



# CAHIERS

## Les cahiers de santé publique et de protection sociale

*Publication de la Fondation Gabriel Péri*

N°27  
décembre  
2017

## LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

### Rédaction

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

### Comité de rédaction

D<sup>r</sup> Alain BEUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,  
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de Progressistes,  
P<sup>r</sup> Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,  
D<sup>r</sup> Alain BRÉMAUD, Membre du bureau de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,  
D<sup>r</sup> Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,  
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,  
D<sup>r</sup> Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des chirurgiens-dentistes des centres de santé,  
M<sup>me</sup> 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<sup>r</sup> Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie,  
D<sup>r</sup> Richard LOPEZ, Directeur de la santé à Saint-Denis, Président de la FNCS,  
M<sup>me</sup> Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,  
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'Économie et Politique,  
M<sup>me</sup> Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,  
M. Patrice VOIR, Maire-adjoint délégué à la santé de Grenoble,  
D<sup>r</sup> Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste, †  
D<sup>r</sup> Xavier VUILLAUME.

### Comité de lecture

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

## SOMMAIRE

*Éditorial :*

- Le droit à une protection sociale pour tous les peuples : réenchanter le monde ?**  
Par le D<sup>r</sup> Michel Limousin. .... Page 7

*Articles :*

- À propos des violences obstétricales**  
**La naissance, une dure confrontation avec notre monde**  
Par le D<sup>r</sup> Paul Cesbron ..... Page 10
- Psychopathologie du travail**  
**Quand c'est le travail qui est malade**  
Par le D<sup>r</sup> Nadine Khayi, médecin du travail ..... Page 17
- Vers la destruction du métier de soignant en psychiatrie ?**  
Par Serge Klopp, infirmier psychiatrique ..... Page 25
- Si le mouvement ouvrier et le peuple ne se bougent pas plus que ça, la SÉCU C'EST FINI**  
Par Michel Etievent ..... Page 28
- Note sur le PLFSS 2018**  
Par Frédéric Rauch, économiste ..... Page 29
- Bien vacciner la population sans omettre d'étudier et prévenir les effets indésirables des adjuvants à base aluminium**  
Par le Pr Romain Gherardi, Université Paris-Est Créteil, INSERM U955E10 ..... Page 32

*Le dossier : Colloque « Le droit à une protection sociale pour tous les peuples »*

- La Sécurité sociale au Japon et le mouvement contre sa réforme néolibérale**  
Par le D<sup>r</sup> Mamoru FUJISUE, Président de la Fédération japonaise des institutions démocratiques de santé (Min-Iren) ..... Page 36
- Le droit à la protection sociale des peuples : « Le premier pilier de la protection sociale du peuple chinois »**  
Par le D<sup>r</sup> Mélanie ATINDEHOU-LAPORTE (乐美兰), Université de Paris Descartes, France & Guanghua Law School, Zhejiang University, China ..... Page 45
- Le droit d'accès universel à la santé, les restrictions imposées par les mémorandums et la politique du gouvernement grec ces deux dernières années (2015-2017)**  
Par le D<sup>r</sup> Yannis Baskozos, Secrétaire Général de la Santé Publique du Gouvernement grec, Membre du Comité central de SYRIZA ..... Page 53
- La place de la sécurité sociale dans le système des normes internationales du travail**  
Par le Pr Alain Supiot, Professeur à l'Université de Nantes, Institut d'études avancées « Nord-Sud », Professeur au Collège de France ..... Page 58
- De la dette comme arme de dissuasion sociale massive**  
Par M. Jacques Rigaudiat conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes ..... Page 63
- Les brèves des Cahiers* ..... Page 82

*Les notes de lecture*

- « L'atlas des migrants en Europe »*  
Par Nicolas Lambert, ingénieur de recherche au CNRS, cartographe ..... Page 87

*Le courrier des lecteurs* ..... Page 89*Document*

- Roland Gori : « Face au dés-œuvrement, à la désolation, réhabiliter le champ du politique »**  
Programme du Colloque international des 23 & 24 novembre 2017 ..... Page 92

