sur ces spécificités.

Résultats

Après interrogation des moteurs de recherche et sélection des articles, 38 articles ont été retenus (figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux de la revue de littérature



Population cible et thème de la formation

Parmi les articles retrouvés (tableau 2), 33 concernaient des médecins généralistes, 14 des

infirmières, 4 des autres professionnels de santé (psychologue, éducateur en santé, sage-femme) et 3 des étudiants en médecine. Treize avaient un public pluri-professionnel.

Tableau 2 : Pluri-professionnalité et thème de la formation

Date	Auteur	Population	Pluri-professionnalité	Thème
2007	Clyman ¹¹	MG	Non	Éducation génétique/ Parcours de soin
2007	Colombani ¹²	MG libéraux	Non	Cancérologie
2007	Slade ¹³	MG et pédiatres libéraux	Oui	Prévention bucco-dentaire
2008	Martínez-García ¹⁴	MG (centre de santé)	Non	SAHS/Parcours de soin
2008	Siriwardena ¹⁵	MG et IDE	Oui	Diabète
2008	Wijesinha ¹⁶	MG	Non	Santé sexuelle des hommes
2009	Abu Rumman ¹⁷	MG (centre de santé)	Non	Santé respiratoire/ Prescription de médicaments
2009	Bit-Mignon ¹⁸	MG enseignants	Non	Contraception
2009	Bourgeois ¹⁹	Internes de MG	Non	Sécurité sociale : modalités administratives
2009	Mohammadi Moein ²⁰	MG enseignants	Non	Contraception
2009	Pregler ²¹	MG, internistes, gynécologues- obstétriciens, cardiologues, IDE, sages-femmes, (centre de santé)	Oui	Cardiopathie des femmes
2010	Coulouma ²²	MG libéraux surtout en groupe	Non	Infections urinaires
2010	Phillips ²³	MG libéraux	Non	Gestes gynécologiques
2010	Telner ²⁴	MG et internes de MG	Non	Accidents vasculaires cérébraux
2011	Allaire ²⁵	MG	Non	HTA
2011	Drexel ²⁶	MG libéraux (certains en groupe), internistes, IDE	Oui	BPCO
2011	Rouillon ²⁷	MG libéraux	Non	Trouble bipolaire
2012	Baldacci ²⁸	MG	Non	Rhinite allergique et asthme
2012	Beckman ²⁹	MG	Non	Méditation de l'attention
2012	Hutchinson ³⁰	MG et IDE	Oui	Santé sexuelle
2012	Martínez-Valverde ³¹	MG (centre de santé)	Non	HTA
2013	Bird ³²	MG	Non	Diabète
2013	Khanal ³³	MG, pharmaciens et IDE ayant l'autorisation de prescription	Oui	Diarrhée/Pédiatrie

2013	Represas-Represas ³⁴	MG et IDE (centres de santé)	Oui	Spirométrie
2013	Zisblatt ³⁵	MG, assistants médicaux, IDE exerçant dans un centre de santé	Oui	Ostéoporose
2014	Borie ³⁶	MG libéraux, diététiciens, IDE, psychologues, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, sophrologue	Oui	Obésité pédiatrique
2014	Dadyou ³⁷	MG libéraux	Non	BPCO
2014	Thu-Thon ³⁸	MG libéraux	Non	Cancer colorectal
2015	Boisvert ³⁹	IDE centre d'accueil téléphonique	Non	Douleur
2015	Kadlec ⁴⁰	MG	Non	Soins palliatifs
2015	Malan ⁴¹	MG libéraux ou centre de santé, et IDE	Oui	Méditation des participants
2015	Parekh ⁴²	MG et spécialistes, IDE, dentistes, éducateurs en santé, pharmaciens, agents de santé autochtone, diététiciens	Oui	Diabète et parcours de soin
2015	Pype ⁴³	IDE	Non	Collaboration interprofessionnelle (MG/IDE), soins palliatifs à domicile
2015	Reynolds ⁴⁴	MG libéraux	Non	Psychose et parcours de soin
2015	Williamson ⁴⁵	MG, IDE, personnel d'accueil, personnel administratif	Oui	Violences domestiques et abus
2016	Malan ⁴⁶	MG libéraux et IDE	Oui	Facteurs de risque liés au mode de vie
2016	Van de Mortel ⁴⁷	MG et étudiants en médecine	Non	Éducation à la santé chez les adolescents en milieu scolaire
2016	Yoon ⁴⁸	MG (hôpitaux et centres de santé)	Non	Plusieurs champs des soins primaires

MG : médecins généralistes - BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive - IDE : infirmières diplômées d'État - HTA : hypertension artérielle - SAHS : syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil

Actions de santé publique

Des actions de santé publique ont été retrouvées au sein de 26 articles (tableau 3). Seize articles s'intéressaient au dépistage de pathologies dans la population générale. Treize de ces 16 études ont mesuré l'impact de la formation sur le dépistage. Dix-huit études se sont intéressées à la prévention mais seulement 8 en ont

évalué l'impact. Le thème de 15 études portait entre autres sur l'éducation thérapeutique (rarement le thème principal de la formation). Seules sept d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation. Deux études^{18,19} ont évalué des éléments qui ne faisaient a priori pas partie des objectifs de la formation.

Tableau 3 : Évaluation des formations sur des thèmes de santé publique

Auteur	Dépistage		Prévention		Éducation thérapeutique	
	Thème de la formation	Indicateur d'évaluation	Thème de la formation	Indicateur d'évaluation	Thème de la formation	Indicateur d'évaluation
Slade ¹³	Oui	Nombre de consultations dédiées à la santé bucco-dentaire	Oui	Nombre d'enfants recevant une consultation préventive	Oui	NE
Martínez-García ¹⁴	Oui	Taux de SAHS détectés	Oui	Évolution de la distribution de brochures informatives en prévention	Non	-
Siriwardena ¹⁵	Oui	Nombre de dépistages de diabétiques	Oui	Nombre de prescriptions d'aspirine chez les diabétiques	Oui	Satisfaction quant à l'augmentation d'informations délivrées chez les diabétiques
Wijesinha ¹⁶	Oui	Taux de dépistage de maladie de la prostate	Non	-	Non	-
Abu Rumman ¹⁷	Non	NE	Non	NE	Non	NE
Bit-Mignon ¹⁸	Non	Taux d'informations données sur les IST	Non	Évolution des conseils et informations délivrés sur la contraception d'urgence	Oui	Évolution des connaissances et des informations délivrées
Mohammadi Moein ²⁰	Non	-	Non	Amélioration des connaissances	Oui	NE
Pregler ²¹	Non	-	Oui	Évolution des connaissances des mesures de prévention des maladies cardio-vasculaires	Non	-
Telner ²⁴	Non	-	Oui	NE	Non	-
Allaire ²⁵	Oui	NE	Oui	NE	Oui	Évolution du contrôle de la PA
Drexel ²⁶	Oui	Intérêt pour la spirométrie informatisée	Oui	Reconnaissance de l'importance de la prévention tabagique	Oui	Nombre de conseils donnés aux patients
Baldacci ²⁸	Non	-	Oui	NE	Oui	Non évalué
Beckman ²⁹	Non	-	Oui	Épuisement professionnel déclaré par les médecins	Non	-

Hutchinson³⁰	Oui	Nombre de tests chlamydiae effectués	Oui	NE	Oui	NE
Martínez-Valverde³¹	Non	-	Oui	Évolution du contrôle de la PA	Oui	Évolution du contrôle de la PA
Bird³²	Oui	Nombre d'examens complémentaires prescrits	Non	-	Oui	Amélioration ressentie par les participants de leur pratique vis-à-vis de l'éducation thérapeutique
Khanal³³	Non	-	Oui	Nombre d'antibiotiques prescrits	Oui	NE
Zisblatt³⁵	Oui	Nombre d'ostéodensitométries prescrites	Oui	NE	Non	NE
Borie³⁶	Oui	Taux de MG calculant l'IMC au moins une fois par an	Non	-	Non	-
Dadyou³⁷	Oui	Taux de MG formés ayant diagnostiqué de nouveaux cas de BPCO	Non	-	Non	-
Thu-Thon³⁸	Oui	Nombre de tests distribués et réalisés	Oui	NE	Non	-
Malan⁴¹	Oui	NE	Oui	NE	Oui	NE
Parekh⁴²	Non	NE	Oui	NE	Oui	NE
Williamson⁴⁵	Oui	Nombre de patients victimes et auteurs de violence domestique	Non	-	Non	-
Malan⁴⁶	Oui	NE	Oui	NE	Oui	NE
Van de Mortel⁴⁷	Oui	Prise de conscience des préoccupations des adolescents	Oui	NE	Oui	Évolution des connaissances et compétences à l'éducation de la santé des adolescents

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive - IMC : indice de masse corporelle - IST : infections Sexuellement Transmissibles - NE : non évalué - PA : pression artérielle - SAHS : syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil

Coordination des soins

Des évaluations de formations autour de la coordination des soins ont été retrouvées au sein de 15 articles (tableau 4). Sept de ces études ont évalué la coordination des soins alors qu'il ne s'agissait pas du thème principal de la formation. Une seule étude a

évoqué les réunions d'équipe et 3 en ont évalué l'impact. Aucun programme de formation n'a évalué l'impact d'une formation sur la qualité du dossier médical. Il a cependant été analysé dans trois études pour en tirer des informations sur les pratiques professionnelles avant et après formation.

Tableau 4 : évaluation des formations sur des thèmes de coordination des soins

Auteur	Parcours de soins		Réunions d'équipe		Dossier médical	
	Thème de la formation	Indicateur d'évaluation	Thème de la formation	Indicateur d'évaluation	Thème de la formation	Indicateur d'évaluation
Clyman ¹¹	Oui	Qualité du parcours de soins	Non	-	Non	-
Slade ¹³	Oui	Qualité du parcours de soins	Non	-	Non	-
Martínez-García ¹⁴	Oui	Qualité du parcours de soins	Non	-	Non	-
Siriwardena ¹⁵	Oui	Adhésion de la population cible aux liens entre professionnels de santé	Non	-	Non	-
Wijesinha ¹⁶	Non	Qualité du parcours de soins	Non	-	Non	-
Bird ³²	Oui	Qualité du parcours de soin pour dépistage précoce des complications du diabète	Non	-	Non	-
Represas-Represas ³⁴	Non	-	Non	-	Non	-
Zisblatt ³⁵	Oui	NE	Non	-	Non	-
Borie ³⁶	Non	Taux MG ayant créé un réseau de proximité	Non	Nombre de médecins participant aux réunions d'équipe	Non	-
Dadyou ³⁷	Non	Taux MG collaborant avec pneumologues	Non	-	Non	-
Parekh ⁴²	Oui	Évolution du désir de changement de comportements	Non	-	Non	-
Pype ⁴³	Non	-	Oui	Interaction améliorée avec les MG	Non	-

Reynolds⁴⁴	Oui	Nombre de patients transférés vers service spécialisé	Non	-	Non	-
Williamson⁴⁵	Oui	Nombre de correspondances avec un centre spécialisé	Non	-	Non	Nombre de cas répertoriés dans le dossier
Yoon⁴⁸	Non	-	Non	Connaissances des collègues des praticiens ayant reçu la formation (transfert de connaissances)	Non	(Analysé avant et après formation pour évaluer l'impact sur les pratiques)

Discussion

Il existe peu de résultats publiés sur des formations ayant trait aux spécificités des centres de santé. L'impact de ces formations a rarement été mesuré : 1 fois sur 3 dans le dépistage et le parcours de soins, 1 fois sur 4 dans la prévention, 1 fois sur 5 dans l'éducation thérapeutique, moins d'1 fois sur 10 dans les réunions d'équipe et jamais dans le dossier médical.

Un domaine de publication peu « rentable »

S'agissant de recherche et d'enseignement en santé, la question des critères de qualification des enseignants-chercheurs se pose. Ceux-ci sont définis par chaque section du Conseil national des universités (CNU) et laissent peu de place à la recherche en pédagogie⁴⁹. Certains auteurs se montrent d'ailleurs critiques à ce sujet et regrettent que les sciences de l'éducation ne soient pas une discipline propre⁵⁰. Les travaux effectués par les chercheurs, dans le cadre de leurs carrières universitaires, sont liés aux indicateurs de productivité scientifique (critères CNU). Ils trouvent donc plus d'intérêt à privilégier les productions de recherche « classiques » (revues scientifiques) plutôt que de s'occuper de la façon dont leurs travaux viennent influencer ou non les pratiques et les politiques. Des ébauches d'explications sont données dans une étude qui a interrogé 23 acteurs influents de la recherche en éducation médicale⁵¹. Ceux-ci estiment qu'il s'agit surtout de contraintes intrinsèques aux chercheurs, de contraintes budgétaires et de « la conception dominante de la recherche dans le milieu médical ». Ils proposent deux moyens de l'améliorer : intensifier la collaboration entre les docteurs en recherche et les médecins cliniciens, et diversifier les disciplines engagées dans la recherche même au-delà de disciplines médicales stricto sensu (anthropologie, économie, histoire). Il existe une liste longue des revues dans lesquelles une publication d'articles appuierait mieux la candidature⁵². Cette liste regroupe une grande majorité de revues anglophones, comme *The*

Journal of Continuing Education in the Health Professions ou *Medical Teacher*, et francophones comme *Éducation, Santé, Sociétés* ou *Santé Publique*. La plupart de ces revues sont d'accès payant, et ne sont pas répertoriées sur une base de recherche unique. Leur accès est donc plus difficile.

Hétérogénéité de l'évaluation en fonction des thèmes

Les centres de santé ont une organisation spécifique et les programmes de formation qui leur sont destinés devraient être orientés et adaptés à ces spécificités. Pourtant, peu de résultats ont été retrouvés sur les spécificités des centres de santé, et notamment sur la coordination des soins. Les formations continues en santé retrouvées sont essentiellement orientées vers des thèmes biomédicaux purs et plus rarement d'autres thèmes plus généraux comme les actions de santé publique et la coordination des soins, oubliant ainsi la définition de la santé selon l'OMS⁵³. En France, l'Agence nationale du DPC (ANDPC) énumère, parmi les objectifs du DPC⁵⁴, celui de favoriser les coopérations interprofessionnelles et le décloisonnement entre les différents modes d'exercices. Pourtant, les formations proposées dans ce cadre sont encore très biomédicales et peu orientées vers les actions de santé publique et la coordination des soins. Afin de les valoriser, il serait pertinent que l'ANDPC reconnaisse les formations sur ces thématiques comme des formations « hors quota », à la manière des formations à la maîtrise de stage.

Des indicateurs plus centrés sur les pratiques que sur la santé

Les indicateurs d'évaluation répertoriés dans les tableaux 3 et 4 étaient essentiellement des indicateurs centrés sur les pratiques des professionnels de santé. Aucune étude n'a mesuré l'impact des formations sur l'état de santé des patients. L'évaluation des résultats

correspond au niveau 4 du modèle de Kirpatrick, qui mesure les retombées de la formation, son application ou ses incidences sur la société⁵⁵. Ce niveau est moins souvent mesuré que les autres, alors qu'ils devraient être la justification-même d'un programme de formation. L'évaluation des formations se limite souvent au niveau 3 de Kirpatrick, d'où un moindre intérêt sur le plan scientifique et une moindre rigueur dans la méthode, freinant les possibilités de publications. D'après Rey, les expérimentations aléatoires contrôlées seraient à privilégier, par souci de validité scientifique des publications⁵⁰. Il fait le lien entre médecine et éducation et considère qu'il faudrait « importer dans le champ de l'éducation les méthodes de la recherche médicale » et propose d'atténuer les résistances sociales en comparant un médecin à un éducateur. Partant de cela, il n'y aurait donc pas de différence significative entre les situations cliniques et sociales dans lesquelles évoluent les éducateurs, les deux se caractérisant par la variété de facteurs sociaux et l'importance de l'environnement social.

Penser l'évaluation en amont de la formation

Construire une formation passe par établir son évaluation. Si les formations étaient toutes pensées ainsi, elles s'inscriraient dans une dynamique d'évaluation et d'amélioration continue. L'une des clés de ce progrès serait de planifier, développer, contrôler puis ajuster la formation : c'est la roue de Deming⁵⁶. Cela permettrait aussi d'améliorer l'apprentissage via notamment un alignement pédagogique qui consiste à mettre en cohérence les objectifs d'une formation, les méthodes pour y parvenir, et la façon dont les apprentissages seront évalués⁵⁷. Il s'agit donc de s'attacher à évaluer ce qu'on a voulu enseigner, ce qui n'a pas été le cas dans 2 des études analysées où certains indicateurs d'évaluation n'étaient pas en cohérence avec les objectifs de la formation.

Forces et limites de l'étude

Ce travail a respecté la plupart des critères PRISMA⁵⁸. Les critères d'éligibilité étaient définis dès la construction de la méthode et ont été respectés lors de la sélection des articles. Les références ont été spécifiées, la stratégie de recherche et le processus de sélection des études détaillés. Il est néanmoins possible que d'autres équations de recherche auraient permis de meilleurs résultats. D'autres bases de données auraient également pu être interrogées. La sélection des articles est chercheur-dépendante et induit un biais lié aux choix effectués, qui a été limité par la sélection à deux chercheurs.

Conclusion

Les publications d'évaluations de formations continues, relatives aux spécificités des centres de santé, sont rares. La mesure de leur impact l'est encore plus, et la mesure de leur influence sur l'état de santé des patients est inexistante. Les méthodes de recherche devraient être plus rigoureuses et les formateurs en santé devraient se rapprocher des chercheurs en sciences de l'éducation afin d'entrer dans une dynamique d'évaluation. L'évaluation devrait être pensée dès la conception des programmes. Ces constats pourraient être le point de départ d'une réflexion sur les thèmes prioritaires par les autorités responsables de la FMC, et de la construction d'un cahier des charges de l'évaluation des formations continues en France.

Références

1. Maillat B, Maisonneuve H. Long-life learning for medical specialists doctors in Europe: CME, DPC and qualification. *Presse Med* 2011 Apr;40:357-65.
2. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992;268:1111-7.
3. République française. Code de la santé publique - Article L4133-1.
4. Conseil national de l'ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311> [page consultée le 19 janvier 2018].
5. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 11 - Développement professionnel continu. Paris : Cnom, 2012. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235> [page consultée le 19 janvier 2018].
6. République française. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
7. Haute autorité de santé. Développement professionnel continu (DPC). Saint-Denis La Plaine : Has, 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc [page consultée le 19 janvier 2018].
8. Moulin A. La loi HPST et les centres de santé. 2010. Disponible sur : <http://www.lescentresdesante.com/la-loi-hpst-et-les-centres-de-sante/> [page consultée le 19 janvier 2018].
9. Ministère des solidarités et de la santé. Les centres de santé. 2016. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/article/les-centres-de-sante> [page consultée le 19 janvier 2018].
10. Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé. Site internet de la FNFCEPPCS. Disponible sur : <http://www.fedeforma.org/> [page consultée le 19 janvier 2018].
11. Clyman JC, Nazir F, Tarolli S, Black E, Lombardi RQ, Higgins JJ. The impact of a genetics education program on physicians' knowledge and genetic counseling referral patterns. *Med Teach* 2007;29:e143-50.
12. Colombani E, Peyrade F. Etat des lieux de la Formation médicale continue diplômante via internet ouverte aux médecins généralistes en France, année 2006-2007 : évaluation de l'une d'entre elles :

- le DU de cancérologie ambulatoire, proposé par la Faculté de médecine de Nice Sophia-Antipolis et le CAL. Thèse de médecine : Université de Nice, 2007.
13. Slade GD, Rozier RG, Zeldin LP, Margolis PA. Training pediatric health care providers in prevention of dental decay: results from a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2007;7:176.
 14. Martínez-García MA, Soler-Cataluña JJ, Román-Sánchez P et al. Efficacy of a training program on sleep apnea-hypopnea syndrome aimed at primary care physicians. *Arch Bronconeumol* 2008;44:15-21.
 15. Siriwardena AN, Middlemass JB, Ward K, Wilkinson C. Drivers for change in primary care of diabetes following a protected learning time educational event: interview study of practitioners. *BMC Med Educ* 2008;8:4.
 16. Wijesinha SS, Kirby CN, Tasker C, Piterman L. GPs as medical educators--an Australian train-the-trainer program. *Aust Fam Physician* 2008;37:684-8.
 17. Abu Rumman K, Ottmani S, Abu Sabra N, Baghdadi S, Seita A, Blanc L. Training on the Practical Approach to Lung Health: effect on drug prescribing in PHC settings in Jordan. *East Mediterr Health J* 2009;15:111-21.
 18. Bit-Mignon B, Renard V. Evaluation d'une formation médicale continue sur la contraception. Thèse de médecine : UPEC, 2009.
 19. Bourgeois M, Coudert H, Allaria-Lapierre V, Sciortino V. Évaluation d'une formation en matière de Sécurité sociale pour les jeunes médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins* 2009;40:25-30.
 20. Mohammadi Moein G, Renard V. Evaluation d'une formation médicale continue sur la contraception. Thèse de médecine : UPEC, 2009.
 21. Pregler J, Freund KM, Kleinman M et al. The heart truth professional education campaign on women and heart disease: needs assessment and evaluation results. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:1541-7.
 22. Coulouma Marie, Pavese P. Évaluation d'un modèle de formation continue pour l'implantation des recommandations chez les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université Joseph Fourier (Grenoble), 2010.
 23. Phillips SP. Does hands-on CME in gynaecologic procedures alter clinical practice? *Med Teach* 2010;32:259-61.
 24. Telner D, Bujas-Bobanovic M, Chan D et al. Game-based versus traditional case-based learning. *Can Fam Physician* 2010;56:e345-51.
 25. Allaire BT, Trogdon JG, Egan BM, Lackland DT, Masters D. Measuring the impact of a continuing medical education program on patient blood pressure. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2011;13:517-22.
 26. Drexel C, Jacobson A, Hanania NA, Whitfield B, Katz J, Sullivan T. Measuring the impact of a live, case-based, multiformat, interactive continuing medical education program on improving clinician knowledge and competency in evidence-based COPD care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2011;6:297-307.
 27. Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S. Impact of an educational program on the management of bipolar disorder in primary care. *Bipolar Disord* 2011;13:318-22.
 28. Baldacci S, Maio S, Simoni M et al. The ARGAs study with general practitioners: impact of medical education on asthma/rhinitis management. *Respir Med* 2012;106:777-85.
 29. Beckman HB, Wendland M, Mooney C et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Acad Med* 2012;87:815-9.
 30. Hutchinson J, Evans D, Sutcliffe LJ, MacQueen RA, Davies J, Estcourt CS. STIFCompetency: development and evaluation of a new clinical training and assessment programme in sexual health for primary care health professionals. *Int J STD AIDS* 2012;23:589-92.
 31. Martínez-Valverde S, Castro-Ríos A, Pérez-Cuevas R, Klunder-Klunder M, Salinas-Escudero G, Reyes-Morales H. Effectiveness of a medical education intervention to treat hypertension in primary care. *J Eval Clin Pract* 2012;18:420-5.
 32. Bird GC, Marian K, Bagley B. Effect of a performance improvement CME activity on management of patients with diabetes. *J Contin Educ Health Prof* 2013;33:155-63.
 33. Khanal S, Ibrahim MI, Shankar PR, Palaian S, Mishra P. Evaluation of academic detailing programme on childhood diarrhoea management by primary healthcare providers in Banke district of Nepal. *J Health Popul Nutr* 2013;31:231-42.
 34. Represas-Represas C, Botana-Rial M, Leiro-Fernández V, González-Silva AI, García-Martínez A, Fernández-Villar A. Short- and long-term effectiveness of a supervised training program in spirometry use for primary care professionals. *Arch Bronconeumol* 2013;49:378-82.
 35. Zisblatt L, Kues JR, Davis N, Willis CE. The long-term impact of a performance improvement continuing medical education intervention on osteoporosis screening. *J Contin Educ Health Prof* 2013;33:206-14.
 36. Borie N, Boyer P. Évaluation des modifications des pratiques professionnelles de 40 médecins exerçant en Midi-Pyrénées ayant participé à une formation médicale continue sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPPPOP-MGFORM). Thèse de médecine : Université Paul Sabatier (Toulouse), 2014.
 37. Dadyou HM, Zeggagh A. Evaluation du dépistage précoce de la BPCO par le spiromètre informatisé au sein d'un groupe de 23 médecins ayant participé à une formation spécifique dans le cadre de la formation médicale continue, MG PACA. Thèse de médecine : Université de Nice, 2014.
 38. Thu-Thon É, Charles R, Froger P, Meyrand B, Paré É, Trombert B. The impact of a general practitioner training program on the colorectal cancer screening participation rate. *Sante Publique* 2013;25:775-83.
 39. Boisvert M. Conception et évaluation d'une activité de formation continue sur la gestion de la douleur par et pour les infirmières oeuvrant à Info-Santé 8-1-1. Mémoire de médecine et sciences de la santé : Université de Sherbrooke, 2015.
 40. Kadlec H, Hollander MJ, Clelland C, Kallstrom L, Hollander M. Family physicians enhance end-of-life care: evaluation of a new continuing medical education learning module in British Columbia. *BMC Med Educ* 2015;15:119.
 41. Malan Z, Mash R, Everett-Murphy K. Qualitative evaluation of primary care providers experiences of a training programme to offer brief behaviour change counselling on risk factors for non-communicable diseases in South Africa. *BMC Fam Pract* 2015;16:101.
 42. Parekh S, Bush R, Cook S, Grant P. Evaluating impact of a multi-dimensional education programme on perceived performance of primary care professionals in diabetes care. *Prim Health Care Res Dev* 2015;16:589-96.