## Le droit à une protection sociale pour tous les peuples (2)

Après que s'est tenu à Paris les 23 & 24 novembre 2017 le Colloque sur **le droit à la protection sociale pour tous les peuples** dont nous publierons les Actes en février, l'Organisation internationale du travail donnait le 30 novembre les principaux éléments de son nouveau rapport mondial à Genève. Les chiffres que nous n'avions pas alors, confirment ce que nous avons dit: seulement 27 % de la population mondiale bénéficie d'une couverture sociale correcte et plus de 50 % n'en a aucune. L'OIT s'est donné pour mission d'aider les pays à garantir la couverture de tous les groupes sociaux. La protection sociale comprend l'accès aux soins médicaux, la garantie de revenu pour les personnes âgées et en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, d'accident du travail, de maternité ou de disparition du soutien de famille.

Malgré des évolutions positives indéniables, encore 55 % de la population mondiale ne profite d'aucune des différentes prestations sociales (retraite, chômage, assurance-maladie, etc.), soit quatre milliards de personnes, note l'OIT. Parmi les « Objectifs du développement durable » (ODD) adoptés par les Nations unies en septembre 2015, celui qui consiste à « mettre en œuvre des systèmes nationaux de protection sociale pour tous, y compris des socles », pour réduire et prévenir la pauvreté d'ici à 2030, ne sera certainement pas atteint. « Ce n'est pas gagné, même s'il nous reste douze ans », a reconnu Christina Behrendt, chef de l'unité sur les politiques de protection sociale à l'OIT. Des progrès ont certes été constatés depuis le dernier rapport de 2014. Le pourcentage de personnes couvertes par un système de sécurité sociale est passé de 27 à 29 %, une très légère hausse de deux points, malgré les nombreux engagements pris. Et cette hausse est en partie due aux avancées réalisées en Chine. « Ce pays a considérablement progressé dans les secteurs des retraites ou du chômage », a expliqué à nouveau Christina Behrendt. La Chine investit dans la protection sociale car elle veut renforcer la demande intérieure et le pouvoir d'achat de sa population, dans une période où l'économie mondiale est instable. Par ailleurs, cette meilleure protection sociale augmente aussi la productivité de sa main-d'œuvre.

*« Les politiques d'austérité à court terme continuent de saper les efforts de développement à long terme, les ajustements d'assainissement budgétaire ont des impacts*

*sociaux négatifs considérables », estime Isabel Ortiz, directrice du département de la protection sociale de l'OIT. L'exemple de la Grèce, où les niveaux de protection sociale ont baissé, illustre bien le propos comme l'a démontré le Dr Yannis Baskozos lors de notre colloque. Selon C. Behrendt, « le Fonds monétaire international (FMI) tout en reconnaissant l'importance de la protection sociale, mène une politique de restriction de celle-ci ». Par exemple la Mongolie voulait mettre en place une allocation universelle pour chaque enfant; le FMI lui a demandé de la réserver aux familles les plus pauvres!*

Au niveau international, le tableau reste donc sombre. Seuls 35 % des enfants jouissent d'un réel accès à la protection sociale. Seulement 41,1 % des mères perçoivent une allocation maternité et 83 millions de nouvelles mères ne sont pas couvertes. Les statistiques ne sont guère plus encourageantes concernant la couverture du chômage ou la protection des handicapés: moins de 30 % d'entre eux touchant une prestation d'invalidité. Les inégalités ont augmenté dans presque toutes les régions du monde depuis plus de trente ans. Ce constat émane d'un rapport inédit du World Wealth and Income Database, fruit d'un travail collectif de plus d'une centaine de chercheurs, qui s'appuie sur de multiples sources de données pour comparer la répartition des richesses: compatibilités nationales, enquêtes déclaratives, données fiscales, classements des grandes fortunes... L'un des principaux enseignements: les 1 % les plus riches ont profité deux fois plus de la croissance que les 50 % les plus pauvres. Ainsi la différence de trajectoire est ainsi flagrante entre l'Amérique du Nord et l'Europe: la part du centile le plus élevé dans la richesse nationale est passée aux États-Unis de 10 % à 20 % entre 1980 et 2016 contre une progression de 10 % à 12 % en Europe de l'Ouest. En même temps, la part des 50 % les plus pauvres est tombée de plus de 20 % à 13 % en Amérique. Cela tient, aux États-Unis, à des inégalités d'accès à l'éducation, à une fiscalité de moins en moins progressive et à un effondrement du revenu minimum.