43. Pype P, Mertens F, Wens J, Stes A, Van den Eynden B, Deveugele M. Preparing palliative home care nurses to act as facilitators for physicians' learning: Evaluation of a training programme. *Palliat Med* 2015;29:458-63.
44. Reynolds N, Wuyts P, Badger S, Fusar-Poli P, McGuire P, Valmaggia L. The impact of delivering GP training on the clinical high risk and first-episode psychosis on referrals and pathways to care. *Early Interv Psychiatry* 2015;9:459-66.
45. Williamson E, Jones SK, Ferrari G, Debonnaire T, Feder G, Hester M. Health professionals responding to men for safety (HERMES): feasibility of a general practice training intervention to improve the response to male patients who have experienced or perpetrated domestic violence and abuse. *Prim Health Care Res Dev* 2015;16:281-8.
46. Malan Z, Mash B, Everett-Murphy K. Evaluation of a training programme for primary care providers to offer brief behaviour change counselling on risk factors for non-communicable diseases in South Africa. *Patient Educ Couns* 2016;99:125-31.
47. Van de Mortel T, Bird J, Chown P, Trigger R, Ahern C. General practitioners as educators in adolescent health: a training evaluation. *BMC Fam Pract* 2016;17:32.
48. Yoon HB, Shin JS, Bouthavanh K, Kang YM. Evaluation of a continuing professional development training program for physicians and physician assistants in hospitals in Laos based on the Kirkpatrick model. *J Educ Eval Health Prof* 2016;13:21.
49. Conseil national des universités. Eléments pris en compte dans les dossiers pour le concours de MCU-MG. Disponible sur : <http://www.cpcnu.fr/web/sous-section-5303/recommandations-candidats-mcu-ph> [page consultée le 19 janvier 2018].
50. Rey O. A la recherche d'une Science pour l'éducation. Éduveille 2016. Disponible sur : <http://eduveille.hypotheses.org/7941> [page consultée le 19 janvier 2018].
51. Albert M, Hodges B, Regehr G. La recherche en éducation médicale: entre le service et la science. *Pédagogie Médicale* 2006;7:73-81.
52. Conseil national des universités. Liste des revues qualifiantes en 70^e section. Disponible sur : <http://www.cpcnu.fr/web/section-70/rapport-d-activites-et-documents> [page consultée le 19 janvier 2018].
53. Conférence internationale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. New-York : Who, 1946. Disponible sur : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf [page consultée le 19 janvier 2018].
54. Agence nationale du développement professionnel continu. Le DPC en pratique. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique> [page consultée le 19 janvier 2018].
55. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. 3 ed. San Francisco : Berrett-Koehler Publishers, 2006.
56. Deming WE. *Elementary Principles of the Statistical Control of Quality*. Japanese Union of Scientists and Engineers, 1950.
57. Biggs J. Enhancing teaching through constructive alignment. *High Educ* 1996;32:347-64.
58. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue* 2015;15:39-44.

Le dossier :

Questions de bioéthique

Bioéthique, éthique médicale : des questions qui rebondissent

Par Jean Michel Galano, professeur de philosophie

Le développement exponentiel des savoirs et des savoir-faire est un fait avéré, bien connu en théorie, mais aux conséquences pratiques difficilement maîtrisables. On a fait il y a de cela plusieurs décennies le constat que le contenu du savoir et des savoir-faire humains doublait tous les dix ans. À cet accroissement quantitatif de plus en plus rapide correspondent des mutations qualitatives, des distorsions et des remises en questions de plus en plus radicales. Mais la spirale de développement des connaissances et des moyens nouveaux ne se déploie pas dans le ciel bleu de la théorie, et il est un peu facile de déplorer le décalage croissant entre ce que les sciences et leurs applications permettent et l'état relativement stable des mentalités. En effet, la recherche et ses applications sont pour une très large part soumises à des impératifs budgétaires relevant de logiques d'argent et de rentabilité. Le développement d'un capitalisme de plus en plus financiarisé, exclusivement soucieux de son auto-valorisation, pose des problèmes qualitatifs inédits de par son impératif de rentabilité rapide, à la recherche et à ses applications, notamment en matière de prévention. Il y a davantage encore : la poussée démographique lente mais continue d'une population en demande de soins et de politiques de santé mais non solvable financièrement. Les questions d'éthique dans ces conditions reviennent en force à tous les échelons de la pratique médicale, sanitaire et sociale, et sont de plus en plus incontournables. Il ne s'agit plus de « la machine élargie qui attend un supplément d'âme », comme le disait Bergson, (métaphysicien idéaliste mais bon connaisseur des évolutions scientifiques et techniques du début du XX^e siècle). Plutôt qu'un « supplément d'âme », c'est une prise de contrôle civique et démocratique qui s'avère plus nécessaire que jamais. Un contrôle et un ensemble d'interventions seuls susceptibles de soustraire les progrès actuels aux logiques de l'argent et du profit rapide. Et aussi seuls susceptibles d'ouvrir en grand, pour toute l'humanité, des perspectives thérapeutiques vraiment nouvelles.

Or une condition à remplir pour que ce contrôle civique et démocratique s'exerce pleinement, c'est la vigilance à l'égard des schémas de pensée auxquels nous avons spontanément recours, des mots et des notions que nous employons sans trop y réfléchir. Appelons cela :

la rigueur catégorielle. C'est le souci constant de ne pas confondre le naturel et l'historique, le virtuel et le réel, le possible et le nécessaire, l'environnement naturel et le monde humain, la liberté et l'irresponsabilité, l'utile et le rentable, l'indispensable désacralisation et l'injustifiable instrumentalisation. Ce souci n'est rien moins que nouveau. Il a pour une large part commandé le combat mené par Marx dès sa jeunesse à la fois contre l'idéalisme mystificateur et contre son contraire, le matérialisme réducteur, « vulgaire », souvent associé aux diverses variantes de l'utilitarisme. Un combat toujours actuel, et qui déborde largement les frontières de ce qu'il est convenu d'appeler « la philosophie ».

Génome : se mettre au clair sur l'essence humaine

Les possibilités de thérapies géniques sont désormais avérées et déjà expérimentées. Elles se voient souvent opposer un interdit dont on devine l'origine religieuse : celui de toucher à un ordre naturel d'essences posées comme transcendantes par rapport à l'intervention humaine. Il est à noter que cet interdit a été transgressé depuis très longtemps en ce qui concerne les espèces végétales voire certaines espèces animales. On « fabrique » des porcs de moins en moins gras et des poreaux de plus en plus blancs pour les besoins du marché de l'alimentation, et le mot « hybridation », dérivé pourtant du grec hubris (=démésure de quiconque enfreint l'ordre naturel des choses) a perdu sa charge péjorative. Il n'en reste pas moins que déjà dans le cas des industries agro-alimentaires il s'agissait de répondre à la demande d'un marché agrandi par la croissance démographique mais aussi gonflé par les perspectives de profit et de rentabilité à court terme. La peur des OGM est un fait. Toute la question est de savoir si c'est la modification du génome en soi qui doit inquiéter, ou bien les critères et les finalités de cette modification. Problématique qu'on retrouvera, infiniment plus grande, dans le cas du génome humain.

Ce que les changements déjà effectifs ont révélé, c'est que les espèces naturelles n'étaient pas seulement soumises à des variations essentielles dans le temps long de l'évolution (découverte capitale de Darwin en 1840), mais que des mutations essentielles étaient concevables dans le temps court des techniques et de l'invention technoscientifique. L'évolutionnisme avait bousculé voire

balayé le dogme religieux de la fixité des espèces. C'est leur intangibilité qui est maintenant mise en cause. Avec un corollaire qui apparaît immédiatement : l'altération d'un ordre naturel est un acte aux conséquences irréversibles et dans une large mesure non prévisible. Qui peut s'en arroger le droit ? Des activités humaines, dictées notamment par l'appât du gain, ont amené et amènent encore la destruction pure et simple de dizaines de milliers d'espèces animales et végétales. Des altérations ou des modifications irréversibles valent-elles mieux ? Sont-elles pires ? Et en fonction de quels critères ?

Ces problèmes ne se posent pas dans l'abstrait. C'est ainsi que la loi française interdit la création de « chimères », à savoir l'hybridation de l'humain et de l'animal. Dans le chapitre de « *La Connaissance du Vivant* »⁽²⁹⁾ intitulé « La Monstruosité et le monstrueux », Georges Canguilhem rappelait que de telles hybridations ont été tentées sous le III^e Reich, et l'on peut voir dans ce souvenir traumatique l'une des origines de la défiance codifiée par le législateur. Pour autant, la recherche avance, et ce qui est interdit dans le sens animal > homme pourrait s'avérer important et fécond dans le sens homme > animal, comme l'expliquent certains chercheurs en diabétologie intéressés par la culture de cellules-souches pancréatiques humaines sur des cochons, chose qu'en son état actuel la législation n'autorise pas.

L'évocation des « chimères » nous conduit à poser de façon plus précise la question de l'essence humaine : sacrée, ou tout au moins intransgressible ? C'est à voir...

Il convient d'abord de remarquer que l'essence humaine n'est pas un absolu. Aucune « essence » ne l'est. L'essence humaine est scindée. Comme toute espèce animale, elle possède une base biologique, constituée dans le temps long et exprimée dans l'ADN, structure, qui lui est commune à 96 % avec le chimpanzé. Mais les acquisitions culturelles et civilisationnelles ont amené la constitution d'un gigantesque patrimoine humain extérieur aux individus, non fixé dans le code génétique, et donc non transmissible héréditairement mais transmis (ou non) dans le cadre des rapports familiaux et sociaux tels qu'ils existent à une époque et dans un milieu donné. L'essence humaine distend de plus en plus ses liens avec sa base biologique pour acquérir une réalité toute différente : celle d'être moins un donné biologique qu'un transmis social. C'est en ce sens que Marx écrit avec une grande lucidité (*Thèses sur Feuerbach* 6) que « dans sa réalité effective, l'essence humaine est constituée par la

totalité des rapports sociaux ». L'essence n'est pas une espèce de quintessence existant substantiellement de toute éternité à l'intérieur de chacun d'entre nous à la manière d'une nature : elle possède, certes, un support biologique lui-même soumis à une évolution dans le temps long, mais elle se constitue, sur ce support, comme une production historico-sociale mouvante qui s'enrichit en permanence des progrès et des expériences de l'humanité devenue par là même non plus espèce humaine, mais genre humain.

Ces considérations doivent nous permettre de mieux cerner l'enjeu du problème : toute action sur le génome s'exerce sur la base de l'essence humaine, et met de ce fait hors circuit l'ensemble de ce qui constitue l'ordre culturel humain socialement et historiquement constitué. Cela dit la radicalité de telles actions. Et cela pose d'emblée la question : qui décide ? Et en fonction de quoi ? Or la situation appelle sérieux et discernement. D'un côté, il est notoire que les gènes de nombreuses maladies héréditaires sont identifiés (le diabète, par exemple) et qu'il faut bien distinguer la thérapie génique des manipulations génétiques – ce que souvent l'on néglige de faire, par sensationnalisme ou pour jouer sur des peurs. D'autre part, la confusion règne dans de nombreux autres cas – pour ne pas parler du charlatanisme prétendant assigner une origine génétique à la violence ou à l'homosexualité. Confusion et charlatanisme où se manifeste sans doute quelque chose de significatif quant à l'état présent du genre humain, et qui invitent à une certaine prudence. Il est notoire aussi que le gène, objet relativement neuf d'observation et éventuellement d'expérimentation, est pour l'essentiel aujourd'hui l'objet du génie génétique, lequel sépare, amplifie, fragmente et reproduit des gènes clonés et purifiés, obtenus en partie par synthèse chimique, traités souvent comme des usines à protéines, de sorte que les frontières mêmes du naturel et du synthétique deviennent floues. La culture de cellules-souches à des fins thérapeutiques exige des moyens industriels, alors qu'en France notamment, l'insuffisance des budgets de recherche condamne d'excellentes équipes à l'artisanat et que l'industrie pharmaceutique se désintéresse de plus en plus de la recherche fondamentale pour des raisons de non-rentabilité⁽³⁰⁾. D'un autre côté, il y a un marché de ces biotechnologies. La dynamique de la recherche et celle du marché se chevauchent, parfois se rencontrent mais souvent se séparent.

29 Vrin, 1971.

30 Sur toutes ces questions, je reprends, parfois à la lettre, les analyses de Lucien Sève dans *Pour une critique de la raison bioéthique* (Odile Jacob 1994).

Les enjeux de la question apparaissent alors nettement : la possibilité d'agir sur le génome humain est effective, mais ne saurait être recevable que dans le cadre de décisions de politique de santé publique élaborées démocratiquement. Toute autre forme de décision court-circuiterait les exigences humaines et humanistes élaborées au fil de la constitution d'un genre humain qui se doit d'être à lui-même son propre objet. Substituer une décision technique à une décision politique renvoie à une conception élitiste et paternaliste de la responsabilité : c'est typiquement celle de Hans Jonas, élaborée dans « *Le Principe de responsabilité* ». À quoi il convient d'opposer une conception toute différente de la responsabilité. Il s'agit donc d'éviter deux extrêmes : d'une part la sacralisation du génome : il y a 3 000 maladies géniques mono factorielles recensées, et l'éthique ne saurait se résigner à ne rien laisser faire contre elles. Mais d'autre part, la vue qui rabat l'humain sur le génétique amène à des dérives eugénistes inquiétantes : banque de sperme de prix Nobel, stérilisation massive de malades mentaux et autres sujets « anormaux », et cela pas seulement dans l'Allemagne nazie⁽³¹⁾...

Dès lors, il semble bien que la solution se profile : c'est l'usage social du génome, donc en définitive ce que l'homme fait de l'homme qui est la clé du problème. Trois interdits semblent se dessiner :

- (1) celui d'une catégorisation biologique des personnes les mettant à la merci des employeurs, assureurs, etc., sans leur consentement.
- (2) l'interdiction, en l'état actuel des savoirs, de toute thérapie génique germinale, c'est-à-dire de toute modification de l'ADN des gamètes affectant la descendance.
- (3) empêcher la prise de brevets industriels sur le génome humain et donc l'appropriation à but lucratif d'informations sur les gènes de l'homme à des fins d'applications biotechnologiques.⁽³²⁾

L'embryon humain, objet d'expérimentation ?

Beaucoup de confusions au sujet du statut de l'embryon tiennent à ce que l'on entend quand on le désigne comme « être humain potentiel ». En effet, il n'est pas potentiel au sens où le fruit est en puissance dans la fleur. Ce qui est en puissance en lui, c'est la base. L'être humain et humanisé n'est pas en puissance dans l'embryon. « Personne potentielle », cela s'oppose d'abord à personne « actuelle » : l'embryon ne peut

faire valoir ses droits, cette responsabilité incombe à des tiers. Ensuite, l'embryon n'est qu'une potentialité d'être humain, et notre respect va à son présent dans la mesure où nous y considérons son avenir. Le véritable respect humain est prospectif, comme l'attestent les décisions d'IVG dans les cas de malformation graves du fœtus.

Dès lors, la question de l'expérimentation sur l'embryon humain suppose un critère d'acceptabilité centré sur un projet recevable du point de vue de l'éthique. Ce critère semble meilleur que celui d'un seuil chronologique (les Anglais disent : 14 jours) toujours quelque peu arbitraire. En fait, l'humain n'est pas le génétique. Bien plutôt que le déroulement linéaire d'un programme, la formation d'un être humain est d'abord un processus épigénétique, auxquels se substituent très tôt les facteurs socioculturels de la personnalisation. L'embryon n'est pas plus sacré que le génome. Ce qui est sacré, comme le dit Anne Fagot-Largeault, « ce sont des valeurs liées à l'idée que nous nous faisons de l'humanité ». Dans le temps où la famine tue des millions d'enfants, où selon les chiffres de l'UNICEF 2,5 millions de nourrissons meurent chaque année faute de soins, le sacrifice de quelques milliers d'œufs ou d'embryons surnuméraires est justifiable s'il a des finalités strictement curatives ou prophylactiques, à l'exclusion de tout tri ou de sélection des êtres humains.

Querelles dans la famille

Il faut résolument tenir le même fil : la personne humaine, fût-elle potentielle, n'est jamais simple objet ni simple sujet, mais le lieu d'un processus dialectique où l'un et l'autre sont en jeu. Un enfant est, dans de nombreux cas (notamment dans nos sociétés, mais ne généralisons pas trop) l'aboutissement d'un projet parental, le fruit d'un amour ou tout au moins d'un désir. Mais nous le savons tous, l'identité d'une personne humaine se fait en très grande partie par différenciation par rapport à ce projet parental, dans le différentiel entre la place assignée et la place revendiquée. Même quand la place assignée est assumée, il y a processus critique et moment décisionnel. L'identité voulue par la famille voire plus globalement par le corps social entrave souvent, ou du moins complique, la nécessaire auto-identification.

Dans ces conditions, le législateur doit mettre au premier plan l'intérêt de l'enfant, y compris son intérêt ultérieur d'être humain civilisé. L'évaluation de l'intérêt de l'enfant n'est pas une simple appréciation subjective : elle doit s'appuyer sur le droit de l'enfant, notamment tel qu'il a été codifié dès 1947 par les Nations Unies.

31 Voir à ce sujet Lucien Sève, *op. cit.*, notamment le chapitre sur « Le Respect ».

32 L. Sève, *op. cit.* – Voir dans le même chapitre les recommandations en la matière du CCNE.

L'enfant a droit à un nom, à un foyer, à être protégé, soigné et éduqué. Le fait est que ce droit rencontre le désir de nombreuses familles, stériles mais aussi homosexuelles, recomposées, monoparentales d'adopter des enfants. On ne voit pas en quoi un modèle de structure familiale devrait s'imposer ; on le voit d'autant moins que l'expérience tragique des guerres a conduit, notamment dans nos pays, à la constitution de nombreux foyers de ce type.

Autant dire que la vraie question est celle de l'épanouissement futur de l'enfant plutôt que celle de la réalisation du désir des adultes – même si dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas contradiction mais complémentarité entre les deux, l'enfant étant en définitive la vérité du couple (?) parental, son objectivation en un sujet différent. Pour autant, l'être humain n'est pas un produit (primat du passé) mais un producteur (primat du possible) dans le cadre d'une biographie où il ne cesse d'être à la fois réceptif et actif, dans une densité d'échanges où sa personne se construit dans un processus qui relativise de plus en plus sa base biologique. A la nécessité biologique se surimpose une liberté psychologiquement et socialement construite. Liberté construite, non pas donnée mais acquise, qui n'est nullement incompatible avec la transmission de valeurs ou d'un héritage culturel, mais à laquelle l'assignation d'une filiation n'apporte, il faut avoir le courage de le dire, strictement rien. Autant la projection du désir parental dans l'enfant constitue le plus souvent un prolongement et un épanouissement, autant le symétrique est appauvrissant : l'être humain en quête de ses origines s'expose à ne trouver que du biologique et du géographique, seulement le déterminisme d'une nature et jamais la force d'un projet. « La source n'est qu'un point géographique, elle ne contient pas la force vive du fleuve », disait déjà Bachelard⁽³³⁾. La généalogie n'est jamais une genèse⁽³⁴⁾. Les demandes par une personne née sous X de connaître son géniteur doivent d'abord être comprises comme des symptômes de mal-être, voire des symptômes névrotiques, auxquels la divulgation de la vérité n'apporterait qu'une satisfaction illusoire. D'autant plus qu'il y aurait conflit de légitimité, le don anonyme ne pouvant par définition exister sans garanties de son anonymat, ce qui en outre empêche a priori toute démarche intéressée, tout chantage, etc. L'éthique du don, en tous domaines, est une garantie d'indépendance par rapport aux logiques d'argent et de marchandisation. De même, l'insémination post-

mortem se fait non seulement au détriment du nécessaire travail de deuil, mais à celui de l'enfant à naître, sur qui pèsera le risque de la névrose. Or c'est tout de même en la matière la névrose qu'il convient si possible d'éviter.

De ce point de vue, « la famille dans la tourmente »⁽³⁵⁾, comme disait François Dagognet, est aussi le lieu d'une certaine et très positive créativité : familles recomposées, monoparentales, multiparentales, homosexuelles, souffrent davantage du regard et des préjugés d'autrui que d'une inaptitude foncière à remplir leur rôle affectif et éducatif. La vraie question s'avère être en définitive celle des moyens que l'État et la société d'une façon générale mettent à leur disposition, et de sa volonté à faire reculer les stéréotypes de genre.

Ce sont les lois du marché et les logiques d'argent qui obscurcissent les problèmes : un objet n'est jamais loin d'être une marchandise. Ce qui menace l'enfant-projet, c'est de devenir enfant-objet, enfant-enjeu. L'anonymat s'avère à cet égard être un garde-fou. Mais d'un autre côté, de nombreuses associations regroupant des personnes nées sous X dénoncent la « culture du secret », symbolisée par « les armoires verrouillées » que l'État refuse d'ouvrir, même 18 ans après le don. La question est complexe. Il y a là, on l'a dit plus haut, un conflit de légitimité. Dans l'immédiat, il semble que le « receveur » devrait avoir accès au moins à la partie médicale du dossier du donneur, afin de pouvoir identifier d'éventuelles prédispositions et maladies héréditaires. Pour le reste, le fantasme de l'origine, exacerbé en cette occasion, est commun à tous les humains. Ne convient-il pas de travailler à son dépassement, en chacun de nous ? Faire de l'origine quelque chose d'essentiel et non plus de basal, n'est-ce pas rabattre l'humain sur le génétique, et donc qu'on le veuille ou non sur le biologique, avec toutes les dérives prévisibles ?

Sortir le « pour autrui » des logiques d'argent

Tout a été dit sur les abus, non seulement potentiels mais tragiquement réels, d'une pratique telle que la GPA. Sauf peut-être l'essentiel, à savoir qu'en l'état actuel de nos sociétés, elle est intégralement soumise aux lois du marché, ce qui la distingue radicalement du don d'organe anonyme et gratuit. Une grossesse, ce n'est pas anonyme, et cela peut se monnayer, être une prestation marchande comme une autre. Mais réfléchissons à ce que pourrait être un service librement consenti, sans contrepartie financière, d'une femme féconde à une femme stérile,

33 *L'Eau et les rêves*, Corti 1942.

34 Les affiches de « La Manif pour tous » exigeant pour les enfants adoptés la même « traçabilité » que pour la viande de boucherie en apportent un contre-exemple où le grotesque le dispute à l'odieux...