Autre constat, les grands pays émergents, Inde et Brésil, font partie des pays les plus inégalitaires ainsi que la région du Moyen-Orient. Au Brésil, 1 % des plus aisés détient 55 % du revenu national. Les écarts de revenus se sont en revanche nettement aggravés depuis les

années 1990 en Chine et encore plus en Russie après la libéralisation de leur économie. Si les inégalités chinoises ont augmenté moins fortement, c'est dû à la fois à la forte croissance et à une mobilisation des ressources publiques, fiscales en particulier, pour investir dans les infrastructures, l'éducation et la santé. La difficulté étant, insistent les auteurs du rapport du World Wealth and Income Database, que la capacité d'action des États s'est réduite du fait de « *très importants transferts de patrimoine public à la sphère privée dans presque tous les pays. La richesse des États est aujourd'hui négative ou proche de zéro dans les pays riches* ». La part du patrimoine mondial aux mains des 1 % les plus riches passerait de 33 % à 39 % d'ici 2050 tandis que celle de la classe moyenne se réduirait de 29 % à 27 %. « *Faute de suivi et de remèdes efficaces, l'inégalité pourrait conduire à toutes sortes de catastrophes politiques, économiques et sociales* », alertent les auteurs qui recommandent, entre autres, une plus grande progressivité de l'impôt, un registre mondial des

titres financiers afin de lutter plus efficacement contre l'évasion fiscale, un meilleur accès à l'éducation et des emplois bien rémunérés.

En conclusion tous ces chiffres confirment ce qui a été présenté par les nombreuses communications faites au cours du colloque organisé par la Fondation Gabriel Péri et les Cahiers de santé publique et de protection sociale et dont les vidéos sont déjà visibles sur le site internet de la Fondation (<http://www.gabrielperi.fr>). Nous donnons dans le dossier de ce numéro de décembre certains textes se rapportant au thème du colloque.

Oui, la question du droit de tous les peuples mérite d'être posée avec insistance : elle conditionne l'avenir de l'humanité tout entière.

**D<sup>r</sup> Michel Limousin,  
Rédacteur en chef**

---

## Articles

---



## À propos des violences obstétricales La naissance, une dure confrontation avec notre monde

Par le Dr Paul Cesbron

*Times is out joint.  
Hamlet, Acte I scène V*

Au cœur de la prospérité toujours incertaine des sociétés occidentales soufflent les tempêtes du «*bouleversement anthropologique*» annoncées par Françoise Héritier.

«*Le vent qui vient à travers la montagne  
[nous rendra] fous*».  
Victor Hugo, *Les rayons et les ombres*.

L'in vraisemblable et irrépressible aspiration à l'égalité exigée par les femmes balaye d'innombrables constructions sociales et culturelles qui jusqu'à ce jour paraissaient inexpugnables. Il faut détruire des édifices avant de reconstruire la Cité.

«*Et si l'accouchement est le foyer central de mes emportements et la pierre la plus dure de mon chemin, ce n'est pas que j'en fais la fête par excellence, ou celle à laquelle tendraient toutes les autres, mais c'est que l'accouchement est la fête la plus maudite, la plus persécutée et ravagée où la répression fasciste de l'homme triomphe dans la torture*»  
(Annie Leclerc, 1974).

Ainsi l'organisation des soins obstétricaux, fierté médicale à plus d'un titre, se voit ternie par les plus fortes suspicions. S'agit-il de faits ou de pratiques rares sinon exceptionnelles qui ne remettent nullement en cause les principes fondateurs de l'organisation moderne des soins obstétricaux? Ou bien, les conditions sociales, culturelles et institutionnelles favorisent-elles de telles dérives? Les conquêtes sur la souffrance et la mort n'auraient-elles pas permis la poursuite de l'émancipation humaine? Ces questions méritent examen, tant notre subjectivité s'aiguise par ces temps incertains.

En dépit d'un triomphalisme scientifique souvent pesant et lui-même inquiétant, nombreuses sont les femmes qui considèrent être maltraitées. À juste titre!