35 Titre du second chapitre de « *Une Nouvelle morale* » (Seuil 2002).

voire à un couple d'hommes. Où serait le scandale ? Utopie ? Pas plus que l'accouchement sans douleur. Il y a peut-être lieu de tirer quelques enseignements à cet égard de ce que la PMA nous a appris : en France, où l'on y a recours de façon relativement plus fréquente que dans d'autres pays, les PMA représentent moins de 1 % des naissances. Sur ces 1 %, l'immense majorité représente un recours destiné à pallier l'infécondité de l'homme ou de la femme. Ne peut-on envisager, dans un futur peut-être pas si lointain, l'établissement de nouvelles relations entre femmes et hommes émancipées des lois du marché, où des mères porteuses cesseraient d'être des mères vendeuses ? La vraie question n'est-elle pas plutôt celle de l'évaluation des risques qui font de toute PMA un acte peu banal, nécessitant information et suivi – suivi dont les enfants issus de PMA gagneraient peut-être sur un plan médical à bénéficier, même s'il faut mettre cet intérêt éventuel en balance avec la rupture de l'anonymat qu'elle semble devoir entraîner inévitablement. À l'inverse, une grossesse est un événement sinon banal, du moins le plus souvent normal, alors que les aléas d'une grossesse à risques sont connus...

Les considérations qui précèdent invitent à mettre en cause dans tous les cas l'idée de modèle. Les valeurs attachées au respect de la personne sont toujours porteuses de tensions au moins potentielles par rapport aux modèles, aux structures et aux institutions dans lesquelles elles trouvent pourtant en général satisfaction, dans un temps donné qui peut être très long et dans une société donnée. Famille nucléaire, famille élargie sont des structures bien connues, liées d'un lien assez lâche à des modes de production, d'habitat et de consommation eux-mêmes en évolution constante. L'émergence au grand jour de nouvelles formes, monoparentales, homosexuelles et surtout recomposées, est une invitation à relativiser et surtout à dédramatiser les questions de filiation au profit de celles de la qualité du tissu familial et éducatif. À la problématique passiviste voire fataliste des origines, ne convient-il pas de substituer celle, dynamique et véritablement structurante, du commencement dans la vie ?

Problématiques de la fin de vie

La fin de vie pose des problèmes redoutables, réactivés par un certain nombre de débats actuels, notamment dans le domaine législatif (loi Leonetti, etc.). Il semble que cette question fasse, elle aussi, intervenir la notion de modèle, avec tout ce que cette dernière comprend de relatif voire de discutabile.

S'il y a consensus à peu près total pour condamner l'euthanasie, pratique dans laquelle se manifeste de façon évidente l'imposition autoritaire d'un modèle auquel seul irait le respect dont nous avons posé qu'il était dû à la personne, avec tout le poids des terribles précédents historiques, le « suicide assisté » quant à lui est souvent revendiqué comme l'établissement d'un droit nouveau. Il convient ici de resserrer l'analyse.

Un certain nombre de personnes, à dire vrai un très petit nombre, choisissent volontairement de mettre fin à leur vie. Parmi ce très petit nombre, un certain nombre de malades chroniques las de souffrir, et constatant l'échec des thérapeutiques.

Certes, il faut s'opposer à l'acharnement thérapeutique prolongé au-delà de toute raison, et sans autre finalité concevable qu'une prolongation artificielle d'une vie purement végétative. C'est en général la volonté exprimée par les familles, les seules exceptions relevant d'intérêts juridiques et légaux qui n'ont plus rien à voir avec le respect du mourant. Mais par contre, qui décidera de la « qualité de la vie » du mourant ? Toutes les études, tous les témoignages montrent que tel malade souhaite un jour « en finir », le lendemain s'accroche de nouveau à la vie, que tel grand brûlé qui souhaitait mourir a de nouveau une vie familiale épanouie malgré des lésions corporelles irréversibles... ne faut-il pas en conclure qu'en la matière, on est en présence d'une approche irrémédiablement subjective ?

Ici, il convient de choisir entre deux formes de respect : le respect dû à une vie conçue comme intransgressible voire sacrée, et le respect dû à une personne en voie de dépersonnalisation. De ce point de vue, l'un des intérêts de la loi Leonetti (votée à l'unanimité à l'Assemblée Nationale en 2005) et de ses prolongements en 2016 (loi Leonetti – Claeys), est de fournir un cadre et de donner des moyens à l'expression de la volonté de la personne (mise au point de protocoles et de directives de fin de vie, désignation de « personnes de confiance » par la personne elle-même. S'y ajoute la codification de la « sédation profonde et continue ») ainsi que de distinguer, dans les soins, le thérapeutique du palliatif.

Ces aménagements ne sont pas seulement quantitatifs. Ils permettent de poser des garde-fous et de centrer le respect sur la personne plutôt que de conditionner ce respect au seul maintien de la vie biologique.

De fait, la personne, en tant qu'être culturel, repère symbolique, référence mémorielle, survit au-delà de

sa vie biologique. « L'humanité se compose de plus de morts que de vivants », disait déjà Auguste Comte. Le cadavre lui-même ne saurait être considéré comme « chose parmi les choses ». S'il y a lieu d'encourager le don d'organes, on ne saurait tolérer le dépeçage de cadavres. Là encore, des évolutions de long terme mettant en jeu les pouvoirs publics, notamment par le biais de l'éducation, mais aussi et surtout le débat citoyen, sont la condition nécessaire à une évolution des mentalités.

Conclusion : se mettre à la hauteur des perspectives

Il importe de ne pas confondre responsabilité et conservatisme. Depuis déjà des décennies, des greffes ambitieuses, des cultures de plasma et de tissus organiques « ni morts ni vivants » (François Dagognet)⁽³⁶⁾, des innovations chirurgicales hardies telles que le *by-pass*, avaient permis de prolonger de nombreuses vies tout en bousculant des tabous multiséculaires. Les perspectives ouvertes par les thérapies géniques annoncent une révolution plus importante encore : on commence à entrevoir la possibilité non plus simplement de greffer des morceaux de génome, mais de construire des génomes artificiels. La greffe de neurones humains ouvre des perspectives thérapeutiques inenvisageables il y a encore peu d'années, et met à mal la représentation traditionnelle de neurones voués à une irrémédiable dégradation.

L'implantation de neurones permettant la reconstitution de tissu cérébral chez la souris ouvre aussi de grands espoirs. Encore faut-il apprendre à espérer, à espérer de façon rationnelle, active, audacieuse, et rien dans les cultures héritées du passé ne nous y prépare. Anticiper puissamment sur le réel, ce n'est pas se bercer d'illusions. C'est une culture à acquérir.

Car les possibilités évoquées ont évidemment leur envers et appellent vigilance, responsabilité des pouvoirs publics, éducation des citoyens. À plus long terme, elles poseront une question philosophique majeure : dans quelle mesure l'humanité a-t-elle le droit de faire ce dont elle aura bientôt le pouvoir : modifier de façon irréversible le génome de l'espèce humaine ? Peut-elle agir sur sa base spécifique sans cesser d'être le genre humain ? Question immense et encore en grande partie obscure, mais à laquelle un fait déjà avéré peut aider à élaborer un commencement de réponse. Ce fait, c'est la quantité et la puissance des armements susceptibles de détruire définitivement le genre humain et toute vie sur terre, et ce que les ressources financières et technologiques investies dans la course aux armements pourraient permettre d'accomplir si elle étaient mises au service de l'éradication de la faim, de la misère et de l'analphabétisme – fléaux dont la survivance est le scandale avéré de notre temps. Le défi est là.

36 La Raison et les remèdes, PUF 1961 p. 175 : « La chirurgie moderne apprend à dépasser l'antinomie mort-vivant. La philosophie de la guérison ou de la restauration impose un statut ontologique intermédiaire, celui du demi-vivant ou, ce qui revient au même, du mort retardé. (...) le plasticien travaille le plus souvent avec une matière qui n'est ni vivante ni morte. La banque d'os, de téguments, de cornées ou de veines capitalise des éléments en vie latente. Puisque le vivant comme le mort suscitent des réactions d'incompatibilité, il ne faut se servir que de tissus déspecifiés, qui ont perdu leurs cellules en ne conservant que leur trame conjonctive. ». Et l'auteur de citer en note le cas des microbes formolisés et celui du sérum...

La révision de la loi de bioéthique décidera-t-elle la fin de l'éthique dans le domaine des sciences de la vie et de la santé ?

Par Jean-Pierre Basset, militant du don de sang

2018 marque la révision de la loi de bioéthique qui se déroulera en deux phases. La première, les « États généraux de la bioéthique » censée animer le débat se terminera en juillet 2018. La 2^e phase sera parlementaire. Doivent être abordés essentiellement la procréation assistée, la fin de vie, l'intelligence artificielle, les neurosciences et les nouveaux enjeux de transplantations.

Parmi tous ces sujets, tous importants, un point fait, depuis juin 2017, l'objet d'une multitude de débats, tribunes, points de vue. C'est selon l'expression médiatique en vogue « La PMA pour toutes les femmes ». Cela faisait partie du programme présidentiel de E. Macron, sous réserve de consultation du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). Ce dernier a donc longuement débattu puis s'est prononcé à la majorité le 15 juin 2017 par l'AVIS N° 126, intitulé « Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ». Militant du Don de Sang qui est à l'origine de l'éthique par la création d'une organisation nationale des donneurs, puis par l'adoption de la loi du 21 juillet 1992 codifiant la pratique transfusionnelle éthique « bénévole, anonyme, volontaire, hors commerce », j'ai immédiatement été alerté tant par le « buzz » médiatique que par les réserves émises par le CCNE aux pages 23, 24 et 25.

Page 23 de l'AVIS : « *La rareté des dons de gamètes compromet actuellement une prise en charge satisfaisante des infertilités pathologiques. ... La demande d'IAD (Insémination Avec Donneur) de personnes non stériles ou demande sociétale d'AMP mettrait en péril deux grands principes du système de santé en France, fondé sur la solidarité : la gratuité du don d'organes et des produits du corps humain, dont les gamètes, et la prise en charge des traitements d'infertilité d'origine pathologique par la solidarité nationale* ».

Page 25 « *Une fois le principe de gratuité rompu sur les gamètes, on voit mal ce qui empêcherait de faire la même chose pour les autres produits et éléments du corps humain, y compris les organes. Il existe comme le montre le marché international du sang et de ses dérivés, des gamètes ou des mères porteuses un immense vivier de personnes qui, en*

raison de leurs difficultés économiques, acceptent de vendre les éléments de leur corps ».

Dans un premier temps, le débat s'est focalisé sur la « discrimination », l'AMP bénéficiant aux « seuls » couples hétérosexuels, en « oubliant » le caractère pathologique de l'infertilité. Dans cette période l'exemple belge surtout, mais aussi espagnol ont été mis en avant « oubliant » aussi que les exemples belges et espagnols sont de la procréation commerciale. 90 % des 2 000 femmes françaises/an inséminées en Belgique le sont avec du sperme acheté sur catalogue au Danemark où ce commerce est désormais licite (page 24 Avis CCNE). La question du commerce reproductif est obligatoirement posée par la « pénurie de gamètes » décrite dans l'Avis du CCNE. En effet chaque année, 500 femmes et 250 hommes font un don d'ovocytes ou de sperme. Or chaque année 3 500 couples stériles s'inscrivent pour bénéficier d'un don de gamètes. De plus l'insémination connaissant beaucoup d'échecs (la Sécurité sociale rembourse 4 tentatives) les dons sont insuffisants pour répondre au besoin des couples infertiles correspondants aux critères actuels. Il est donc impossible de répondre par le don à la « demande sociétale » de « PMA pour toutes les femmes » hors un système marchand, ce que démontre le CCNE. Cela explique l'intensité de ce débat, mais débat tronqué. Car depuis la publication de l'Avis du 15/6/17, aucun ministre, aucun parlementaire, aucun journaliste ou professionnel de santé interrogé ou produisant un point de vue n'a indiqué les réserves du CCNE et de l'existence des pages 23, 24 et 25 déjà citée. Aucun ne s'est référé au titre « Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) ». Un seul l'a-t-il lu ? Et le 3 janvier 2018 un sondage du quotidien « La Croix » est venu confirmer ce que l'opinion publique se doit d'entendre : 60 % des Français sont devenus favorables à la « PMA pour les femmes célibataires et les couples de femmes homosexuelles ». À la 5^e question, 90 % des « sondés » répondent qu'il faut conserver la gratuité du don. Ce qui montre qu'ils n'y ont rien compris, les « réserves » du CCNE ayant été dissimulées au public.

Pour moi, tout cela démontre que « la PMA pour toutes les femmes » est le cheval de Troie de la généralisation du commerce de l'Humain⁽³⁷⁾. Je souligne enfin que 11 membres du CCNE sur 39 ont refusé de voter l'AVIS N° 126 déclarant (pages 49 à 51) : « *Malgré le développement du marché international de la procréation, nous pensons qu'il importe de préserver, en France l'altruisme du don, le choix de la gratuité des produits du corps humain et de leur gestion par le secteur public, garant de la sécurité sanitaire et de la traçabilité* ».

Dans un 2^e temps le débat s'est déplacé sur « l'anonymat ». Cela a été lancé par M^{rs} Le Coz et Maraninchi⁽³⁸⁾ se prononçant pour la « rémunération symbolique du don de sang » (« Libération » 6/10/17). S'appuyant sur cette prise de position Delaisi de Parceval déclare (tribune de « Libération » 14/11/17) « Le système gratuité-anonymat n'est ni efficace ni particulièrement éthique ». Puis l'Humanité 14/2/18 interroge sur deux pages « Qu'est-ce qui justifie l'anonymat ? ». Enfin le 19/2/18 le président du CCNE déclare dans « Le Figaro » : « La levée de l'anonymat sera un ses sujets phare de la prochaine loi de bioéthique ». L'anonymat est déterminant, il conditionne le respect de l'éthique. Contrairement à quelques affirmations dans le débat actuel, l'anonymat ne remonte pas aux débuts des « FIV » mais à l'origine de la généralisation du don de sang, c'est-à-dire à la création de la FFDSB (Fédération Française pour le Don de Sang Bénévole) en 1949 et à son inscription dans la loi (21/7/1952) qui a codifié le système transfusionnel éthique : bénévole, volontaire, anonyme, hors commerce. Alors 1^{re} loi au monde dans ce domaine la loi française est toujours le modèle préconisé⁽³⁹⁾ par l'OMS. Tous les progrès survenus ensuite, don de moelle osseuse, d'organes

et de tissus, puis de sang de cordon après 1986, enfin des gamètes découlent du principe de 1952 pour en interdire le commerce. Le Comité d'Éthique a précisé, Avis du 2/12/1991, : « *d'une part le corps de l'homme ou l'un de ses éléments ne peuvent être l'objet d'un contrat, d'autre part il ne peut être négocié par quiconque* ». Déroger au principe d'anonymat permet le « don dirigé », interdit en 1952, dont le 1^{er} aspect est que connaître donneur et receveur ouvre la porte aux transactions commerciales. On notera que l'AVIS du 15/6/17 précise : « *il faut distinguer le droit à l'accès à ses origines personnelles et le droit à l'anonymat garanti aux donneurs de sperme, ces deux normes ne devant pas être confondues* ». Pour mesurer l'étendue des objectifs de commercialisation de l'humain, il faut lire le livre de Céline Lafontaine « *LE CORPS MARCHE la marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie* »⁽⁴⁰⁾. Elle y révèle et décrypte une directive de l'OCDE, reprise ensuite par la Commission Européenne qui vise sous l'appellation de « bioéconomie » la commercialisation généralisée des éléments et produits du corps humain.

Dans le débat qui va aboutir à la révision de la loi un équilibre est à trouver entre ce que la science peut faire techniquement, la revendication de femmes et couples de femmes non stériles exprimant la volonté de reconnaissance de la légitimité de leur accès à l'IAD et le respect de l'éthique dont j'ai essayé d'exprimer l'enjeu. Pour conclure je fais mienne l'opinion des « opposants » à l'Avis du CCNE : « *au regard des incertitudes soulevées par l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes, le maintien d'un statut quo apparaît un moindre risque et qu'il paraît justifié et prudent de réserver l'IAD aux cas d'infertilité pathologiques.* »

37 Le commerce d'éléments du corps humain, le Plasma Sanguin et les Médicaments qui en sont dérivés est légal aux USA et dans une partie de l'Europe. En application d'une « Directive européenne » de 1993 des « Médicaments Dérivés du Sang » sont commercialisés en France, utilisés dans nos hôpitaux.

38 Respectivement ex Vice Président du CCNE et ex directeur de l'ANSM.

39 En 2016, la Colombie est venue grossir les rangs des pays qui, du Brésil au Bénin, en passant par la Chine et l'Iran ou l'Établissement Français du Sang (EFS) ont signé une convention pour améliorer ou créer des systèmes transfusionnels sur la base des principes éthiques français.

40 Édition du SEUIL, la couleur des idées. Édité en 2014 est disponible sur commande en librairies.

PMA et GPA : de quoi parle-t-on ?

Par Laurence Cohen, sénatrice

L'ouverture des États généraux de la bioéthique a relancé un débat qui se situe à la croisée des progrès technologiques et des questions sociétales, voire philosophiques : PMA procréation médicalement assistée, appelée AMP assistance médicale à la procréation par le milieu médical et le législateur, et GPA (gestation pour autrui anciennement dite technique des mères porteuses). Nous avons parfois de grandes difficultés à comprendre les tenants et les aboutissants du débat car pour certaines personnes, la GPA fait partie des techniques d'assistance à la procréation (AMP).

Des partisans de la GPA appuient sur ce levier pour semer la confusion pernicieuse dans nos esprits : Mettre PMA et GPA, dans le sens où nous l'employons communément dans nos débats, au même plan est une tromperie. Pour nous militantes féministes et/ou politiques il s'agit bien de deux sujets différents.

Petits rappels :

Qu'est-ce que la PMA ?

Techniquement, la PMA peut être une simple insémination artificielle pratiquée avec les gamètes venant du conjoint (I.A.C) ou celles d'un donneur (I.A.D). Ou encore par la fécondation in vitro (FIV), impliquant l'ovocyte de la femme et les spermatozoïdes du conjoint, voire un don d'ovocyte associé à un spermatozoïde de l'homme (bébé éprouvette). L'embryon fécondé sera transféré dans l'utérus. La PMA peut être aussi pratiquée par injection intra cytoplasmique de spermatozoïde (ISCI - technique qui consiste à injecter un spermatozoïde à l'intérieur de l'ovule).

À qui s'adresse la PMA, en France ?

Aux femmes en âge de procréer à l'intérieur d'un couple hétérosexuel, dont chaque conjoint est vivant, marié ou non, dit stérile, qui ne peut donc engendrer soit pour des raisons de pathologie de la femme ou de l'homme, soit sans cause retrouvée (25 % des cas). La femme va alors être traitée pour porter l'embryon qui sera son enfant.

Qu'est-ce que la GPA ?

La Gestation pour autrui ou maternité de substitution c'est pour une femme, porter un enfant pour le compte

d'autres personnes (couples hétérosexuels, couples homosexuels...), enfant qu'elle remettra dès sa naissance aux commanditaires nommés parents d'intention. Une sorte d'abandon programmé ! La technique utilisée est la Fécondation in Vitro (FIV). Ce qui génère des situations différentes :

L'une où la « mère porteuse ou mère de substitution » n'a aucun lien génétique avec l'enfant puisque la FIV est réalisée avec l'ovocyte d'une donneuse et les gamètes d'un commanditaire. C'est la pratique la plus courante, elle garantit qu'il n'y aura aucun lien génétique entre la mère porteuse et l'enfant. Autres solutions plus rares, la FIV est réalisée avec les gamètes d'une donneuse et d'un donneur ou encore avec l'ovocyte de la « mère porteuse ».

On comprend une différence essentielle entre la PMA et la GPA :

- Pour la PMA la femme portera un enfant qui sera le sien, qu'elle élèvera.
- Dans le cas de la GPA, la femme portera un enfant pour le remettre à autrui dès sa naissance.

Approfondissons : L'accès à la PMA pour les femmes seules et les couples de femmes est revendiqué, de même que l'accès à la GPA.

Pourquoi le PCF soutient la revendication de l'accès à la PMA pour toutes :

L'accès à la PMA est interdit aux femmes seules et aux couples de femmes. Face à ce constat, les féministes et certains partis politiques, dont le PCF, soutiennent la revendication de l'accès à la PMA pour toutes les femmes. Les lois bioéthiques qui depuis 1994 définissent les conditions d'accès à la PMA s'inscrivent dans un contexte sociétal obsolète. Les modèles familiaux ont évolué.

Aujourd'hui, sur l'ensemble des familles monoparentales, 85 % sont composés d'une mère et d'enfants. Quant aux familles homoparentales, elles sont composées à 80 % de couples de femmes. Ce qui confirme que les femmes seules ou les couples de femmes élèvent déjà des enfants, ce que la loi permet, dans certains cas, puisqu'une femme célibataire ou un couple de femmes mariées peuvent adopter (depuis la

loi Taubira concernant l'accès au mariage à toutes et à tous). Donc, refuser l'accès à la PMA, à toutes les femmes, est bien un acte conservateur qui affirme la suprématie de la norme hétérosexuelle et qui glorifie la famille traditionnelle dans sa « trinité » : Papa, Maman, Bébé...

Accorder l'accès à la PMA aux femmes célibataires et aux couples de femmes, c'est faire avancer les droits des femmes mais c'est aussi mettre fin à des risques sanitaires. Le désir d'enfant chez certaines femmes, peut les inciter à se lancer dans des agissements dangereux : une rencontre fortuite sur internet ou ailleurs, une insémination artisanale (auto-insémination), avec un risque de contamination aux MST, tel le SIDA (six mille contaminations en France chaque année). De plus, des femmes vont à l'étranger, là où la pratique leur est ouverte. Les cliniques qui les reçoivent ne cultivent pas l'altruisme. Certaines d'entre-elles, soucieuses de leur image, multiplient les injections hormonales des demandeuses de PMA afin d'augmenter leur production d'ovules, pour pouvoir afficher de meilleurs taux de réussite. Cela génère de graves complications, c'est dangereux pour la santé des femmes. Enfin, il faut souligner que la démarche est coûteuse et révèle les inégalités sociales. Aussi, au nom de l'égalité, du droit à la santé, la PMA doit être accessible et prise en charge pour toutes les femmes. Accorder l'accès à la PMA à toutes les femmes, c'est faire avancer leurs droits.

Pourquoi être opposés à la légalisation de la GPA ?

La GPA est interdite en France depuis 1994 mais fortement revendiquée par certains. Les féministes, leurs alliés politiques, le PCF, s'opposent à la légalisation de la GPA en France. Ils dénoncent le marché florissant qui sévit dans certains pays où elle est légale. Là où, souvent en raison de leur pauvreté, des femmes vendent leurs

ovocytes ou louent leur ventre à des commanditaires des pays où cette technique est interdite... Ceci sur fond de contrat d'essence néolibérale qui fige les critères de sélection de la gestatrice, ses obligations tout au long de la grossesse, et qui portent atteinte à sa vie privée et intime. Et qu'on le veuille ou non, l'enfant devient un produit que l'on a acheté ! En France, des pro-GPA dénoncent aussi ce marché, les souffrances de ses femmes pauvres qui mettent leur corps à disposition d'autrui 24 heures sur 24 pour un maigre dédommagement. Mais il s'agit d'une manipulation pour revendiquer la légalisation d'un GPA dite « éthique, altruiste, consentie voire, amicale ou familiale ». Mais quel que soit le contexte où la GPA est pratiquée, qu'elle soit marchande ou non, il s'agit toujours, d'une exploitation et d'une instrumentalisation du corps des femmes que la loi ne pourra pas faire disparaître s'il y avait un jour la légalisation en France. De plus, les lois ont un caractère normatif, légaliser la GPA, c'est la banaliser, c'est la faire accepter socialement. Les luttes pour l'avortement et la contraception ont libéré les femmes, de femmes objets, elles sont devenues femmes sujets. La GPA est un retour en arrière, elle est contraire aux droits humains, contraire à la dignité des femmes. GPA et prostitution reposent sur les mêmes principes, l'instrumentalisation, la mise à disposition des corps pour satisfaire les désirs d'autrui. La prostitution est une violence, la GPA aussi.

S'opposer à ces pratiques, n'est pas un frein moral ni une discrimination. Il ne s'agit pas de vouloir préserver la famille traditionnelle, comme le font les conservateurs de tout bord ; c'est faire avancer les droits des femmes, le respect de leur dignité et de celle des enfants nés de cette façon. C'est une question de responsabilités sociales et politiques dont nous militants communistes essayons d'être les garants.

Les brèves des Cahiers

Sécurité sociale : un déficit réduit à 5 milliards en 2017

Les cotisations sont rentrées plus vite que prévu l'an passé, mais des effets comptables ont joué en sens inverse à hauteur de 1 milliard. Ces effets ne se reproduiront pas en 2018 : la Sécurité sociale devrait donc se rapprocher de l'équilibre cette année. La situation comptable s'améliore progressivement. Le déficit du régime général en 2017, fonds de solidarité vieillesse (FSV), inclus s'est réduit de 2,7 milliards d'euros en un an. Il est resté dans la prévision inscrite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, soit 5,1 milliards d'euros, au lieu de 5,2 milliards prévus. L'amélioration de l'emploi l'an a permis de faire rentrer des cotisations supplémentaires. La masse salariale a progressé de 3,5 % en 2017, soit 0,2 point de plus qu'escompté à l'automne, ce qui a contribué à un surcroît global de 1,2 milliard d'euros de recettes pour l'ensemble des régimes de Sécurité sociale. Mais un effet a joué en sens inverse et a minoré le résultat 2017 de 1 milliard d'euros : il s'agit de l'affectation d'une fraction de TVA à l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale plutôt qu'à la Caisse nationale d'assurance-maladie, opération. L'effet comptable de 1 milliard sur la TVA ne jouera pas dans le calcul du déficit public, au sens de Maastricht, ce qui va encore faciliter le retour sous les 3 % de PIB. Et pour 2018, la Sécurité sociale, FSV compris, pourrait ainsi se rapprocher de l'équilibre, alors qu'un déficit de 2,2 milliards était anticipé. Du côté des dépenses, l'objectif pour l'assurance-maladie a été à peu près respecté, à +2,2 % (au lieu de 2,1 % dans le projet initial) ce qui implique en fait une réduction du service rendu. Au total, on le voit bien, ce qui est déterminant, c'est la réduction du chômage et le niveau de salaire. Ceci dit une amélioration comptable, même si elle ne peut être minimisée, n'indique rien sur la qualité des prestations et l'enjeu de la Sécurité sociale reste bien son financement à hauteur des besoins.

Les hôpitaux de Paris poursuivent la vente de leurs biens immobiliers

Les équipes du siège seront installées au cœur de l'hôpital Saint-Antoine, dans le XI^e arrondissement de la capitale. Ils quitteront l'avenue Victoria, dans le IV^e arrondissement Paris en 2021 au plus tard. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris va vendre son siège social au cœur de la capitale pour s'installer dans un nouveau bâtiment au sein de l'hôpital Saint-Antoine, a annoncé son

directeur général, Martin Hirsch. « *J'ai décidé une profonde transformation du siège de l'AP-HP (...) dans des locaux plus modernes, avec des effectifs plus resserrés* ». Les bénéfices de la vente réinjectés dans le plan d'investissement pour les hôpitaux. Ce déménagement « prévu en 2021 » sera compensé par la vente du siège actuel, composé de deux immeubles proches de l'Hôtel de Ville. Les hôpitaux de Paris lancent une restructuration d'urgence. Ils ont prévu de dépenser 2,4 milliards d'euros d'ici 2022 dans les équipements médicaux, l'informatique et surtout les travaux, dont plus d'un milliard pour des restructurations immobilières. Mais sa situation budgétaire s'est fortement dégradée en 2017, le déficit des activités de soins plongeant à 174 millions d'euros, contre 43 millions en 2016. Le plan global de financement pluriannuel présenté à l'automne reposait notamment sur la cession d'immeubles, logements et terrains pour environ 300 millions d'euros en cinq ans. Mettre le siège social de l'APHP dans les locaux de Saint-Antoine sous-entend que la partie médicale de cet hôpital va être réduite ...

L'espérance de vie en France

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques vient de faire paraître son rapport. Celui-ci montre que l'espérance de vie en bonne santé reste stable, mais que l'espérance de vie augmente, et ce pour les deux sexes. « *En 2016, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance s'élève à 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes* », indique la DREES. Cet indicateur n'a pas évolué ces 10 dernières années. En 2016, l'espérance de vie était de 85,3 ans chez les femmes et de 79,3 ans pour les hommes (contre 85,1 ans et 79,3 ans en 2015, respectivement pour les femmes et pour les hommes). L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans progresse, celle à 55 ans baisse. Ces résultats en fait montrent un tassement du progrès et indiquent que nous sommes en haut d'une courbe en cloche. La DREES souligne aussi que « *l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans s'établit à 10,5 ans pour les femmes et à 9,4 ans pour les hommes, un résultat stable par rapport à 2015. Au cours des dix dernières années, cet indicateur a progressé de 0,9 an pour les femmes et de 0,8 an pour les hommes, traduisant un recul de l'âge d'entrée en incapacité pour les personnes ayant atteint 65 ans.* ». Mais, « *avant 55 ans, la part des années en bonne santé diminue depuis 2006, ce qui reflète notamment un allongement de l'espérance de vie pour les personnes ayant des incapacités survenues plus tôt au cours de la vie.* » Les deux évolutions contraires se compensent en fait, expliquant la stagnation. « *L'évolution*

au cours des dix dernières années (2006-2016) a été plus favorable aux hommes : leur espérance de vie à la naissance a progressé de 2,2 ans tandis que celle des femmes n'a connu un gain que de 1,2 an. »

La natalité en baisse, pour la troisième année consécutive

L'INSEE a de son côté présenté le bilan démographique 2017, précisant que la population a augmenté de 0,3 % (une progression principalement due au solde naturel, lequel est cependant historiquement bas). En effet, le nombre de naissances a baissé en France pour la troisième année de suite (17 000 naissances de moins en 2017 par rapport à 2016, soit une baisse de 2,1 %). « *L'indicateur conjoncturel de fécondité est également en recul pour la troisième année et s'établit à 1,88 enfant par femme en 2017 (contre 1,92 en 2016). Il reste néanmoins le plus élevé d'Europe (devant l'Irlande, la Suède et le Royaume-Uni)* », précise l'INSEE.

Ne peut-on pas voir là un effet du recul de la politique familiale (baisse des allocations familiales) ?

Frédéric Valletoux, président de la FHF : « La vraie réforme à mener est celle de l'Ondam »

La FHF exige désormais des actes et non plus de simples constats. En premier lieu, l'État doit « *desserrer l'étau financier et abandonner la politique du rabout* » qui étrangle l'hôpital. Les pouvoirs publics nous « *annoncent des augmentations de volume de 3 % alors que l'activité dans les hôpitaux était quasiment étale en 2017* ». Autre revendication de la FHF, le coefficient prudentiel ne doit plus être la variable d'ajustement de l'activité hospitalière. Les parlementaires votent chaque année un taux de l'Ondam que le Gouvernement ne respecte pas en confisquant en début d'année des sommes rarement restituées, comme cela s'est déroulé en 2017. Certes, la FHF réclame également un plan de simplification des normes qui minent le fonctionnement des hôpitaux au quotidien. Mais au-delà des mesures catégorielles comme l'augmentation souhaitée des investissements, la FHF appelle surtout à une réflexion de fond sur la construction de l'Ondam. « *On nous promet de réduire le poids de la T2A dans le financement des hôpitaux, mais le gouvernement agite ainsi une sorte de chiffon rouge* », estime Frédéric Valletoux. La vraie réforme menée est

donc celle de l'Ondam. « *Si rien n'est fait, on va vers une dégradation forte de notre système* », alors que le climat social est déjà très tendu.

Des infirmières belges quittent les unités de soins palliatifs, les « Maisons de l'euthanasie »

Des infirmières belges et des assistantes sociales spécialisées dans les soins aux personnes en fin de vie quittent les unités de soins palliatifs parce qu'elles se transforment en « maisons de l'euthanasie ». Un nombre croissant de personnes quittent ce secteur parce qu'elles ne veulent pas être réduites à préparer les patients et leurs familles aux injections létales. C'est ce qu'affirme le professeur Benoit Beuselinck, oncologue consultant de l'université catholique de Louvain. Il ajoute que les infirmières considèrent que les demandes d'euthanasie sont « *un fardeau impossible* » « *en complète contradiction avec leur désir initial d'administrer d'authentiques soins palliatifs aux personnes en phase terminale* ». Dans un livre « *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* », le professeur Benoit Beuselinck montre comment la légalisation de l'euthanasie a corrompu la médecine belge « *en sapant les soins palliatifs* ». Pour lui, l'euthanasie constitue une « *menace réelle pour la pratique de la médecine* » et il regrette que les droits des professionnels de la santé et des établissements de santé à l'objection de conscience soient insuffisamment protégés. Il remarque que les médecins hospitaliers évitent les demandes d'euthanasie en les renvoyant aux unités de soins palliatifs, « *pensant que ces médecins sont habitués à traiter les questions de fin de vie* ». De ce fait, ce sont ces médecins des unités de soins palliatifs qui se voient obligés d'euthanasier les patients qui leur ont spécifiquement été envoyés à cette fin. Aussi, « *certaines unités de soins palliatifs ont décidé de ne plus admettre de patients s'ils avaient une demande active d'euthanasie pour empêcher leurs unités de soins palliatifs de devenir le lieu d'exécution de toutes les demandes d'euthanasie de l'hôpital* ». Le livre explique que le gouvernement, cynique, sabre les budgets des soins palliatifs au fur et à mesure que le nombre de personnes décédées par euthanasie en Belgique augmente. Si l'accès à l'euthanasie est limité par la loi aux adultes dont les souffrances sont intolérables et qui sont en capacité de donner leur consentement et aux mineurs émancipés, entre 2010 et 2015, les médecins pratiquant l'euthanasie sont passés de 954 à 2021. La loi est interprétée de façon tellement libérale que l'euthanasie est effectivement disponible à la demande

et que les médecins pratiquent des injections létales sur des personnes malades, démentes et souffrant de troubles psychiques.

Les cliniques pratiquent plus d'épisiotomies et de césariennes que les hôpitaux publics

Les petits établissements réalisent plus d'épisiotomies que les grosses structures. Les recommandations des gynécologues français sont de réduire le taux d'épisiotomies à 30 %. Or ce ne sont pas les maternités de type III qui sont les plus interventionnistes, mais les cliniques privées qui dépassent ce taux. En 2016, 38 maternités franchissent ce seuil dont 43 % de cliniques, alors qu'elles ne représentent que 25 % des établissements en France. Quels sont les résultats au niveau national ? Les différences de taux de recours à l'épisiotomie et à la césarienne sont significatives entre le public et le privé (deux à trois points de plus pour le privé). Par contre, concernant la péridurale, alors que la moyenne nationale se situe à 82 %, le privé affiche un taux bien supérieur au public (86,6 % *versus* 77,4 %). Dans des grandes maternités qui pratiquent de 1 000 à 2 000 naissances par an le nombre de sages-femmes plus important et des professionnels plus aguerris permettent une prise en charge plus proche de la patiente et un recours moindre aux actes interventionnels. Dans ces établissements, le taux d'épisiotomies de 16,7 % est même inférieur à la moyenne (20 % en 2016), un recours qui a été divisé par deux depuis 1998 (50,9 %). Le modèle à suivre est l'école obstétricale du CH de Besançon avec ses moins de 1 % d'épisiotomies.

5 % des assurés sont non couverts par une complémentaire santé

Selon « Questions d'économie de la santé » de janvier 2018 édité par l'IRDES, entre 2012 et 2014, près de 5 % des personnes n'ont bénéficié d'aucune couverture complémentaire santé. Ce taux reste pratiquement inchangé depuis 2008 malgré la mise en place de dispositifs contre la précarité. L'absence de couverture reste donc fortement liée aux revenus. En conséquence, les publics concernés sont les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes. Dans le secteur privé, parmi les 30 % de personnes mal couvertes, ce sont surtout les personnes en CDD, les

employés de commerce et les ouvriers non qualifiés qui sont impactés. Pour compléter le tableau, de manière générale, les salariés titulaires d'un contrat collectif comme ceux du secteur privé sont beaucoup mieux protégés que ceux bénéficiant d'un régime individuel comme les indépendants, les fonctionnaires et les retraités. En revanche, le fait d'avoir ou non une maladie chronique n'est pas corrélé au niveau de couverture.

Novartis investit dans la thérapie génique

Novartis vient de procéder à une nouvelle acquisition. Le laboratoire suisse vient d'acquérir les droits mondiaux du Luxturna, le traitement le plus cher au monde. La société de biotechnologie qui l'a mis au point, Spark, annonce un coût au minimum de 850 000 dollars pour une injection unique. Mais c'est aussi le premier traitement de thérapie génique à obtenir une autorisation de mise sur le marché délivrée par la FDA. L'indication est très limitée. Elle concerne la dégénérescence héréditaire de la rétine liée à la mutation du gène RPE65. Quelques milliers de patients sont concernés dans le monde. Novartis a signé un chèque de 105 millions de dollars (plus de 84 millions d'euros) pour les droits de commercialisation dans le monde hors États-Unis. En cas d'approbation du produit dans l'Union européenne, un versement complémentaire de 65 millions de dollars (52 millions d'euros) sera effectué.

Amazon lance une mutuelle

JP Morgan, première banque américaine en termes d'actifs, Warren Buffett, le gourou des affaires d'une part et Amazon d'autre part, créent ensemble une nouvelle assurance santé destinée à leurs propres salariés. Ces trois groupes emploient 1,2 million de salariés. Ce qui constitue une force de frappe significative pour « réduire » les coûts de la santé. À ce stade, l'objectif n'est pas de générer des profits, mais simplement de disposer d'un nouvel instrument pour contrôler l'inflation permanente des coûts. Cette simple annonce a immédiatement entraîné une chute des actions des acteurs de l'assurance santé et de la pharmacie. La situation aux États-Unis est atypique. C'est le seul pays qui dépense autant pour la santé (18 % du PIB) pour des résultats en matière de santé publique mitigés. Exercer un nouveau rapport de force paraît bien être le principal ressort de cette nouvelle alliance. Les réseaux assuranciers arrivent...

Ils contrôleront les dépenses de soins en contrôlant les prescripteurs.

Espérance de vie chez les hommes : un écart de 13 ans entre riches et pauvres

L'Insee s'est intéressé aux écarts d'espérance de vie selon le niveau socio-économique. « *Ainsi, parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart* », indique un communiqué de l'Insee. Pour les femmes, cet écart est de 8 ans. Cet institut a retenu pour le niveau de vie le plus élevé une moyenne de 5 800 euros par mois. À l'opposé, pour les 5 % des personnes les plus modestes : une moyenne de 470 euros par mois. Le gain d'espérance de vie est surtout important pour des améliorations de niveau de vie chez les plus modestes. Pour un niveau de vie de 1 000 euros par mois, 100 euros en plus est associé à une espérance de vie augmentée de presque 1 an chez les hommes. « *Autour de 2 000 euros par mois, le gain d'espérance de vie n'est que de 0,3 an chez les hommes.* » Il augmente de 0,2 an autour de 2 500 euros par mois. A méditer ! L'urgence n'est-elle pas d'augmenter les bas salaires ?

Les nouvelles recommandations de la HAS dans l'autisme

La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ont publié le 19 février les premières recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge globale des adultes avec trouble du spectre de l'autisme (TSA), dans le cadre du 3^e plan autisme 2013-2017.

Malgré les trois plans autisme, les adultes restent dans l'angle-mort des politiques de l'autisme. Aucune donnée épidémiologique ne permet d'avoir une idée précise de la prévalence, même si l'on avance le chiffre de 600 000 autistes adultes.

L'Inspection générale des affaires sociales en 2017 et la Cour des comptes en 2018 (les professionnels et les familles de malades aussi depuis bien longtemps !) ont déploré la faiblesse des connaissances, l'insuffisance de l'accès au diagnostic des TSA, des pathologies psychiatriques et des comorbidités somatiques, les défaillances de l'insertion sociale et professionnelle, et les ruptures dans des parcours peu structurés. Sans

oublier le retard dans la création de places dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

L'objectif de ces recommandations, établies par consensus formalisé après consultation publique l'été 2017, est d'« *améliorer la qualité de vie des adultes, leur autonomie et leur participation sociale, et réduire autant que possible leur situation de handicap grâce à un accompagnement et des propositions d'interventions spécifiques* ». Avec le souci de placer l'adulte au cœur de la construction de son parcours de vie. Avec lui, et non pour lui. L'accent est mis sur l'évaluation du fonctionnement de l'adulte autiste dans chaque domaine (somatique, neuropsychologique, communication, sensori-motricité, etc.), qui doit permettre de construire le projet personnalisé, en termes d'accompagnement et d'interventions. Un autre volet de recommandations porte sur le respect de l'adulte autiste, de ses droits et de ses choix. L'inclusion en milieu ordinaire, pour la vie sociale, professionnelle et l'habitat, doit être privilégiée. La HAS appelle au développement des services d'aide à la personne et d'accompagnement à domicile et au travail. La vie en établissement doit être une possibilité, parfois temporaire, non une contrainte définitive. Là aussi la création de places est une nécessité. Un chapitre entier est consacré au parcours de santé, centré sur l'importance des soins somatiques et psychiatriques. La HAS recommande de rechercher les comorbidités psychiatriques, de favoriser l'accès aux soins psychiatriques, d'évaluer le rapport bénéfices/risques des traitements psychotropes.

La consommation d'aliments ultra-transformés pourrait être liée à une augmentation du risque de cancer

Une étude française menée sur près de 105 000 participants par des chercheurs de l'INSERM, de l'INRA et de l'université Paris 13, parue dans le « *British Medical Journal* », suggère une association entre la consommation d'aliments ultra-transformés (des barres chocolatées aux sodas en passant par les soupes instantanées) et le surrisque de développer un cancer (en particulier un cancer du sein). Dans cette étude, réalisée à partir de la cohorte NutriNet-Santé 2 228 cancers ont été diagnostiqués pendant les 8 ans de suivi. Les auteurs ont constaté que l'augmentation de 10 % de la proportion d'aliments ultra-transformés dans le régime alimentaire des participants était associée à une augmentation de 12 % de leur risque de développer un cancer (11 % pour le cancer du sein). Cette augmentation était significative et prenait en compte les facteurs de risque

déjà connus. Aucune association n'a été observée pour les cancers de la prostate et colorectal. Néanmoins une tendance significative à l'augmentation du cancer colorectal a été observée.

En revanche, les auteurs n'observent pas d'association entre aliments transformés (et non ultra-transformés, c'est-à-dire les légumes en conserve, fromages, pain frais) et le risque de cancer. Ils observent a contrario une association entre la consommation d'aliments peu ou pas transformés (fruits, légumes, légumineuses, riz, pâtes, œufs, viande, poisson, lait) avec un risque plus faible de cancer. Les auteurs soulignent cependant qu'il s'agit d'une étude observationnelle, qui ne peut donc conclure sur le lien de causalité. Les hypothèses avancées par les chercheurs pour expliquer ces résultats sont la moins bonne qualité nutritionnelle des aliments ultra-transformés mais pas seulement. Pourraient aussi être impliqués des mécanismes mettant en jeu d'autres composants présents dans les aliments transformés (les additifs comme le dioxyde de titane, les édulcorants, ou les nitrites), ou substances formées lors des procédés industriels (comme l'acrylamide), ou encore des matériaux au contact des aliments (bisphénol A).

Les dérives se multiplient concernant la prise en charge des malades mentaux⁽⁴¹⁾

Les révélations de la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté sur la psychiatrie au CHU de Saint-Étienne font suite aux traitements inhumains pointés à l'hôpital psychiatrique d'Amiens ou encore aux révélations sur la situation de l'hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse avec des patients enfermés pendant plusieurs années. Bref s'accumulent une série de signaux inquiétants sur les pratiques que nous avons déjà signalés dans cette revue à de multiples occasions. On n'est plus dans une mauvaise prise en charge, mais dans une maltraitance avérée, qui parfois pourrait relever de la justice. Cette dérive est d'autant plus inquiétante qu'elle s'institutionnalise. Depuis dix ans, on assiste à la multiplication dans tous les services de psychiatrie de chambres d'isolement, qui n'existaient pas il y a vingt ans. On constate une banalisation des pratiques de contention. Tout cela intervient dans un contexte de hausse régulière des hospitalisations sans consentement. « La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée », répète souvent Jean-Claude Pénochet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux.

41 Laurent Joffrin : La lettre politique de Laurent Joffrin.

Les notes de lecture

« *Pour un printemps de la politique* »

De Pierre Blotin & Michel Maso par Michel Limousin

Où va la politique ? Est-il encore possible d'avoir prise sur un monde où dix personnes possèdent autant de richesses que la moitié de ses habitants ? Quelles priorités d'actions se donner quand des dizaines de millions d'habitants – bientôt des centaines – sont touchées par les conséquences du dérèglement climatique ? Que faire avec un outil numérique devenu le quotidien de milliards d'êtres humains ? Impuissants à prendre la mesure de ces phénomènes, les dirigeants politiques de nombreux pays sont discrédités et balayés. En 2017, la France n'a pas échappé à la règle. Est-ce un simple effet de conjoncture ou une mutation durable ?

Ce livre pose un diagnostic et esquisse une perspective. Il constate la faillite successive des courants d'idées qui avaient pour objectif de transformer le monde : le communisme emporté par la chute du mur de Berlin, la social-démocratie impuissante à juguler la montée des inégalités, le néolibéralisme mis à mal par la crise financière de 2008. Plus radicalement, une conception de la politique où les partis guident les peuples vers leur salut est en train de mourir. Faut-il pour autant renoncer

à traduire en actes l'idéal d'émancipation historiquement porté par la gauche ? Comment peut-elle, dans sa diversité, donner sens et consistance aux nouveaux défis sociaux, écologiques et féministes ? Au lieu de répondre à ces questions par un programme clé en main, cet ouvrage invite, à partir de l'intelligence et de la créativité citoyennes, à faire émerger un printemps de la politique.

Ce livre dresse un tableau panoramique de ces 50 dernières années : celles que les auteurs ont vécues comme acteurs majeurs de la politique du Parti communiste français. Ils livrent leur expérience. Le début de la sagesse ?

Pierre Blotin est instituteur de formation et a exercé de nombreuses responsabilités au sein du Parti communiste français. Engagé dans la direction du parti dès 1967 en tant que secrétaire de Jacques Duclos, il en est devenu l'un des principaux dirigeants en 1985. **Michel Maso** est directeur de la Fondation Gabriel Péri depuis 2004 et a été directeur de cabinet du secrétaire national du PCF Robert Hue.

« *L'intelligence artificielle : l'expertise partout pour tous* »

De Serge Soudoplatoff (Fondapol) par Tomy Sanches (économiste de la santé)

Ce livre traite de l'intelligence artificielle qui est selon l'auteur une évolution technologique porteuse d'innovation et tente d'expliquer les enjeux présents et futurs de ce nouveau phénomène qui seront importants dans de nombreux secteurs.

L'intelligence artificielle est une notion assez difficile à définir mais on pourrait la voir comme un ensemble de techniques et de théories permettant de développer des machines ou des programmes capables de simuler l'intelligence. Cette intelligence artificielle n'en est qu'au début de son essor et on peut s'attendre à ce que dans les années futures ce phénomène se généralise et se développe au maximum. Aujourd'hui les retombées de ces innovations sont multiples, on compte notamment dans le secteur automobile les voitures pouvant rouler seules, des avancées technologiques dans la médecine avec le séquençage génétique ou bien des améliorations dans le cadre juridique.

Cette intelligence artificielle a connu en 2011 un changement important qui a permis à cette dernière de s'améliorer encore plus grâce à de nouveaux algorithmes, de nouveaux processeurs et aussi mais surtout des bases de données plus grandes. Ces trois évolutions ont permis à l'IA de se développer et d'accomplir des tâches beaucoup plus sophistiquées. De plus, il existe différents types d'approche pour le développement de l'IA une approche humaine qui vise à imiter le raisonnement humain, une approche utilisant des outils statistiques et enfin une approche qui modélise la nature et le cerveau humain. De ces trois approches s'opposent pour un développement optimal les « sciences molles » reposant sur les modélisations de l'humain et les « sciences dures » qui reposent sur les données. Ces dernières se sont révélées plus utiles pour l'apprentissage en continue de l'intelligence artificielle.

On remarque qu'aujourd'hui l'intelligence artificielle est omniprésente dans notre quotidien ; par exemple Facebook sauvegarde et enregistre les mises à jour des utilisateurs pour émettre des recommandations à ces derniers, idem pour Amazon qui va utiliser les anciennes recherches faites par les usagers pour leur proposer d'autres articles., le système SIRI chez Apple et d'autres encore. L'intelligence est ancrée dans nos habitudes quotidiennes sans qu'on ne s'en rende vraiment compte.

Pour être optimale et efficace l'IA doit reposer sur des bases de données importantes et fournies, certaines entreprises engrangent et utilisent les données de leurs clients. Les plus grands détenteurs de ces immenses bases de données sont les grandes firmes américaines telle que Facebook, Apple, Google et Amazon, ces bases permettent d'améliorer continuellement l'intelligence artificielle qu'ils utilisent. Ces entreprises américaines sont en concurrence avec des entreprises chinoises qui détiennent elles aussi de grandes bases de données et développent ainsi leur progrès en matière d'intelligence artificielle, la Chine a pour objectif d'être leader du domaine.

L'idée supplémentaire derrière le recensement de toutes ces données est aussi de les analyser ce qu'on appelle le « data mining ». L'IA va pouvoir collecter et gérer les données mais concernant l'interprétation cela relève encore des capacités analytiques humaines (même si certaines recherches tentent de développer cet aspect de l'IA). Prenons comme exemple le cas des élections l'IA va pouvoir regrouper les données mais ce seront des individus qui pourront analyser et cibler les populations électorales grâce aux informations.

L'intelligence artificielle est pourtant vue comme une menace qui détruirait certains emplois en effet on remplacerait les hommes par les machines. L'idée générale derrière cela est que plus la part de réflexion et de créativité est faible plus il est facile de les remplacer par des systèmes informatiques. Donc ce phénomène ne toucherait pas que les travaux dits « manuels » mais aussi les métiers intellectuels. On s'intéresse notamment ici aux « cols blancs » et aux professions intellectuelles qui pâtissent en ce moment de certains défauts inhérents à leurs fonctions qui pourrait être palier par l'intelligence artificielle. Il y a le prix qui reste assez élevé, la technologie qui est utilisée qui paraît obsolète en comparaison, la psychologie car ils ne favorisent pas l'auto résolution des problèmes, la qualité s'amoindrit en général et il n'y a pas de transparence dans leurs travaux. Chacun de ces points peut être résolu par des programmes plus efficaces apportés par l'intelligence artificielle. Cependant la réponse qui est apportée est quelque peu nuancée par le fait que tant qu'il restera une part de créativité dans ces métiers ils ne seront pas remplacés par l'intelligence artificielle.

Conclusion : Selon ce livre l'intelligence artificielle est porteuse de beaucoup d'avancées technologiques et techniques pour le futur et serait une solution dans des domaines où il existe des failles ou des imperfections. Par exemple l'intelligence artificielle permet de détecter mieux que certains médecins des cas de pneumonies et agit par ailleurs dans la prévention des maladies grâce au séquençage génomique. Cependant bien que les exemples

pris soit très optimistes les effets sont à nuancer car il s'agirait alors de remplacer des professionnels par des innovations technologiques exemptes selon l'auteur de tout défaut. Cette affirmation paraît assez irréaliste. De plus, la collecte de données utiles à la formation de l'IA intègre des problèmes éthiques car elles sont utilisées sans véritable accord des personnes les mettant à disposition.

Courrier des lecteurs

Lettre de Jean-Claude VASLET, Expert auprès des IRP du secteur public hospitalier : Comment renforcer l'action des parlementaires communistes sur les questions de santé après les annonces du gouvernement ?

Alors que le gouvernement va vers toujours plus de destruction du service public, toujours plus de recul de la Sécurité sociale, toujours plus de marchandisation du soin, il faut mieux comprendre pour mieux agir. Comment ne pas voir dans les annonces du gouvernement et leur mise en scène, une réponse politique aux luttes sociales qui dénoncent les conséquences des politiques d'austérité dans la santé et la protection sociale ?

L'arnaque de la hausse du pouvoir d'achat par la baisse des cotisations sociales commence à être élucidée. Le hold-up opéré sur les retraités via la hausse de la CSG ne passe pas ! De nombreux conflits éclatent dans les hôpitaux publics aux cris de « *On n'en peut plus !* ». La journée d'action dans les EHPAD est un succès inégalé. Une autre est annoncée. Le tour de France des parlementaires communistes est autant de promesses de témoignages, de rassemblements de contestation et de montées des exigences pour des solutions démocratiques et populaires.

Le gouvernement vient de répondre. Il n'a pas l'intention de faiblir dans l'application de son programme ultralibéral tant l'appétit des groupes multinationaux et des fonds de pensions est insatiable. L'ambiance pro-business que veut créer Macron ne peut se satisfaire de la Sécurité sociale et des services publics ! D'ailleurs le préambule du discours ministériel est clair. Il reprend la litanie déjà entendue depuis trop longtemps : « ... nous ne devons pas considérer l'excellence comme acquise, ou reposant uniquement sur les ressources financières que nous lui allouons. Il nous faut au contraire l'adapter aux enjeux de notre époque. »

Il confirme ainsi la poursuite et l'aggravation de la politique d'austérité inscrite dans le budget de la Sécurité sociale 2018, qui entérine la baisse des ressources de l'hôpital de 1,2 milliard d'euros pour la seule année 2018. Et pour être certain d'avoir été bien entendus, alors que nos deux ministres prétendent avoir compris les effets pervers de la T2A, ils en remettent une louche en annonçant une nouvelle baisse des tarifs de la T2A. C'est dans ce contexte que doivent s'analyser ces annonces

pour décrypter les finalités du « *plan de bataille du gouvernement pour réformer l'hôpital en profondeur.* »

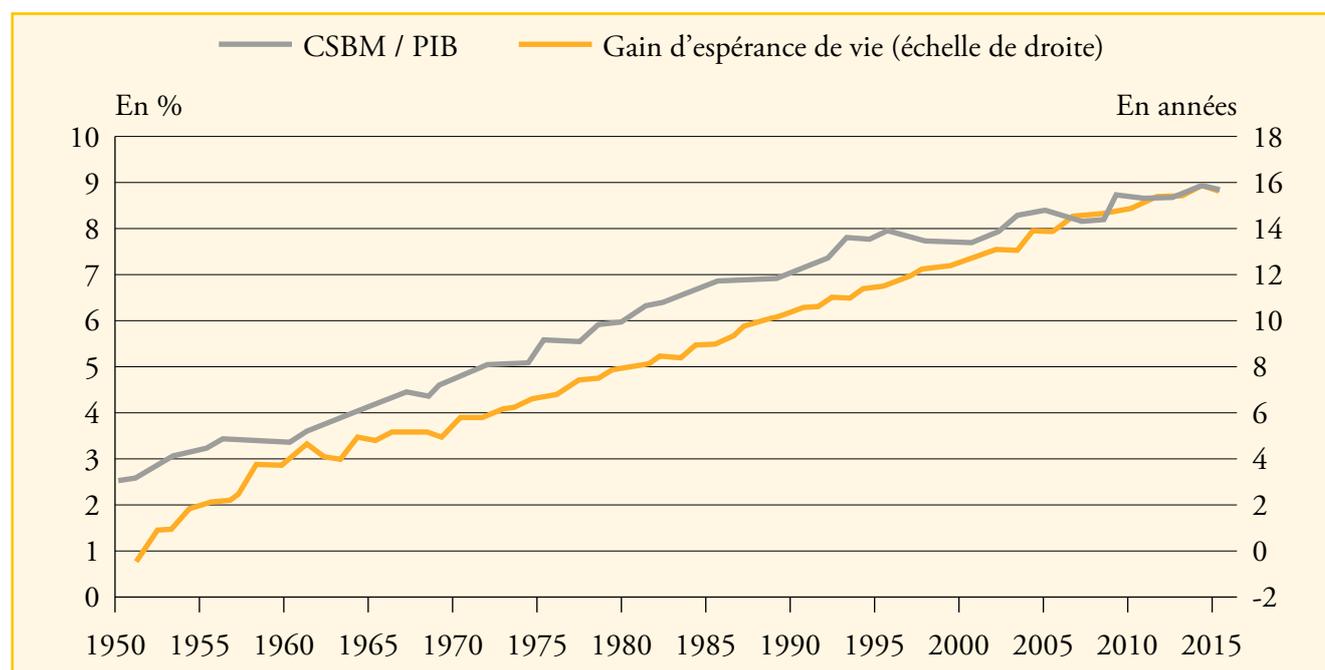
L'objectif de l'annonce ministérielle est donc double :
- Gagner du temps en espérant que les non-annonces calmeront la colère des soignants et de la population ;
- S'appuyer sur le mécontentement et la colère pour avancer, dans quelques mois, vers une redistribution de l'offre de soins et de la protection sociale en faveur du privé lucratif.

C'est pourquoi le mouvement social ne doit pas se laisser endormir. Il doit redoubler d'efforts pour soutenir les luttes qui se développent, obtenir des avancées concrètes en élargissant le mouvement, en faisant partager les propositions immédiates et de plus long terme qui permettent de sortir de l'impasse libérale. Nous devons travailler rapidement à la déclinaison locale d'un plan d'urgence pour l'hôpital public et pour les EHPAD, notamment en termes d'emploi, de formation et de garantie statutaire.

1. Combattre leur forfaiture idéologique

Malgré la cure d'austérité imposée et une technostructure qui vampirise une partie des ressources, le système tient bon, notamment par un engagement sans faille des professionnels de santé ! De ce point de vue, ne laissons pas croire que la crise du système serait due à un management délétère qui mènerait au burn-out. Il suffirait donc de couper des têtes et de reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle pour que cela change. Il s'agit là d'une chimère, d'une fausse route qui mène à l'impasse. Ce ne sont donc pas les fondements de notre système de santé qui sont à bout de souffle, comme ils le prétendent, mais les fondements libéraux de la politique d'austérité qui est appliquée sans discontinuer depuis des décennies. C'est la sécurité sociale, extraite des services marchands depuis 1945 qui a permis le développement du service public de santé reconnu mondialement comme le plus performant pour les citoyens et le plus performant en termes de dépenses PIB.

Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB et gain en espérance de vie



Note : le gain d'espérance de vie est l'écart d'espérance de vie à la naissance (moyenne simple homme-femme) par rapport à celle de 1950.

Sources : DREES, comptes de la santé pour la CSBM ; INSEE pour le PIB base 2010 et l'espérance de vie à la naissance.

Comme le montre ce graphique, l'accroissement de l'espérance de vie est tout à fait corrélé à l'accroissement des dépenses de santé. On peut aussi constater que les

effets des politiques d'austérité engagées depuis plusieurs se font sentir. La courbe de l'espérance de vie a tendance à s'inverser.

Comparatif - Évolution des dépenses de santé

Pays	1995	2014	Augmentation
Allemagne	9,4	11,3	20,21 %
Danemark	8,1	10,8	33,33 %
Etats-Unis	13,1	17,1	30,53 %
France	10,1	11,5	13,86 %
Royaume Uni	6,7	9,1	35,82 %
Suède	8	11,9	48,75 %

Contrairement à ce que nous répètent en permanence les gouvernements qui se sont succédés, l'augmentation des dépenses de santé a été la moins forte de tous les pays de l'OCDE depuis 1995. Certes, cette moindre augmentation pourrait être attribuée aux politiques d'austérité conduites depuis cette époque et appliquées aux

seules dépenses socialisées. Il n'en est rien. Partout lorsque le secteur marchand est dominant (assurance maladie, dépenses de médicaments, dépenses d'hospitalisations, etc.), la hausse est importante, avec un point culminant aux États-Unis. Et que dire de l'efficacité de ces dépenses au regard de l'espérance de vie.

Pays	Dépenses de santé en % du PIB	Dépenses de santé par habitant en dollar PPA (à parité de pouvoir d'achat)	Espérance de vie des femmes
OCDE	9,5 %		
France	11,8 %	3 980	84,5
Pays-Bas	12,0 %	4 915	82,7
Suisse	11,4 %	5 145	84,6
Allemagne	11,6 %	4 220	83,0
Royaume-Uni	9,8 %	3 490	82,5
États-Unis	17,4 %	7 960	80,6
Japon	8,5 %	2 870	86,4

Il faut le reconnaître et en tirer tous les enseignements. On ne dépense pas trop d'argent comme le disent Philippe et Buzyn. On n'en dépense pas assez ! Bien entendu, nous ne sommes pas naïfs. Nous savons bien que santé et protection sociale sont un enjeu de classe du XXI^e siècle. En effet, le capital ne se satisfera jamais de dépenses de santé qui ne lui rapportent pas ! Mais pour nous, pour les professionnels de santé, pour la majorité de nos concitoyens la santé et la protection sociale ne sont pas des marchandises ! Elles constituent une part de la vie de l'être humain qui ne peut relever que de l'intérêt général.

1.1 Réorienter les ressources vers l'emploi et la formation, démocratiser le système

Lorsqu'une infirmière ou une aide-soignante, par manque d'effectif ne peut pas répondre à une sonnette pour aider un patient, ça, c'est du gaspillage ! Lorsque le médecin est débordé et que la file d'attente s'allonge, là est encore le gaspillage ! Lorsque le patient est atteint de maladie chronique, voire atteint de multiples affections, et qu'il doit multiplier les séjours d'une journée à l'hôpital, ou revenir aux urgences parce qu'il a été viré du service au nom de la réduction de la durée moyenne de séjour, voilà où sont le gaspillage et l'inconfort pour le patient. Alors la solution ne consiste pas à supprimer l'infirmière au détour d'une n^{ième} restructuration. Elle ne consiste pas à supprimer le patient, en repoussant les structures des soins toujours plus loin des bassins de vie, en fermant les structures de proximité. Elle ne consiste pas plus à remplacer le médecin par un algorithme ou faire des hôpitaux sans patient. **La solution est dans l'embauche et la formation !**

Une part des dépenses de santé est gaspillée dans de nombreux domaines pour répondre aux injonctions de l'austérité :

- Mise en place et entretien de structures technocratiques aux sigles barbares. Depuis plusieurs décennies, le nombre de ces agences et structure technocratiques a littéralement explosé (ARS – HAS – ANAP-ATIH, ANSP, ANSES, SPF, etc.). Les conseillers et cabinets internationaux qui tournent autour des établissements publics tels des rapaces sont aussi légion. (PricewaterhouseCoopers, KPMG, etc.). Ces structures très opaques accaparent la production et l'exploitation des données socio-économiques, sociales et politiques. Elles combattent sans relâche toute forme de démocratisation de la prise de décision politique ;
- Restructurations incessantes de l'hôpital, des structures de la Sécurité sociale : fermetures de lits, transferts de services, fermetures de services et/ou mutualisation, externalisations d'activité, créations de GCS et de GIE. La psychiatrie est au même régime ;
- Baisse de qualité des produits et matériels utilisés par les équipes, moindre entretien des locaux et du matériel médical qui entraînent des dépenses supplémentaires, des gaspillages, des pertes de qualité, etc.
- Augmentation des dépenses médicales du fait de l'utilisation par certaines corporations de leur position dominante ;
- Politique d'externalisation qui conduit à un renchérissement des prix pratiqués par les sociétés notamment de nettoyage ;
- Marchandisation de l'aide à domicile qui entrave la fluidité des parcours de soins et du lien ville-hôpital.

Notre système de santé n'est pas malade de ses fondements démocratiques. Il est malade des politiques d'austérité et de la volonté de marchandiser l'ensemble de la filière. Il est malade de la frénésie bureaucratique de la toute-puissance technocratique. Il faut en finir avec les décisions prises par des structures aussi opaques que coûteuses, qui ne rendent de comptes à personne.

Il faut en finir avec « l'hôpital entreprise » inscrit dans l'ordonnance de 2005 avec le déploiement de la T2A, la « nouvelle gouvernance » et la création de l'EPRD. Il est urgent d'instaurer un nouveau lien entre investissement et fonctionnement. Il faut en finir avec les groupes privés des industries pharmaceutiques et biomédicales qui pillent les ressources et phagocytent la recherche dans leur seul des actionnaires. La proposition de création d'un pôle public du médicament et du biomédical est plus que jamais d'actualité. La définition et la conduite des projets régionaux de santé doivent être placés dans les mains des citoyens, de leurs représentants, des représentants de salariés et de ceux des patients. Il faut redonner les moyens aux instances des établissements de prendre les décisions, de valider ou de rejeter les budgets, de contrôler les actes de gestion des managers.

1.2 Exit la tarification à l'acte pour une tarification à la capacité

La ministre semble découvrir aujourd'hui les effets pervers de la T2A. Or, dès les prémices à sa mise en place, en 1985, des économistes avaient alerté. Plus la T2A était déployée, plus ses effets se faisaient sentir. Mais les déficits générés par ce mode de tarification ont été utilisés pour imposer des suppressions de postes massives, engager la réduction des capacités hospitalières, la privatisation d'activité via les « Groupements de coopération sanitaire », la concentration des structures hospitalières publiques au détriment de la proximité. La promesse de modification de la T2A en une T2A au parcours de soins ne peut en aucun cas répondre aux attentes et aux besoins de financement. Le bonus envisagé pour encourager l'ambulatoire n'est qu'une nouvelle arme de destruction massive des capacités hospitalières publiques. De plus, ce bonus ira directement gonfler les profits des groupes hospitaliers privés qui pratiquent déjà l'ambulatoire pour des prises en charge standardisées et techniquement simples. Il va conduire à la privatisation / marchandisation de la prise en charge des suites chirurgicales ou médicales et peser sur les relations soins de ville-hôpital. Le financement au parcours de soins est une version du panier de soins de Douste-Blazy. Il est en fait une attaque contre le remboursement à 100 % des Affections Longue Durée. Ces ALD sont dans la ligne de mire des gouvernements depuis plusieurs décennies.

2. Aujourd'hui, ce dont l'hôpital public a besoin, c'est d'un plan d'urgence : 4 milliards pour l'hôpital, 1 milliard pour les EHPAD

Mais urgence il n'y a, l'hôpital ne sortira pas de la crise dans laquelle il a été plongé, par des demi-mesures ou pire, par des recettes déjà utilisées. Il faut faire du neuf, et maintenant ! Une chose est certaine, plus nous tarderons à populariser et rassembler autour des propositions, plus nous nous enfoncerons dans le marasme !

2.1 Stopper l'hémorragie de lits et ouvrir de nouvelles structures de proximité

Entre 2005 et 2012, ce sont 62 établissements de proximité publics et 32 000 lits d'hospitalisation qui ont été supprimés.

- Un moratoire immédiat sur toutes les restructurations ;
- L'arrêt du déploiement des GHT ;
- La réouverture des lits, sites ou services fermés ;
- Création de nouvelles structures de proximité dont les Centres de Santé.

Il s'agit donc d'un plan d'investissement très important, mais qui présente aussi l'intérêt de lancer une dynamique économique globale positive.

2.2 Développer l'emploi et la formation

Dans l'hôpital public, tandis que les besoins grandissent proportionnellement au vieillissement de la population, à la dégradation des conditions de travail dans tous les secteurs, à la paupérisation d'une partie de plus en plus grande de la population, le nombre de séjours à l'hôpital a été multiplié par deux en 10 ans, les effectifs n'ont pas progressé dans les mêmes proportions et ont été fortement précarisés dans les catégories (IDE, AS, ASH, mais aussi médicales). Il manque aujourd'hui plus de 100 000 postes pour faire face aux besoins courants. **Prendre en compte ces données, la modernité elle est là !**

- L'embauche immédiate pour 2018 de 100 000 soignants ;
- Le doublement du nombre des entrées en formation pour les médicaux et paramédicaux
- La titularisation immédiate des milliers de précaires ;
- Le déploiement d'un plan massif de formations qualifiantes (IDE/ASD) dans chaque établissement ;

Garantir l'emploi public par un statut n'est pas un combat d'arrière-garde. C'est au contraire doter les services publics d'agents compétents, formés, correctement rémunérés. C'est à cette condition seulement que ces agents pourront être inventifs, engagés pour servir au mieux l'intérêt général. Aux contraintes de la précarité et de la flexibilité des hommes et des femmes, opposons la créativité, la souplesse et l'agilité professionnelles que

permet la stabilité dans l'emploi. Engager un plan massif de formation, c'est moderne et le plus sur moyen de garantir une qualité des soins optimum, de combattre le mal-être des soignants.

2.3 C'est 1 milliard d'Euros supplémentaires par an pour financer les EHPAD

Si l'on considère qu'il y a actuellement autour de 590 000 places en EHPAD publiques, que le ratio minimum devrait être de 1 soignant pour 1 résident, que ce ratio est actuellement de 0,6 pour 1, cela veut dire que l'on doit embaucher 236 000 soignants, ce qui représente un besoin de financement de 900 millions d'euros par an. Dès 2018, il faut embaucher 25 000 salariés, ce qui représente un besoin de financement de 950 millions d'euros.

2.4 Vers un nouveau maillage territorial des structures de soins

Le « nouveau monde » utilise les mêmes anciennes méthodes pour nous faire avaler les mêmes pilules de l'austérité et masquer l'échec des politiques d'austérité dans la satisfaction des besoins des populations. Aujourd'hui, les actes non pertinents, qu'il faudrait éradiquer, au nombre de 20 % nous dit-on, ont remplacé la surconsommation de médicament, le nomadisme médical, etc. Culpabiliser, montrer du doigt telle ou telle catégorie de citoyens a été le moyen utilisé pour dérembourser massivement les médicaments, imposer les franchises et masquer les cadeaux faits au patronat. Aujourd'hui, il ne s'agit plus d'individus mais d'organisations. Ce serait le lien ville-hôpital-médicosocial qui serait en cause. Et ce concept flou, inattaquable en soi parce qu'il recouvre tout et rien, permet de passer sous silence l'engorgement des urgences, le manque de lits d'hospitalisation, les renoncements aux soins, etc. Il est censé résonner aux oreilles du médecin des urgences ou du cadre de soins confrontés à la gestion des difficultés bien réelles engendrées par la casse de l'hôpital public et ainsi calmer sa colère ou son inquiétude. Si l'on veut véritablement s'attaquer au problème de renoncement aux soins, du manque de place en EHPAD et en gériatrie en général, aux files d'attente, il faut reconstituer un maillage territorial en s'appuyant sur la construction de centres de santé aux missions élargies, par bassin de vie, fondés sur le salariat des médecins et la non lucrativité. Il convient à ce sujet de revenir sur l'ordonnance permettant aux centres de santé d'être gérés par des opérateurs privés à buts lucratifs. Ce centre de santé doit être en lien avec

un hôpital général (Médecine/chirurgie/ Obstétrique) et ainsi devenir le pivot des parcours de soins. Il est aussi plus qu'urgent de supprimer le numerus clausus.

3. Face à l'urgence et à la gravité de la situation, mobiliser des ressources nouvelles nécessaires est impératif

Pour financer ces besoins, permettre les investissements nécessaires, plusieurs actions sont possibles dès aujourd'hui en élevant le niveau d'exigences populaires. Pour cela, nous devons rassembler dans les luttes, faire grandir les consciences. Le parti et ces élus doivent être mobilisés sur cet objectif central afin de contraindre les forces du renoncement à ouvrir le débat sur ces questions.

Ces actions de financement peuvent être articulées autour de 5 axes.

1. Contraindre la Banque centrale Européenne à utiliser une partie des 30 milliards d'Euros qu'elle crée chaque mois, pour générer un fonds de développement des services publics. Rien aujourd'hui ne s'y oppose si ce n'est la volonté politique.
2. Augmenter la masse de cotisation perçue par une taxation spécifique sur les revenus financiers des entreprises et des banques, en introduisant une modulation des cotisations sociales en fonction de l'effort de l'entreprise pour l'emploi et la formation.
3. Augmenter dès aujourd'hui la part patronale de la cotisation maladie de 0,5 % sur tous les salaires, sans exonération possible. Ce sont 4,9 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour la sécu.
4. Conquérir de nouveaux droits pour les salariés, leurs représentants, la population et leurs élus. Il faut ainsi renforcer les pouvoirs du CTE, du CHSCT, redonner toute sa place et son autorité au Conseil d'Administration des établissements.
5. Donner à la sécurité sociale démocratisée, la mission de conduire la nouvelle politique de santé dans notre pays.

Ce plan d'urgence s'inscrirait alors dans l'engagement d'une nouvelle politique publique de santé prenant en compte tous les aspects de la santé, la prévention, la formation, le travail, la perte de d'autonomie, l'hôpital public, l'aide à domicile. À l'écoute des personnels, des besoins émergents, des dysfonctionnements actuels, des déserts médicaux, des problématiques de la santé au travail, il y a lieu d'intégrer les questions de santé publique dans l'ensemble des Services Publics.

Lettre de Jean Michel Galano, philosophe : Du kitsch en politique

Il est difficile et ingrat de lutter. Le rouleau compresseur des forces de l'argent est tellement puissant qu'il engendre crainte et résignation. Toute une génération n'a pas connu la victoire. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant, il est même très humain, que certains, désabusés, lorgnent vers ce qui leur apparaît comme des solutions de facilité, des raccourcis susceptibles de leur épargner des souffrances et de la peine. Le succès du PS à la fin des années soixante-dix ne s'explique pas autrement que par cette tentation sociale-démocrate. Tentation qui lui préexistait. Tentation qui perdure.

Un des objets offerts à cette tentation, c'est le kitsch. Cette notion, qui nous vient de l'esthétique, me semble susceptible de fonctionner dans tous les domaines qui relèvent du symbolique et de la présentation de soi. Le kitsch n'est pas une forme d'art, c'est une dévalorisation de l'art appuyée sur des procédés permettant une imitation sommaire clinquante et bon marché (« cheap » en anglais). Reproduction qui peut facilement devenir production industrielle de masse et produit marketing. Le kitsch, c'est cette caricature qui n'a pas l'air d'en être une, qui comme l'avait vu Roland Barthes permet une reconnaissance facile et d'étiquetage alors que la contemplation esthétique relève de tout un travail de compréhension et d'appropriation. Les caractéristiques du kitsch sont : le criard, l'emphase, l'impudeur l'inauthenticité, la simplification outrancière, l'exploitation éhontée de la sensiblerie et du sentimentalisme. En un mot, la démagogie.

Et c'est cette notion de démagogie qui nous fait passer de l'art, ou plutôt de ses sous-produits dérivés commercialisés, à la politique. Mais pour bien en mesurer l'enjeu, prenons un exemple qui ne relève pas directement de la politique, sinon en un sens très large, mais de la manipulation de la « mémoire historique » : celui du faux déporté Enric Marco.

Dans son livre *L'Imposteur*, paru en 2014, l'écrivain et universitaire espagnol Javier Cercas mène une enquête détaillée sur Enric Marco, ce faussaire génial qui parvint durant plus de quarante ans à se faire passer pour un ancien déporté et résistant antifranquiste, et qui en s'appuyant sur ces titres totalement usurpés fut successivement secrétaire général de la confédération syndicale anarchiste CNT, puis d'une importante association de parents d'élèves, et enfin de l'amicale des rescapés de Mauthausen, avant d'être démasqué. Comment une telle supercherie a-t-elle pu durer si longtemps ?, se demande Cercas. L'une des principales

raisons lui paraît résider dans l'atmosphère d'ignorance et de culpabilité diffuse de l'Espagne post-franquiste, où les rares survivants de la déportation, souvent âgés et diminués, ne s'exprimaient que difficilement, un beau parleur hyperactif doté d'un certain charisme pouvait accéder facilement à un statut de « rock star ». Marco faisait des tournées de conférences dans les lycées, les universités, les maisons de retraite et même les prisons, et bouleversait son auditoire avec des récits fort bien documentés auxquels il ajoutait des épisodes totalement inventés dans lesquels il se mettait complaisamment en valeur, comme par exemple celui d'une partie d'échecs qu'un officier nazi l'aurait obligé à jouer avec lui, et dont l'enjeu était sa vie s'il la perdait...

Quiconque a rencontré d'authentiques déportés sait bien que ces choses-là sont invraisemblables, et que ceux qui ont connu les camps soulignent combien la survie était difficile, et que maintenir sa dignité passait par de multiples actes en apparence simples et prosaïques, et en tout cas dénués de toute théâtralité.

Cercas est dès lors fondé à conclure que Marco l'imposteur est un virtuose du kitsch : « Le kitsch est le style propre du narcissique ». Il a servi aux Espagnols une version romanesque et sentimentale d'un épisode particulièrement tragique de l'histoire, opposant longtemps avec succès son soi-disant « vécu » aux questions précises d'historiens de plus en plus dubitatifs. Il a dit à l'opinion publique espagnole ce que celle-ci avait envie d'entendre. Déjà en 1933 l'écrivain et philosophe autrichien Hermann Musil dénonçait « ceux qui ne vont pas jusqu'au bout, les timides, les douillets, ceux qui consolent leur âme avec des radotages sur l'âme et la nourrissent, sous prétexte que l'intelligence lui donne des pierres au lieu de pain, de sentiments religieux, philosophiques ou imaginaires, qui sont comme des petits pains ramollis dans du lait » (*L'Homme sans qualités* I 13). C'est une telle faiblesse, souvent très répandue dans un contexte de crise ou de transition douloureuse, qui fournit au kitsch son terreau.

Les exemples historiques de kitsch politique les plus forts, on les trouve, incontestablement, dans le fascisme mussolinien : romanité affectée, exaltation des « fils de la louve », salut soi-disant imité de celui des légionnaires, etc. Mais tous les fascismes et tous les populismes utilisent un arsenal symbolique étrange et inquiétant, avec un alibi pseudo-historique : faisceaux, francisque, croix de diverses sortes...

Le Kitsch ainsi défini est omniprésent dans l'Europe actuelle, et singulièrement en France : religiosité de pacotille qui camoufle son vide sous l'appellation ronflante de « retour du religieux », communautarismes en tous genres, régression, chauvines osant se draper dans le drapeau national, banalisation de l'infantilisme, du racisme et du sexisme au nom de la « libération de la parole », affectation de compétences et d'un savoir intransmissible, exigence de respect, colères surjouées Sarkozy aura de ce point de vue été le roi du kitsch.

Mais la gauche n'est pas exempte de cette tentation, loin de là : le « beau geste », les mots qui claquent, l'exhibition et la prolifération des symboles et des mots « magiques », on connaît ! C'est bien beau d'arriver à l'Assemblée Nationale le poing levé, de brandir le Code du travail devant les caméras ou de refuser tel ou tel code vestimentaire. Et après ? Accréditer l'idée qu'être révolutionnaire est une affaire de codes et de signes visibles de reconnaissance, c'est du kitsch. Alors que le

travail pour marquer des points dans le débat d'idées, pour faire passer ceux qui veulent le changement du statut de spectateur à celui d'acteur, c'est tout autre chose. Et c'est dans les luttes effectives que se constitue aussi une symbolique nouvelle, qui s'approprie certains gestes du passé mais surtout en crée de nouveaux, ainsi que de nouveaux mots et de nouveaux comportements.

Le kitsch politique est tout aussi détestable que le kitsch artistique, même s'il a des chances de mieux se « vendre » électoralement que la lutte des classes et le travail de démocratie.

De même que la novation en art suppose l'élaboration de formes nouvelles et non pas les facilités de la copie, de même le mouvement social authentique articule patiemment les héritages de la tradition et des façons de faire inédites. Il s'agit là d'un travail et dans le dernier cas au moins d'un travail d'appropriation collective. Une immense richesse évidemment exposée à beaucoup de contrefaçons.

Lettre de Christiane Caro : Vivre et vieillir dans la dignité, le respect : *L'Humain d'abord !*

Dans notre société, faute de courage politique pour donner les moyens à la prise en charge de la perte d'autonomie, le choix a été fait, de sacrifier une partie de sa population. Des personnes âgées avec une perte d'autonomie importante, connaissent en fin de parcours de leur vie, aux seuls motifs économique et financier, un sacrifice délibéré, un scandaleux non-dit.

Accepter de faire des choix budgétaires, des priorités, conduit aux renoncements éthiques : jusqu'où ? Aujourd'hui les personnes âgées et demain : Qui ? Comment accepter qu'un retraité, au motif de son âge ne puisse accéder aux soins de spécialités ? Comment accepter cette situation de discrimination faite à nos parents et grands-parents ? Comment accepter l'image dégradée de la personne dès lors qu'elle devient âgée, donnée par la société et qui se reporte sur les personnels ?

Depuis trop longtemps, la vie des retraités en perte d'autonomie est intolérable, leur parole confisquée ! Celle des personnels aussi !

Dans les Maisons de retraite ou à domicile :

- 80 % de femmes exercent dans ce secteur avec une précarité massive une insuffisance des qualifications et des effectifs, ne permettant pas de répondre aux besoins de nos aînés dont 91 % des femmes. Des conditions de travail difficiles exposant les personnes âgées à la maltraitance que dénoncent les syndicats : « *Des cadences de travail insupportables, diminution du personnel et augmentation de la charge de travail, comment bien prendre soin des autres quand nous sommes maltraités nous-mêmes ?* » La multiplication des luttes syndicales récentes permet au personnel de prendre la parole. Ainsi une infirmière dénonce lors d'un journal télévisé, des conditions de soins d'hygiène « réduites » par la mise en place de *procédures* dites « dégradées »⁽⁴²⁾ qui deviennent le quotidien et résumées scandaleusement par VMC [*Visage, Mains, Cul*], expression utilisée dans de nombreuses résidences !
- Épuisement des aidants familiaux à 90 % des femmes, en activité ou retraitées : Selon les syndicats, 30 % des aidants « retraités – enfants » décèdent avant « leurs parents retraités ». Cette situation nous renvoie à la question du statut des femmes dans notre société. Alors quelles alternatives durables pouvons-nous construire

ensemble ? Elle pose celle des choix budgétaires du gouvernement pour 2018, qui constituent un nouveau projet de civilisation avec une attaque d'ensemble contre notre système de protection sociale.

Tout d'abord quelques chiffres pour prendre la mesure de la situation :

- 2012 : 1,2 million de personnes âgées étaient dépendantes et en 2040, elles seront 2 millions.
- 2013⁽⁴³⁾ : 7,9 % constitue la part de la population âgée de 60 ans et plus, soit 15,8 millions de personnes pour la France hors Mayotte, bénéficiaire de l'APA.
- 2018 : 4 ans durée moyenne de perception de l'APA ; en 2040 la durée sera de 6 ans.
- 2016 : 748 000 personnes âgées vivant à domicile et 517 000 en établissement perçoivent l'APA⁽⁴⁴⁾. La part des bénéficiaires de l'APA augmente avec l'âge mais elle ne concerne que⁽⁴⁵⁾ :
 - 3 % des personnes âgées entre 70 et 74 ans
 - 6 % de 75 à 79 ans
 - 13,5 % de 80 à 84 ans
 - 2 % au-delà de 85 ans

Pour les communistes, il est temps d'engager un nouveau progrès social pour la France : prolonger les conquêtes sociales du siècle dernier qui font toujours la force de notre modèle social et construire les nouvelles avancées sociales qui permettront de répondre aux enjeux du XXI^e siècle. Nous voulons débattre des politiques alternatives... Les cahiers du progrès social présentent les propositions du PCF et permettent d'apporter des contributions. Le 3 février, le PCF a organisé une restitution des contributions recueillies partout dans le pays lors de ces États généraux.

Alors quelles alternatives durables pouvons-nous construire ensemble ?

- Agir tout de suite pour s'attaquer au coût du capital :
 - 265 milliards d'€ d'intérêts et de dividendes payés aux actionnaires
 - 80 milliards d'€ d'évasion fiscale
 - 200 milliards d'€ d'exonérations de cotisations sociales, d'impôt...

43 Sources : DREES, enquête Aide sociale ; INSEE, recensement de la population 2013.

44 DREES, enquêtes Aide sociale 2015.

45 Seniors – Insee - https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492220/FPORSOC16j7_F2.7_seniors.pdf

42 Réduction des soins en cas « exceptionnel » de diminution de personnel.

- 25 milliards d'€ de suppression des cotisations sociales payées par les entreprises
- 6 250 milliards d'€ de spéculation sur les marchés monétaires et financiers
- ... Et aussi :
 - Supprimer les passe-droits comme le « Verrou de Bercy »
 - Supprimer les cadeaux fiscaux comme le CICE.
 - Mettre fin à la baisse des dotations aux collectivités pour leur permettre d'assurer leurs missions de service public.
 Pour répondre à cet enjeu de société, le PCF met en débat ces propositions :
- Création :
 - D'emplois statutaires sur la base de 1 salarié par personne âgée, de paramédicaux, aides-soignants, médecins dans une filière gériatrique
 - D'un grand service public de santé de proximité : aide à domicile, de maisons de retraite médicalisées, d'Hospitalisations A Domicile (HAD), de Centres de santé, d'ouverture d'Unités de Soins de Longue Durée, d'unités pour recevoir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer...
 - De pôles publics départementaux de l'autonomie structurés au plan national pour garantir l'égalité territoriale, dans une forme à définir (*Agence, établissement public...*)
- Formation :
 - Plan de formations : d'infirmiers et d'aides soignants avec la suppression du numerus clausus pour les étudiants en médecine
- Le point central du financement :
 - Financement solidaire à 100 % par la sécurité sociale : prélèvement sur les richesses produites par le travail, développement de l'emploi, salaires...
 - Redonner à l'hôpital public les moyens nécessaires dont la suppression de la T2A⁽⁴⁶⁾
 - Suppression des restes à charge pour les familles
 - Pour les revenus financiers : Contribution supplémentaire ainsi que pour les entreprises, banques et assurances ; Rétablissement de l'ISF⁽⁴⁷⁾ et suppression de la CSG⁽⁴⁸⁾
 - Revalorisation du taux de cotisation dite patronale.
 - Pour les personnes en situation de handicap : taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi par la majoration de cotisations sociales.
 - Pour les départements : Remboursement de la dette de l'État APA-PCH [*Allocation Personnalisée d'Autonomie / Prestation de Compensation du Handicap*], Dotation de compensation de l'État, indexée sur leur dépense annuelle réelle.

46 Tarification A l'Activité.

47 Impôt de Solidarité sur la Fortune : 3 milliards supprimés dans le budget 2018.

48 Contribution Sociale Généralisée.

Documents

Compte-rendu du débat « hôpitaux en danger » organisé par les députés communistes, le 10 janvier 2018 à l'Assemblée nationale

Propos introductifs des députés

Les députés communistes ont décidé pendant cette mandature d'être présents sur le front de la santé et des hôpitaux en particulier. Nous avons décidé dans le cadre de la semaine de contrôle de parler des hôpitaux. Nous pourrions poser quatre questions à la ministre de la Santé. Il ne se passe pas une semaine sans que les députés soient interpellés sur la situation de tel ou tel hôpital. Nous nous sommes battus contre le PLFSS, aujourd'hui nous souhaitons porter une vision d'avenir pour l'hôpital. Nous souhaitons faire grandir le mouvement populaire de contestation, car l'hôpital public est, et doit rester, notre bien commun.

« 3 000 emplois statutaires seront supprimés d'ici fin 2019 »

JC. Hospices Civils de Lyon

Je voudrais vous donner quelques éléments de réflexion sur le point particulier de l'accélération des restructurations et de la main donnée aux groupes financiers tel que le groupe CAPIO. Les GHT sont devenus, concernant les HCL (Hospices civils de Lyon) l'outil juridique de restructuration. Les HCL c'est 24 000 salariés et 30 000 salariés avec le GHT. Quelques éléments concrets. Il y a un plan de retour à l'équilibre jusqu'en 2019 qui va se traduire par la suppression de 3 000 emplois statutaires. Ils sont en train de dépecer 5 établissements de proximité autour de Lyon afin que les HCL remplissent leurs services, quitte à donner le reste des prestations au privé. Il faudrait qu'on engage une bataille sur le territoire contre le projet de Medipôle qui inclut le groupe CAPIO. Les autorités publiques et la Sécurité sociale financent à 80 % le projet. Ce projet est piloté par les ARS

« Nous avons l'impression que l'alternative qu'on nous propose, c'est entre un hôpital de démunis et un hôpital usine »

GR CGT AP-HP

Le PLFSS 2018 est un plan de démantèlement de la Sécurité sociale en France et de son projet solidaire. À

l'APHP, une politique de cession du patrimoine hospitalier est menée en parallèle d'opérations de restructurations : fermetures de services, intensification du travail qui met à mal les personnels. On a l'impression que l'alternative qu'on nous propose, c'est entre un hôpital de démunis et un hôpital usine. Exemple de l'Hôtel-Dieu à Paris pour lequel les élus, les usagers se sont mobilisés pour le défendre en 2013 et qui est toujours en vie. La CME APHP a déclassé l'Hôtel-Dieu en tant que site hospitalier afin de faire une modification rapide du PLU dans un contexte de projet immobilier sur l'île de la Cité et de Jeux Olympiques pour 2024. Pourtant l'Hôtel-Dieu reste un hôpital de proximité, un hôpital des urgences de délestage, de plateaux médicaux radio et de centre de diagnostic qui est d'une redoutable efficacité au moment où on parcellise le corps dans ses différentes spécialités. Nous sommes pour la défense d'un hôpital de proximité. Nous proposons un projet alternatif au centre de Paris. Dans un contexte de JO 2024 avec un afflux de personnes sur l'île de la Cité, cela implique qu'en cas de crise sanitaire, il serait fort peu judicieux de se défaire d'un hôpital historique du centre de Paris. Si les élus pouvaient intervenir, nous en avons besoin actuellement.

« Le privé va rentrer dans l'hôpital et se gaver »

MN. CGT Hôpital de Martigues

La plupart des personnels hospitaliers sont des catégories C, des gens qui touchent des très petits salaires et bien la première de leurs revendications c'est d'être en nombre suffisant pour pouvoir travailler dans des bonnes conditions et traiter dignement les patients. Voilà où nous en sommes. Parfois on a deux aides-soignantes pour 20 toilettes au lit ! On sent qu'avec le CREF, la fermeture de certains services est en marche. Or l'argent est là. En 1945, on a pu créer tout ce qui a été fait par le CNR et aujourd'hui on ne pourrait plus le faire ? Le privé va rentrer dans l'hôpital et se gaver. Tous les services publics sont attaqués. Il faut faire un contre-projet pour dire exactement où on va prendre l'argent.

« Des patients qui ont adressé une pétition à la direction pour dénoncer les mauvaises conditions de travail des salariés »

Laurence Bernier, maire d'une commune dans le Jura

Dans le Jura comme partout il y a des suppressions de services, de postes, de lits. Ce sont les patients qui en font les frais. À l'hôpital psychiatrique, il y a une telle surcharge de population qu'il y a une chambre d'isolement sans mobilier, sans fenêtre, destinée à des patients particuliers qui a été pendant plusieurs mois comme une chambre classique parce qu'il n'y avait pas de place ailleurs. On accueille des personnes en difficulté psychologique dont on aggrave l'état. À tel point qu'il y a des patients qui ont adressé une pétition à la direction pour dénoncer les mauvaises conditions de travail des salariés de cet établissement. On a lancé un appel du Jura signé par plus de 1 000 personnes, il s'adresse à la ministre de la Santé et aux parlementaires et demande une loi du XXI^e siècle pour la santé et la perte d'autonomie.

« Il faut créer un service public ville-hôpital en faisant en sorte que les centres de santé puissent être gérés par l'hôpital public »

AB. Union fédérale des médecins salariés

Derrière l'objet hôpital il y a deux enjeux : la santé et le service public. Là s'affrontent deux visions, une vision libérale et une vision solidaire. Le centre de santé devient le standard de qualité de référence reconnu. On se bat contre l'introduction d'une gestion à but lucratif dans les centres de santé. Une ordonnance à paraître d'ici le 29 janvier va prévoir que des établissements privés à but lucratif et commerciaux pourront gérer des centres de santé. Les professionnels des centres de santé ont été assez seuls dans cette bataille et ceux qui ont poussé et pris publiquement position c'est la mutualité. Des intérêts s'expriment, agissent et vont contre la protection sociale solidaire.

Voilà une proposition : il faudrait faire se parler l'hôpital et la ville, et créer un service public ville-hôpital en faisant en sorte que les centres de santé puissent être gérés par l'hôpital public, pas sous la forme actuelle bien sûr.

« Nous ne faisons pas de qualité, nous faisons de l'abattage »

IB. CHU Bicêtre

Au CHU Bicêtre on reçoit des gens qui ont des maladies chroniques lourdes, qui ne sont pas forcément bien soignés. Pendant toute la période des fêtes de fin

d'année, nous avons 70 patients dans notre service d'urgence adulte pour 20 lits ! Parce qu'une partie des lits est fermée pour pouvoir donner du repos aux personnels, mais aussi parce que toutes les structures autour ont fait la même chose. Dans notre établissement on a des services de plus en plus spécialisés mais rien pour prendre en charge les polyhandicapés, les personnes âgées qui ont aussi besoin de prise en charge sociale. Les médecins spécialisés ne veulent pas les prendre. Chez nous, les patients qui font des cures de chimio en hôpital de jour les terminent sur des sièges dans la salle d'attente faute de personnel.

Alors voilà le message que je voudrais que vous fassiez passer : qu'on ne nous demande pas de faire de la qualité. Dans nos établissements, les escarres réapparaissent. Nous ne faisons pas de qualité, nous faisons de l'abattage. On nous fait faire n'importe quoi. Il va y avoir des morts, il y en a déjà eu. Il va y avoir des enfants qui vont mourir, la presse va s'en emparer et ce sont les lampistes qui vont trinquer ! S'il y a des attentats on ne pourra pas s'occuper d'eux.

Aujourd'hui dans mon établissement, les urgences pédiatriques et les urgences adultes sont en grève. Et ce n'est pas à cause de la grippe. Ce qui grève les urgences ce sont des passages classiques : ce sont des personnes âgées et des malades psychiatriques dont personne ne veut et surtout pas le privé. Je suis contre les GHT. On est train de fermer les établissements les uns derrière les autres à l'AP-HP.

« On a été dépossédés de notre droit à délibérer dans notre établissement »

F. CHU de Lille

Le premier problème est celui du financement : aujourd'hui on est payé en fonction du nombre de patients qu'on a eu la veille et pas pour le nombre de lits qu'on a ouvert en capacité d'accueil. On doit sortir de l'activité et revenir au capacitaire, à l'époque on était mieux financés.

Par ailleurs, notre droit de grève est attaqué de toute part. Chez nous ils sont allés jusqu'à assigner des administratifs en disant que l'identito-vigilance était essentielle pour la prise en charge des patients. Ils ont été jusque-là devant les juges. On n'a plus de conseil d'administration, il faudrait y revenir pour que nous puissions contrer les mauvais coups. On a été dépossédés de notre droit à délibérer dans notre établissement. On doit revenir à la gouvernance au temps des conseils d'administration. Le directoire, il claque des doigts et on doit faire ce qu'il dit. On a des CTE où ils nous réunissent pour la forme. La CME, elle, garde un certain pouvoir.

Au niveau de la gouvernance, si nous n'avons aucun pouvoir localement pour nous opposer aux décisions du ministère. Je pense que le vrai contre-pouvoir c'est la grève, mais faut-il encore pouvoir faire grève. L'autre problème dont on ne parle pas, ce sont les urgences hospitalières et dans les EHPAD.

« Ce que veut mettre en place Agnès Buzyn, c'est la restructuration de toute la psychiatrie »

Serge KLOPP, Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, référent à la commission Santé du PCF sur les questions de psychiatrie

Depuis 1978 je milite dans le champ de la santé. Jusqu'à présent, chaque fois que la santé était attaquée, les hospitaliers avec les organisations syndicales menaient la bagarre, avec le soutien des élus. Aujourd'hui ça ne fonctionne plus, depuis les lois HPST et Touraine. Face à la loi Touraine on a eu quelques établissements qui se sont mis en grève contre les GHT, essentiellement en psychiatrie, et on n'a pas réussi à faire ce mouvement. Il faut qu'on change de modalités de défense de la santé, ce qui ne veut pas dire que les syndicats n'ont rien à faire. Il faut qu'on arrive à construire un front qui rassemble à la fois les professionnels et leurs organisations syndicales, mais aussi les populations, les élus, les citoyens pour qu'on puisse élaborer un autre système de santé de proximité et de qualité. Ce qui ne signifie pas qu'il faille que tout le monde se fonde dans ce mouvement, mais on peut ne pas rester chacun dans son pré carré.

Pour revenir à la psychiatrie, je salue que le groupe communiste ait soutenu le projet de loi Ruffin qui vise à garantir à la psychiatrie le même taux directeur que la MCO (médecine chirurgie obstétrique), mais ça ne suffit pas. Au minimum, il faudrait garantir à la psychiatrie ses moyens en euros constants, notamment au sein des GHT. On sait que dans le cadre des GHT qui ont récupéré des unités psychiatriques, pour eux, la psychiatrie c'est la vache à lait. On va pourvoir dans ce cadre y prendre des moyens et des soignants pour faire fonctionner la MCO qui est en difficulté. C'est un faux calcul car cela ne réduit pas le déficit budgétaire. Ce que veut mettre en place Agnès Buzyn, c'est la restructuration de toute la psychiatrie, de toute la santé, tout le dispositif hospitalier. C'est la première fois qu'on démantèle tous les hôpitaux en même temps. Face à cela, il faut une vue d'ensemble d'un projet alternatif.

S'agissant de la psychiatrie, il faut conserver le principe fondamental du secteur psychiatrique. Aujourd'hui on dénigre beaucoup la psychiatrie à juste titre, du fait de l'abandon de certains patients, et pour ceux qui sont hospitalisés c'est le recours quasi systématique à la

chambre d'isolement et à la contention. Cela reflète à la fois un manque de moyens mais aussi de formation. Cela pose la question d'une réforme des études. On ne considère plus la psychiatrie comme un soin relationnel. Or la loi Touraine prévoit de faire des secteurs de 200 000 habitants contre 75 000 auparavant en fermant des structures de proximité, et remet en cause la continuité des soins puisque le référent dans le parcours santé n'est plus le psychiatre qui travaille au centre médico-psychologique mais le médecin généraliste. Le psychiatre n'aurait à prendre en charge que les cas aigus.

« Les agents hospitaliers ont le sentiment de mal faire leur travail... d'être maltraitants »

M, Hôpital de Garches

Aujourd'hui on ne prend pas en compte notre travail réel. Quand vous vous occupez d'un malade lourdement handicapé, vous ne mettez pas le même temps que si la personne était valide. Sauf que dans l'évaluation du personnel, on fait comme si le patient était valide dans les deux cas.

Aujourd'hui c'est la mode de la QVT (qualité de vie au travail), mais les agents ont un sentiment de mal faire, ils nous disent, à nous représentants du personnel : « on est maltraitants ». Qui va soigner les enfants handicapés défavorisés ? Certainement pas le privé. J'en ai marre d'entendre que nous avons la dotation suffisante. Non. Quand on fait une toilette à un patient qui fait 180 kg ou à un patient qui en fait 40, ce n'est absolument pas la même charge de travail. Quand vous donnez des soins à quelqu'un en psychiatrie, ce n'est pas la même charge que dans un service de médecine. Il est temps d'arrêter avec les standards nationaux qui ne servent à rien sauf à diminuer le personnel. On envoie de plus en plus d'agents en conseil de discipline alors qu'on n'a pas les moyens de travailler. Les agents ont la peur au ventre. On ne peut pas comparer un patient et une facture.

O. Hôpital de Garches

L'hôpital de Garches est un hôpital mondialement reconnu dans le domaine du handicap, qui a une grande expertise et qui est aujourd'hui menacé, à une échéance de 7 ans pour les Jeux olympiques.

JM. Montreuil

Au sujet du démaillage territorial, je voudrais souligner que depuis la création des ARS les élus depuis départements et régions n'ont plus la main. Ils ne peuvent que constater les dégâts. Le directeur de l'ARS est un préfet sanitaire. Il a des objectifs et en fixe lui-même

aux directeurs d'hôpitaux. Dans l'Oise et en Bretagne, il y a un directeur pour 3 hôpitaux.

Par ailleurs, 80 % des cliniques en France appartiennent à deux fonds de pension : Ramsey et Vitalia (qui appartient à Black stone, une entreprise américaine qui pèse 80 milliards). Ces gens-là sont à fond pour le TAFTA. Aux USA les patients paient le moindre bout de sparadrap et si leur assurance arrête de payer, on les renvoie chez eux. Le 2^e écueil que nous devons éviter ce sont les partenariats public-privés. C'est une escroquerie. Plusieurs exemples : fiasco total de l'hôpital de Corbeil Sud Essonne. Je voudrais enfin parler des fermetures d'hôpitaux passées sous silence : le Val de Grâce à Paris, et l'hôpital Robert Piquet à Bordeaux.

Intervention de Laurence Cohen

Il est important de mener un travail conjoint à l'Assemblée nationale et au Sénat. Un paroxysme est atteint dans l'attaque portée au système de soins. La souffrance et les suicides sont en hausse. La dégradation du service public hospitalier fait la part belle au privé. Je crois que nous devrions faire un tour des hôpitaux de France pour connaître et relayer les réalités du terrain.

« Nous n'avons aucune espérance face à ce nouveau gouvernement »

GB. CGT de l'Assistance publique

La situation est tellement catastrophique que nous ne savons pas comment la situation pourra s'arranger. Nous n'avons aucune espérance face à ce gouvernement qui mène une politique dans l'exacte continuité de celle menée par Marisol Touraine. Le PLFSS est calamiteux et le retour à l'équilibre est strictement impossible. À l'AP nous avons un gros problème de suicides, il y en a eu 9 l'année dernière, 15 l'année d'avant et encore 15 l'année précédente.

La T2A nous plombe. Le plan de recours à l'équilibre est une obsession, il entraîne un recours massif aux CDD. À l'AP il y a aujourd'hui plus de 10 000 CDD toutes professions confondues ! La politique menée sur les 5 dernières années a entraîné 16 000 fermetures de lits et 26 000 suppressions de postes.

« La première erreur est d'oublier les valeurs de l'hôpital public »

JM. Hôpital de Dieppe

La première erreur, faite par tout le monde, c'est d'oublier les valeurs de l'hôpital public dont on ne parle plus jamais : garantir des soins de qualité à tous. Il n'y a pas une décision qui ait été prise ces dernières années qui

ailent dans le sens du maintien de ces valeurs. Je me suis engagé dans la CME parce que j'avais l'impression que le pouvoir médical était le seul contre-pouvoir possible face à une gouvernance qui allait à l'encontre elle aussi de ces valeurs. Malheureusement, depuis 8 ans, je vois le pouvoir dont je dispose pour œuvrer au maintien de ces valeurs diminue régulièrement. La plupart des médecins renoncent à s'investir dans le fonctionnement institutionnel et il n'y a plus aucun pouvoir médical dans les établissements. Par ailleurs, il y a un problème de démographie médicale, pour qu'il y ait des hôpitaux, il faut des médecins. Or, l'attractivité de l'hôpital tend vers zéro.

« Il faut contrebalancer l'idéologie dominante »

HD. Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité

Avec les comités de défense, nous avons démarré une campagne qui a pour but l'éducation populaire. Ce qui nous semble important c'est de contrebalancer l'idéologie dominante. La seule chose dont nous disposons pour nous défendre ce sont nos voix, nos actes, nos contacts. Pour mener cette campagne nous avons une trame qui a déjà réuni 20 000 signatures et qui porte sur l'accès aux soins pour toutes et tous. L'idée est d'aller au-devant des gens avec des idées originales pour dénoncer les fausses idées véhiculées sur l'hôpital. Bel exemple de ce phénomène : en visite dans un EHPAD près de Rennes, Agnès Buzyn a affirmé que les difficultés rencontrées par l'établissement ne relevaient pas d'un problème de moyens ou d'effectifs mais de management ! 2018 doit être une année de résistance sur la question de l'accès aux soins. Il faut réunir un front le plus large possible pour avancer tous ensemble sur ce sujet.

« Notre comité souhaite faire des propositions concrètes »

GR : Comité de défense des hôpitaux du Nord-Essonne

En mai 2016, on nous a annoncé qu'on allait raser les trois hôpitaux du Nord-Essonne c'est-à-dire 1 050 lits et 2 000 salariés pour construire un super hôpital sur le plateau de Saclay. Il n'aura que 361 lits pour une population en pleine densification. En Essonne, nous allons avoir une panne majeure de médecins de ville dans la période qui vient. Nous défendons les usagers et nous efforçons de lier entre eux les problèmes de santé, désertification, maladies de l'environnement, maladies du travail, etc. Notre comité souhaite faire les propositions suivantes : demander la modification de la représentativité du conseil de surveillance, du point de vue des villes et des usagers. Demander la modification de la direction

de l'hôpital - il faut que toutes les parties prenantes y soient représentées - et celle du rôle du directeur et de l'école de formation des directeurs dont l'idéologie doit être radicalement modifiée. Il faut repenser les missions des hôpitaux en particulier en ce qui concerne l'accueil et l'écoute des malades.

« Il faut lancer un combat majeur et qui commence tout de suite »

JC. Comité de défense de l'hôpital Mondor

Au regard de tout ce que nous venons d'entendre, serons-nous tous ensemble à la prochaine manifestation devant le ministère ? Par ailleurs, le PLFSS 2019 est en cours d'élaboration, un des objectifs est de faire 9 milliards de bénéficiaires sur la Sécu, pour s'y opposer, c'est maintenant que nous devons lancer le combat au niveau du Conseil européen et pas lorsque le projet de loi sera presque bouclé.

Par ailleurs, je partage les critiques sur la T2A, simplement le projet du gouvernement c'est de supprimer la T2A mais pour la remplacer par un financement des réseaux de soins ! Il s'agit de la destruction totale de notre système de soins ! On est au bout du rouleau de la défense de la Sécurité sociale que nous menons depuis 70 ans, il faut absolument lancer un combat majeur et qui commence tout de suite.

« La population est consciente mais sidérée face à cette situation »

Usager de l'hôpital, maman d'un malade

Je veux dire que si les soignants vont au travail la peur au ventre, comme cela a été dit ici, les malades parfois aussi. Mon fils qui est décédé cette année d'un cancer a été soigné à l'hôpital. Il n'avait qu'une idée en tête : ne pas retourner à l'hôpital. Par exemple, après une petite intervention il a passé quatre jours et quatre nuits en salle de réveil, faute de chambre ! Dans un endroit où il y avait énormément de passage et où il n'était absolument pas possible de se reposer.

Tout ce que l'on a entendu ici, vient de professionnels, je pense qu'il faut lancer un très grand appel à la population qui se rend compte que ça va mal mais qui est sidérée face à cette situation. La population est consciente des problèmes mais ne sait pas quoi faire. Il faut l'appeler à participer à chaque manifestation sur le sujet.

« La pénurie médicale doit être mise au rang des priorités »

YB. Comité de défense de l'hôpital de Paimpol

À l'hôpital de Paimpol, faute de trouver les spécialistes nécessaires on a fermé la maternité, la chirurgie, la pédiatrie, l'ophtalmologie. Pourtant des propositions existent. Par exemple l'association des petites villes de France a des propositions. Mais le Premier ministre et la ministre de la Santé ont verrouillé le débat dans le cadre de la consultation nationale : pas question de parler de nombreux clausus ni d'une régulation de la répartition territoriale des médecins. On ne peut pas se contenter de regretter cette situation. La coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité a un projet dans lequel une partie est consacrée à la façon de faire face à cette pénurie médicale. Cette question doit absolument être mise au rang des priorités si l'on veut défendre les hôpitaux.

« Notre sentiment d'abandon est complet »

FL. Hôpital de Saint-Claude

Notre hôpital est menacé de fermeture dans toutes ces dimensions : fermeture de la maternité au mois de mars, fermeture de notre chirurgie suivie d'hospitalisation, au bénéfice du grand virage ambulatoire ! L'attaque est d'une brutalité sans précédent en ce qui concerne sa violence et son mépris.

Bien sûr il faut des propositions de loi, avec, pourquoi pas, d'autres groupes parlementaires, d'autres élus. Mais le temps est à l'action, les luttes sont aujourd'hui éparpillées, il faut travailler à leur unification. La colère est immense. Le sentiment d'abandon est complet. Nous devons travailler à unifier et amplifier ces luttes locales pour lui donner une dimension nationale faire reculer ce gouvernement.

« Lorsqu'on écrit au ministère à ce sujet c'est l'ARS qui répond »

JT. Maternité des Vosges

Avec 800 accouchements par an, notre maternité est menacée de fermeture de même que le reste de l'établissement. C'est pourtant un service attractif, par ailleurs le seul à avoir un agrément pour la cancérologie mammaire. Il n'y a pas non plus de problèmes de recrutement, trois gynécologues obstétriciens viennent d'être recrutés récemment. La mobilisation est très forte mais il y a donc un déni de démocratie évident. La population est désespérée et ne comprend pas pourquoi on l'éloigne d'un lieu où accoucher, 560 femmes se trouveront à plus d'une heure d'une maternité. Cela

pose un grave problème, particulièrement dans un pays de montagnes où les routes peuvent être difficiles ou enneigées. Lorsqu'on écrit au ministère à ce sujet c'est l'ARS qui répond, on est donc face à un pouvoir autocratique contre lequel on ne peut pas lutter.

« Mon village sera à plus d'une heure de route d'un hôpital »

Gilles Sackepey. Maire d'une commune de l'Yonne

J'interviens au nom du collectif de l'hôpital de Tonnerre. Si l'hôpital de Tonnerre ferme, mon village sera à plus d'une heure de route d'un établissement hospitalier. C'est inadmissible, nous sommes des citoyens comme les autres. Cette réunion doit se conclure par un projet. Nous sommes en demande de propositions concrètes. Nous organisons une manifestation le 16 janvier devant l'hôpital de Tonnerre, il faudra que sur le tract que nous allons distribuer puissent figurer les propositions qui vont émerger au cours de cette réunion.

« On doit se battre en premier lieu pour les réaffectations des médecins »

LP. Hôpital de Creil

Les constats sont très partagés sur la gravité de la situation, les problèmes de financement, de gouvernance. Mais je crois qu'il reste un pouvoir médical. La démographie médicale notamment est un levier que pourrait utiliser le groupe, c'est un outil de restructuration du système de santé. À Creil il y a 1 700 accouchements mais pas de médecins, c'est donc une occasion pour les pouvoirs publics de fermer la maternité. Cette demande de restructuration est partout et nous pousse parfois à accepter des partenariats avec le privé. J'ai dû le faire pour avoir une IRM...

Il va falloir revenir sur la demande d'arrêt numerus clausus mais aussi proposer des solutions intermédiaires. Les dépassements d'honoraires sont une occasion de fuite des médecins, un obstacle insurmontable pour l'hôpital public, il va falloir y revenir, de même que sur la pratique libérale à l'hôpital. Mais on doit se battre en premier lieu pour les réaffectations des médecins. Une des clés ce sont les liens entre les centres de santé et l'hôpital. Faute de propositions concrètes, les médecins ne nous soutiendront pas dans la lutte contre les fermetures parce qu'ils ne se sentiront pas en sécurité. Les ARS ont aussi un rôle à jouer dans le maillage qui permettra de maintenir ouvert le service en attendant un recrutement.

Jean-Paul Godet. Psychiatre à la retraite

L'espérance de vie s'allongeant, l'état sanitaire du pays est affecté. Il faut envisager les problématiques de santé en prenant en compte les conditions de travail, les conditions de vie en général, la nutrition. Il y a besoin d'un livre blanc pour recenser tous les problèmes concrets rencontrés sur le terrain. Si vous voulez ce livre blanc on le fera rouge !

Hôpital Jean Verdier à Bondy

Nous sommes dans une zone sinistrée comme beaucoup d'autres. Avant de fermer mon hôpital les pouvoirs publics sont en train de le fermer. Il va falloir combattre la politique de Hirsch qui dégrade les conditions de travail. Il y a eu un suicide à Avicenne avant Noël et trois tentatives en l'espace de 15 jours, il y a de quoi s'interroger...

LB. SMUR à Rouen

Les ambulanciers SMUR de Rouen sont en grève depuis juin dernier pour dénoncer leur manque de moyens. Les suppressions de postes vont nous faire perdre en réactivité et mettre en danger nos concitoyens. Tous les SAMU sont concernés. L'ARS ne prend plus en charge les activités secondaires et pédiatriques. Par an ce sont 1 800 interventions qui ne sont ni payées ni dotées. Par ailleurs, les calculs sont faits par nombre de sorties, ce n'est pas possible, ils doivent être faits en fonction du temps dont nous avons besoin pour chaque intervention. Dans le même temps nous avons un hélicoptère qui ne vole pas la nuit ni en cas d'intempéries et qui coûte une fortune à la région. Merci Monsieur Wulfranc pour votre invitation.

Aide-soignante, Hôpital Louis Mourier AP-HP

Je suis aide-soignante à Louis Mourier depuis 30 ans. Par ailleurs, nous avons un gros problème avec les médecins qui ont été choisis je ne sais pas comment, ils sont arrivés avec un projet : la chirurgie ambulatoire. Ils se moquent des patients, ils n'ont aucun respect pour les soignantes. Le CME ne nous considère pas comme des soignants. Dernier point, nous n'avons plus du tout de médecine du travail !

« La souffrance des salariés on doit la transformer en envie de se battre »

Assistance publique des hôpitaux de Marseille

On va fermer un tiers de nos lits, dans un établissement où il n'y a que 35 % de lits privés et dans un département

où il y a 25 % de taux de précarité. En 2015, on a vu la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier à hauteur de 51 millions d'euros avec la fermeture de 200 lits et 400 postes. Deux ans après on ne dit que cela ne suffit pas. On va devoir faire des travaux et on va passer par le COPERMO (Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins) mais pour ça il faut encore fermer des lits. En 2015 on était à 3 103 lits et pour l'avoir il faut passer à 2 229 lits et faire les suppressions de postes qui vont avec. Alors je crois qu'il n'y a rien à inventer, la sécu existe défendons-la, les hôpitaux existent défendons-les. On avait le meilleur système de soins, on a tout ce qu'il faut.

La priorité c'est d'informer la population, on peut mobiliser 1 million de personnes pour l'enterrement de Johnny et on ne pourrait pas faire la même chose pour défendre la santé ? Pour ça chacun doit prendre ses responsabilités et vous aussi vous en portez, parce qu'aujourd'hui vous n'offrez pas de perspective. Ce que l'on veut aujourd'hui c'est un programme clair à défendre. À notre niveau on ne peut pas changer les choses, on ne peut que les défendre. La souffrance des salariés on doit la transformer en envie de se battre.

PL. Collectif de défense de l'hôpital de Die

Nous avons perdu maternité et chirurgie au 1^{er} janvier. On a réduit drastiquement le nombre de maternités sans la moindre étude épidémiologique ou médico-sociale et uniquement pour satisfaire à une politique d'austérité. On a besoin d'études, d'arguments pour informer les gens et convaincre les personnels qui en viennent à être favorables à ces fermetures. Je voudrais que vous mettiez le gouvernement en face de ses responsabilités : on a des malades qui se retrouvent à 1h voir 2h d'une maternité ou d'un bloc de chirurgie, c'est nettement supérieur à ce qui est nécessaire pour permettre un bon accès aux soins.

Intervenant, soins à domicile

Je veux intervenir sur la mise en danger des malades et des personnels hospitaliers. Je travaille à domicile, j'ai besoin d'une voiture. La mienne n'a pas de freins, parfois pas de clignotants, etc. Par ailleurs on nous confie des tâches qu'on ne sait pas faire. On m'a envoyé faire une dialyse sans formation. Mon patient et moi étions en danger. Par ailleurs, on nous restreint nos acquis sociaux : ticket-restaurant. Je voulais également dire qu'il y aura une caravane des luttes à Avicenne.

Intervenante de l'Allier

Je viens de l'Allier, nous avons trois hôpitaux généraux, trois hôpitaux de proximité et un hôpital psychiatrique avec des particularités puisque la prise en charge se fait dans des familles d'accueil. On est en mesure de vous faire un inventaire précis des situations de nos hôpitaux, de ce qu'il s'y passe. Je pense que ces informations peuvent nourrir la réflexion sur les hôpitaux. Il faut aussi réfléchir plus largement à la santé, à la prévention, en prenant en compte la démographie médicale et aussi les problèmes liés à la dépendance.

Y. CGT de l'AP-HP

On est confrontés à des projets de lois déjà ficelés, il faudrait une loi qui associe les représentants du personnel. À chaque fois on est la dernière roue du carrosse, on n'arrive pas à se défendre ni à proposer. Si on a les bonnes informations au bon moment, déjà ça pourrait aider à avancer.

Sage-femme au CHR d'Orléans

Notre établissement est soumis au plan de retour à l'équilibre, il a essayé plusieurs suppressions de postes et en essuiera d'autres. COPERMO (Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins) arrive chez nous en février prochain. De manière discrète il est demandé aux médecins qui reçoivent des patients dans les différents services de ne se concentrer que sur le motif pour lequel ils sont hospitalisés et de passer outre les autres pathologies qu'ils peuvent présenter afin qu'ils ressortent, soient ré-hospitalisés et bénéficient d'un nouveau forfait hospitalier. Et ce alors qu'il y aurait pu avoir une prise en charge globale. Tout ça pèse sur la Sécurité sociale qui rembourse ces séjours. Par ailleurs, les soignants n'ont pas le temps de jouer leur rôle de prévention et d'éducation. On nous pousse à faire sortir les mamans deux jours seulement après l'accouchement. Nous n'avons pas le temps de leur apprendre à prendre en charge leur nouveau-né, à prévenir les pleurs. On se retrouve avec des ré-hospitalisations, ce qui permet de facturer un séjour de plus.

Cette rencontre est riche de témoignages, elle est le début du combat que nous continuerons de mener sur ces sujets. Nous avons voulu cette démarche ouverte à tous, y compris aux citoyens. Nous rédigerons comme convenu un appel d'urgence pour sauver l'hôpital. Il faut qu'on nous entende, la santé ne peut pas devenir une marchandise, elle doit rester au service des citoyens.

Décryptage du nouveau régime unique de retraite complémentaire

NDLR : nous donnons ici un document de réflexion de la CGT utile pour la réflexion sur la réforme des retraites proposée par le président Macron.

Dans le droit fil de l'accord du 30 octobre 2015 dont la CGT n'était pas signataire, le Medef propose à la signature des organisations syndicales un accord mettant en place un nouveau régime de retraite complémentaire d'ores et déjà déficitaire, et qui vient remplacer les régimes historiques ARRCO et AGIRC. Ce régime est doté d'une nouvelle réglementation qui rend caduque toute la jurisprudence liée à l'AGIRC et à l'ARRCO. Or, la CGT et son UGICT en avaient fait émerger nombreuses au fil des décennies et notamment l'interdiction de baisser les pensions liquidées (Arrêt de la Cour de Cassation de 1999, recours introduit par l'UGICT-CGT). En outre, le texte proposé à la signature anticipe la réforme générale du système de retraite français qu'Emmanuel Macron veut diligenter dès 2018.

Qui est concerné ?

Tous les salariés actifs et retraités du secteur privé ainsi que les agents du secteur public sous contrat de droit privé sont dans l'immédiat concernés. Idem pour les régimes spéciaux adossés, les autres seront impactés dans un second temps. Contrairement aux régimes AGIRC et ARRCO, en effet, le régime mis en place est organisé pour fonctionner « à cotisations définies ». Une fois acté par les partenaires sociaux, ce fonctionnement « à cotisations définies » pourra être généralisé à l'ensemble des régimes spéciaux, dont celui de la Fonction publique, par le gouvernement Macron.

Qu'est-ce qu'un régime à cotisations définies ?

Tout régime dans lequel les taux et les assiettes de cotisation sont bloqués : l'augmentation du nombre de retraités et de leur espérance de vie entraîne alors une baisse continue des droits à retraite en cours de constitution et des pensions liquidées. *Un exemple caractéristique est fourni par le système suédois qui a fait baisser de près de 10 % toutes les pensions en 4 ans...*

En l'état, l'étude d'impact demandée par la CGT à la Direction technique du GIE AGIRC- ARRCO

fait état pour les 15 prochaines années d'une **baisse en euros constant de 9 % des pensions liquidées** avant ou après le démarrage effectif de ce nouveau régime (1^{er} janvier 2019).

Quelles ont été les positions du Medef et de la CGT dans les négociations ?

La CGT a demandé lors de la négociation à ce qu'un garde-fou, que nous avons obtenu dans les accords de 2013 et 2015, soit repris dans le nouveau régime : l'interdiction de baisser le montant nominal de la valeur de service du point. La pension étant égale au produit de la valeur de service du point par le nombre de points acquis pendant la carrière, sans cette mesure, les retraites sont susceptibles de diminuer y compris en montant nominal, ce qui serait sans précédent dans l'histoire des retraites en France. Le Medef a opposé un refus catégorique à cette demande : le doute sur la réalité de ses intentions n'est donc pas permis. Il s'ensuit que la reprise intégrale des droits passés, posée comme principe dans le préambule de l'accord, n'est plus qu'un leurre, puisque les droits en question seront progressivement érodés par le nouveau régime. En dépit des demandes de la CGT, le Medef a également refusé de faire du taux de remplacement (ce que représente la première pension par rapport au dernier salaire d'activité) l'un des indicateurs de suivi de ce régime. Les salariés sont donc voués à cotiser à l'aveugle, sans jamais savoir ce qu'ils auront au moment de la retraite. Là encore, l'étude d'impact est sans ambiguïté : le niveau des futures pensions est appelé à s'effondrer. Pour 100 euros annuellement cotisés, un salarié acquiert aujourd'hui un droit annuel à pension de 7,50 euros de pension. À terme, ce droit sera réduit de 29 % pour s'établir à 5,27 euros. Pour rattraper la perte, il faudrait que les salariés cotisent pendant 15 années supplémentaires, soit une carrière de 57 ans ! Même une formulation aussi édulcorée que « le régime concourt à la continuité du niveau de vie entre périodes d'activité et de retraite » n'a pas trouvée grâce aux yeux du Medef.

Suppression de la garantie minimale de 120 points de retraite par an

En raison de salaires inférieurs ou de peu supérieurs au plafond de la Sécurité sociale, 36 % des ICTAM, en particulier les femmes et les jeunes diplômés, bénéficiaient de cette garantie minimale de prestation, représentant pour une carrière complète, une pension annuelle de 2 298 euros. Cette prestation constituant un minimum garanti n'a pas sa place dans un régime dont la philosophie est de réduire continûment les prestations, puisqu'il fonctionne « à cotisations définies ». Le Medef a donc obtenu sa suppression.

Suppression de points sans remboursement des cotisations

Certaines entreprises, pour fidéliser leurs salariés, cotisent aujourd'hui encore au-delà des taux obligatoires et sur une assiette de rémunération plus large. Les salariés obtiennent plus de points de retraite et se constituent une meilleure pension. Ces employeurs, après référendum, pourraient renoncer à ces dispositifs : les salariés perdraient les points acquis à ce titre... mais ne seraient pas remboursés de leurs cotisations !

Remise en cause des points attribués au titre du chômage

L'ARRCO et l'AGIRC accordaient des points sur toutes les périodes de chômage indemnisées. La sous-section 4 de l'accord proposé à la signature ne maintient cette disposition que sur la période couverte par la convention du 14 avril 2017, qui vient à échéance en septembre 2020 ! « Seules les allocations expressément citées dans la présente sous-section donnent lieu à attribution de points de retraite complémentaire. (...) les titulaires des allocations d'aide au retour à l'emploi, versées en application du règlement général annexé à la convention du 14 avril 2017, relative à l'indemnisation du chômage, et des annexes à ce règlement ».

Report d'un an de l'âge de départ en retraite

Dès 2019, pour liquider leur retraite avant 67 ans sans pénalité, les générations nées à compter du 1^{er} janvier 1957 devront travailler une année supplémentaire au-delà de l'âge auquel elles bénéficient d'une retraite à taux plein dans leur régime de base de Sécurité sociale, CNAV (Caisse Nationale d'assurance Vieillesse. C'est le régime de base des salariés de l'industrie et du commerce) ou MSA (Mutualité Sociale Agricole. C'est le régime de base des salariés et des exploitants du secteur agricole). Les salarié-

e-s qui ne prolongeraient pas leur activité se verraient appliquer pendant trois années 10 % d'abattement sur le montant de leur pension, sauf s'ils sont exonérés de CSG...

Prescription de 3 ans sur la révision des droits (subordonnée à révision dans le régime de base)

Jusqu'à présent les salariés pouvaient obtenir une rectification du montant de leurs pensions sans se voir opposer un délai de prescription. Non seulement un délai de trois ans a été introduit, mais de surcroît la révision ne sera effectuée que si le régime de base a lui-même révisé le montant de la pension. Sauf que ce dernier ne s'intéresse qu'aux 25 meilleures années de carrière, alors que dans les régimes par points toutes les années comptent pour calculer la pension.

Écrêtement des majorations familiales pour enfants nés et élevés

Combattu par la CGT, défendu par la CFDT, il est maintenu. Les prestations versées à ce titre qui excèdent 167 euros par mois seront donc écrêtées. C'est un précédent en direction de l'écrêtement des pensions de réversion revendiqué par la CFDT, à ce jour totalement isolée sur cette demande. Le Medef n'y a donc pas fait droit cette fois-ci. Quant aux pseudo-concessions sur l'âge et le taux de la réversion, elles étaient d'emblée acquises, le Medef ne voulant pas enliser la négociation. Son objectif était en effet d'obtenir dans les plus brefs délais un accord qui servira de référence à Emmanuel Macron pour sa propre réforme du système de retraite français.

Et demain ?

Sauf à renier ses revendications et ses orientations, la CGT ne peut évidemment pas signer cet accord. Pour autant, elle ne sera pas exclue du pilotage du régime. Le préambule de l'accord est sans ambiguïté : « *Le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire, dont le pilotage relève de la compétence des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel, est fondé sur les principes de contributivité, de lisibilité et de solidarité et s'appuie sur les considérations suivantes.* » En revanche, le Medef a souhaité réserver l'administration et la gestion de ce régime aux seuls signataires ou aux organisations syndicales qui adhérerait à l'accord postérieurement à sa signature.

En tout état de cause, la CGT et son Ugict seront présentes dans les prochaines négociations pour défendre

les revendications de financement d'un régime qui garantisse les droits et le niveau de vie des actuels et futurs retraités. Sur ugict.cgt.fr nous continuerons de faire la transparence en fournissant décryptages et outils

de mobilisation afin de contribuer aux luttes lorsque nécessaire.

Rien n'est perdu d'avance.

Conquérir les moyens de financement nécessaires pour une reconquête de la Sécurité sociale

Document CGT

Depuis trente ans, les gouvernements successifs et le patronat n'ont cessé de stigmatiser « le trou abyssal de la Sécurité sociale » et d'enchaîner les plans d'économies pour équilibrer les comptes de la Sécu. La diminution drastique depuis dix ans du taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), fixé par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, illustre parfaitement cette volonté.

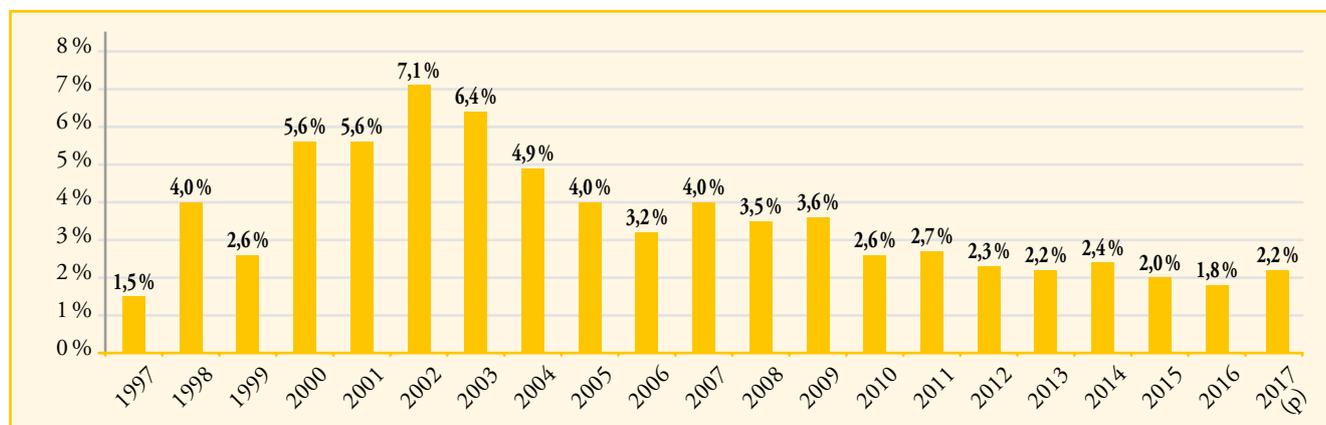
Cette obsession des économies est la cause première des reculs de notre Sécurité sociale solidaire :

- baisse des remboursements des dépenses de santé, réduction drastique des moyens de l'hôpital public, augmentation des renoncements à des soins pourtant nécessaires ;
- succession de réformes des retraites régressives depuis la réforme Balladur de 1993 ;
- remise en cause de l'universalité des prestations familiales...

La base du financement de la Sécurité sociale est le salaire socialisé

Le financement de la Sécurité sociale repose encore principalement sur les cotisations sociales, assises sur les salaires qui rétribuent la force de travail. Ce ne sont pas des charges – comme veut le faire croire le patronat – mais la part socialisée du salaire qui est mutualisée entre les salariés pour répondre à des besoins sociaux, comme les dépenses nécessaires pour se soigner ou demeurer en bonne santé, les allocations familiales ou les pensions de retraite, et qui contribuent donc au bien-être des salariés et de leurs ayants droit avant, pendant et après la vie active. Ces dépenses sont donc financées par le travail des salariés, comme leur salaire direct. De ce point de vue, il n'existe aucune différence entre les cotisations sociales des salariés (qui viennent en déduction du salaire brut) ou les cotisations dites patronales. Par conséquent, quand le gouvernement diminue les cotisations dites « patronales », il baisse le salaire des salariés (et au bénéfice des profits du capital). De plus, cela n'augmente en rien le pouvoir d'achat, puisqu'il y aura forcément transfert vers l'impôt. La création de richesses par le travail dans le cadre de l'entreprise est la base du financement de la protection sociale solidaire. Les cotisations sociales qui financent les retraites complémentaires ou l'assurance chômage font aussi partie du salaire socialisé.

Évolution du taux de croissance des dépenses d'assurance maladie (Ondam) depuis le Plan Juppé



L'explosion des exonérations de cotisations sociales

Depuis une vingtaine d'années, les exonérations de cotisations sociales se sont multipliées. Elles représentent aujourd'hui près de 30 milliards d'euros par an. Pour les salariés concernés, elles constituent une baisse de leur salaire socialisé. Aujourd'hui, dans la pratique, les cotisations sociales sont devenues progressives jusqu'à 1,6 Smic. Au niveau du Smic, il n'y a plus de cotisations de Sécurité sociale patronales, à l'exception d'une partie de la cotisation accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP).

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 prévoit la transformation du CICE⁽⁴⁹⁾ en baisse de cotisations sociales, ce qui conduira à exonérer les cotisations patronales de Sécurité sociale, mais également les cotisations patronales au titre des retraites complémentaires et de l'assurance chômage. Au niveau du Smic, il n'y aura quasiment plus de cotisations employeurs au titre de l'ensemble de la protection sociale ! La majorité de ces exonérations sont compensées, soit directement par le budget de l'État, soit par affectation à la Sécurité sociale de certaines recettes fiscales, principalement les taxes sur le tabac.

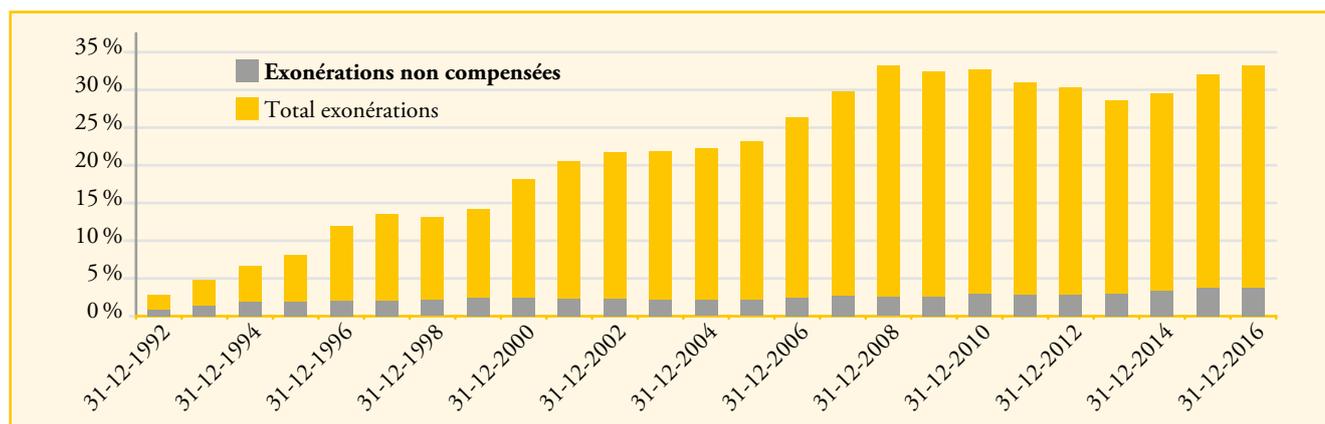
Les cotisations exonérées ne sont pas financées par les entreprises – qui sont les grandes gagnantes de ce « tour

de passe-passe » – mais par des mécanismes de solidarité nationale. Elles sont donc à court terme sans conséquence sur les droits des salariés : un salarié payé au Smic bénéficiera d'une retraite sur la base du Smic bien que l'entreprise n'ait pas versé les cotisations correspondantes (ses prestations de retraite seront financées par les taxes tabac qu'il soit fumeur ou non).

En revanche, certains éléments de la rémunération de la force de travail comme l'intéressement et la participation n'ouvrent pas de droits à protection sociale (ils ne sont par exemple pas pris en compte pour le calcul de la retraite, des indemnités journalières ou pour les prestations d'assurance-chômage), diminuant ainsi la part du salaire socialisé. Les spécialistes parlent d'exemptions de cotisations sociales.

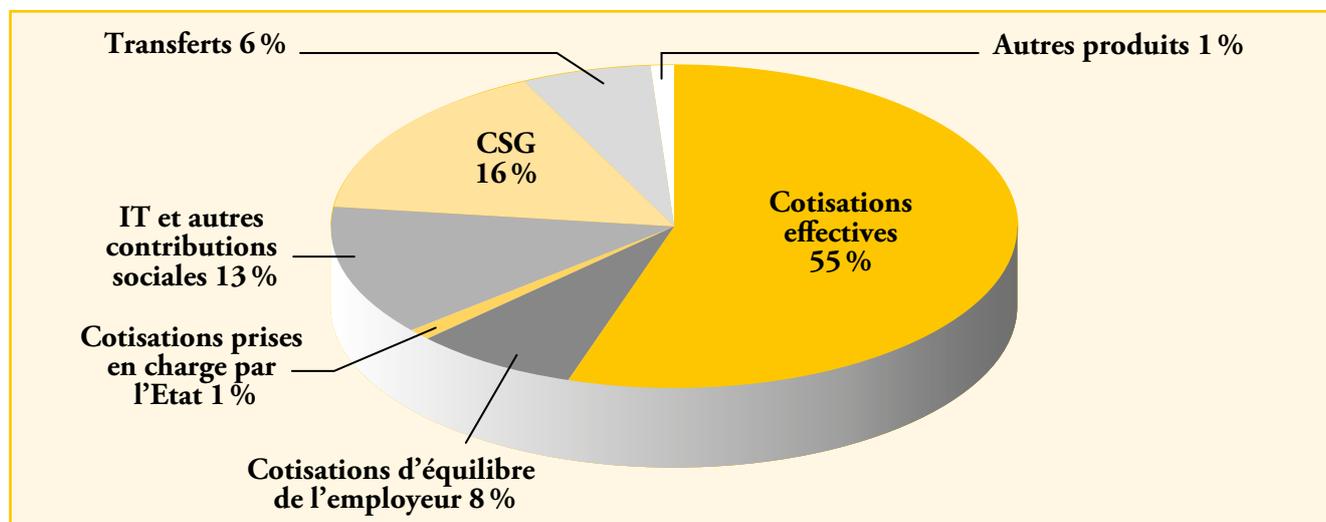
La part des cotisations sociales dans les recettes de la Sécurité sociale a régulièrement diminué depuis vingt ans. Cette baisse a deux causes : l'explosion des exonérations de cotisations sociales compensées par des taxes comme celle sur le tabac, et le remplacement d'une part croissante des cotisations salariales par la contribution sociale généralisée (CSG), qui est payée également par les retraités, contrairement aux cotisations. Actuellement, les cotisations sociales ne représentent plus que les deux tiers des ressources de la Sécurité sociale.

Évolution des exonérations de cotisations sociales depuis 1992



49 Le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) est une réduction de l'impôt sur les sociétés calculée en fonction des salaires payés par l'entreprise. Son effet est proche d'une exonération de cotisations sociales.

Structure des recettes de la Sécurité sociale



Pour une réforme du financement de la Sécurité sociale

Les gouvernements successifs ont ainsi poursuivi depuis les années 1980 des politiques fondées sur la baisse « du coût du travail » et donc du salaire socialisé. Elles ont contribué à diminuer les ressources de la Sécurité sociale tout en diminuant de manière drastique les droits des assurés sociaux. Cette politique d'austérité n'a pas permis d'équilibrer les comptes sociaux, bien au contraire. Les promoteurs de ces politiques oublient que les dépenses de protection sociale sont aussi des recettes pour l'économie : ainsi, le secteur de la santé représente plus de 10 % du produit intérieur brut. De même, les pensions de retraite permettent aux retraités de consommer et sont donc un facteur de développement économique.

La logique de ces choix économiques – baptisés économie de l'offre – est totalement contraire aux besoins des salariés et retraités, comme aux nécessités du développement économique. Les exonérations de cotisations sociales dissuadent Les employeurs d'augmenter les salaires et encouragent le développement d'emplois à faible niveau de qualification et/ou précaires. C'est tout le contraire de ce dont aurait besoin l'économie française, c'est-à-dire le développement des emplois, stables qualifiés, et bien rémunérés, pour permettre notamment la reconstruction de l'industrie et des services publics et pour conduire l'économie vers le plein-emploi. C'est indispensable pour remettre le travail au cœur de la société. L'économie française souffre d'une insuffisance chronique des investissements productifs respectueux de l'environnement et facteurs de progrès social, tandis

que les placements financiers et les distributions de dividendes sont de plus en plus dominants.

C'est pourquoi la CGT propose une réforme ambitieuse du financement de la Sécurité sociale visant à remettre le travail et l'emploi au cœur du modèle productif de l'économie française.

Les propositions CGT de réforme du mode de calcul des cotisations de Sécurité sociale :

- **repenser le taux de cotisation employeurs**
Le taux de cotisation serait différencié en fonction de la masse salariale et des choix de gestion de l'entreprise par la création d'une surcotisation « patronale ». Le but serait de faire cotiser plus l'entreprise qui ferait le choix de la précarité et de bas salaires ;
- **réaliser l'égalité salariale femmes-hommes**
L'égalité salariale femmes-hommes apporterait à terme plus de 5 milliards d'euros de recettes nettes à la Caisse nationale assurance vieillesse (cotisations nouvelles nettes des prestations) ;
- **supprimer les exonérations de cotisations patronales et le CICE ;**
- **déplafonner des cotisations salariales et patronales ;**
- **transformer la CSG en cotisation salariale et patronale ;**
- **soumettre à cotisations sociales les fonds d'épargne salariale.**

L'intéressement, la participation et l'abondement patronal au plan d'épargne d'entreprise et au plan épargne pour la retraite collective (Perco), ainsi que les stock-options et les attributions d'actions gratuites dont bénéficient certains salariés, seraient soumis à

cotisations sociales et permettraient d'acquérir des droits, notamment en matière de retraite ;

- **mettre à contribution les revenus financiers des entreprises**

La CGT propose la création d'une contribution sociale assise sur les intérêts et dividendes versés par l'entreprise à ses actionnaires et aux souscripteurs d'obligations.

La Sécurité sociale doit rester financée par le salaire socialisé, mais le mode de calcul de la cotisation dite « patronale » doit être profondément réformé. Il faut mettre en œuvre une logique qui pénalise les

investissements financiers au profit d'une logique d'investissements productifs, créateurs d'emplois et améliorant les niveaux de qualification et de rémunération ainsi que les capacités de production. Le mode de calcul des cotisations sociales doit favoriser le développement de la masse salariale et non inciter à la réduction des salaires et du nombre de salariés. D'où notre revendication d'une surcotisation sur les contrats précaires.

Le mode de calcul doit aussi favoriser l'investissement productif et pénaliser la financiarisation. D'où la proposition d'une réelle mise à contribution des revenus financiers des entreprises.

Cinq chantiers : oui ! Mais combien de tractopelles ?

Communiqué de l'Union syndicale de la psychiatrie du 15 février 2018

Le Premier ministre Édouard Philippe a présenté ce mardi 13 février « cinq chantiers pour transformer le système de santé ». Une concertation est annoncée dès à présent et jusqu'à l'été : nous nous en félicitons et en même temps, nous tenons à dire qu'il serait dommage que cela ne soit qu'une cérémonie de communication organisée par la présidence de la République et ses ministres où l'on donne lecture des décisions jupitériennes comme ce fut fait à plusieurs reprises ces derniers mois.

Certes, le système de santé, en grande difficulté, mérite d'être modifié de façon urgente. De grands changements sont nécessaires comme l'exigence en monte de tout le pays. Le gouvernement n'entend pas cette exigence.

Bien sûr, nous prenons donc acte de l'intérêt affiché par Édouard Philippe pour notre système de santé, et en même temps nous notons la modestie de ses ambitions : 100 millions d'euros annuellement pour ses 5 chantiers concernant l'ensemble du système de santé. Une aumône donnée d'une part et en même temps une austérité maintenue et aggravée.

Nous nous en tiendrons à quelques autres premières remarques sur ce discours. La tarification à l'activité (T2A) est remise en cause, mais c'est la quantification de toutes les activités de soin qui est réaffirmée ; c'est une accentuation de la logique néfaste à l'œuvre qui est voulue.

On nous parle de virage numérique, de télémédecine. Fort bien. Mais quel bilan est tiré de la remise en cause des

secrets professionnels, et du secret médical en particulier, qui fut associée à l'usage extensif de l'outil informatique tel que voulu par les décideurs ?

On nous parle de réorganisation territoriale... sous l'égide de l'Agence régionale de santé, en réaffirmant la place des Groupements hospitaliers de territoire. Rien de nouveau. Cette politique, nous l'avons combattue et nous continuerons à la combattre.

Pire encore, concernant le service public de santé, les fragilisations statutaires et contractuelles envisagées par le comité interministériel de la transformation publique, avec leurs conséquences sur la gouvernance ont tout pour nous inquiéter (<https://www.uspsy.fr/Tous-en-greve-et-dans-la-rue-le-22.html>).

Le Premier ministre a réaffirmé la continuité d'une politique néolibérale appliquée à la santé. Soit une politique selon les intérêts des propriétaires de chaînes de cliniques à but lucratif, d'EHPADS privés, des assurances, des firmes pharmaceutiques multinationales, tous secteurs profitables aux capitalistes. C'est une politique dont les professionnels du champ de la santé, comme toute la population, vit les conséquences désastreuses, dans leur corps et dans leur esprit.

Pascal Boissel Président de l'USP
Union Syndicale de la Psychiatrie,
52 rue Gallieni, 92240 Malakoff



Réalisation, Impression :



Dépôt légal : avril 2018