Après des millénaires de résistance passive ou active, elles ont obtenu ou veulent obtenir «*le contrôle de leur propre fécondité, ce qui revient pour elles à sortir du lieu de leur domination*» (Françoise Héritier, 1987). Les manifestations persistantes bien réelles et inacceptables, parfois criminelles, de violences faites aux femmes, dans ce que l'on nomme souvent les États de droits apparaissent plus intolérables qu'elles ne l'étaient du temps pourtant très proche où elles étaient la règle pour ne pas dire la loi. Sans doute ne réalise-t-on pas clairement l'extrême enracinement du *patriarcat*, multiforme et universel structurant le psychisme et la pensée de toutes les cultures des sociétés humaines depuis le début de leur histoire, analysée et théorisée par l'auteure de «*Masculin/Féminin*», Françoise Héritier. C'est au cœur de la Grèce, notre mère fondatrice, démocratique et assoiffée de savoir, que retentit ce cri de haine des femmes proféré par Jason, ulcéré par l'injurieuse colère de Médée qu'il rejette après l'avoir trahie: «*les mortels devraient avoir des enfants par quelque autre voie sans qu'il existât des femmes*» (Euripide: «*Médée*», 431 avant-JC). Hésiode d'ailleurs nous l'avait enseigné: Zeus donna l'ordre «*de mêler de l'eau, de la terre, d'y mettre une voix, une force humaine, d'y façonner la forme d'une déesse immortelle, belles formes d'une fille qu'on aimerait... d'y faire entrer un cœur de chienne et des façons sournoises... et dans sa poitrine... les mensonges, les mots doux et les façons sournoises*». Cette femme fut nommée Pandora et jetée parmi les hommes pour y répandre le malheur...

*Autrefois les tribus des hommes vivaient sur la Terre, protégés loin des malheurs sans travailler durement, sans souffrir des tristes maladies qui font que les hommes meurent, ceux qui doivent mourir vieillissent dans le malheur... Voici que dix mille souffrances errent parmi les hommes; la Terre est pleine de malheurs, la mer est pleine de maladies parmi les hommes, certaines de jour, d'autres de nuit voyagent selon leur caprice, apportent aux hommes le malheur sans rien dire, car Zeus prudent leur a retiré la voix* (Hésiode: «*Les travaux et les jours*»).

Hippocrate, fondateur de notre médecine, observateur attentif de la souffrance des malades, n'en diffuse pas moins une conception de la reproduction humaine

construite sur la supériorité des hommes, chauds et secs, sur les femmes, froides et humides. Nous ne sommes pas très éloignés de ce mode de pensée (Nicole Loraux, *La Tragédie d'Athènes* 2005, l'auteure est décédée en 2003), nous en sommes même les enfants: les Athéniens naissaient de la terre de la cité ensemencée du sperme d'Héphaïstos poursuivant sans succès Athéna... Cette culture nous l'avons répandue et imposée jusqu'aux confins de la Terre. Elle ne nous «*colle*» pas seulement à la peau, mais au plus profond de nous-mêmes... violence comprise! N'est-ce pas Paracelse, suisse, homme de la Renaissance, astrologue, alchimiste, médecin, pourtant fort émancipé des maîtres anciens dont il fit brûler en place publique à Berne les œuvres, qui affirme doctement: «*La femme est au-dessous de l'homme, l'homme est le microcosme dans le macrocosme et la femme relève d'un troisième monde tout à fait à part...*» *Paramirum* (cité par Fernand Leroy. 2002).

Au XVIII<sup>e</sup> siècle malgré les tentatives de rupture épistémologique, la plupart des médecins n'ont pas oublié les leçons d'Hippocrate... ni la grossièreté: «*Car les femmes sont des ouvertures mystérieuses, fascinantes mais commodes (comme homme et comme médecin, on peut doublement disposer d'elles) sur le dedans de la vie. La prédominance chez elles des humeurs froides et humides, les caractères antagonistes de sensibilité et d'irritabilité de leurs fibres, leur fragilité consécutive, mais susceptible de s'inverser à telle occasion en déchaînement de forces furieuses, en font des instruments d'exploration sans pareil.*» Jean-Pierre Peter, *Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*. Ethnologie française 1976. Paroxysme de la misogynie, mêlée, ce qui est fréquent, au racisme le plus criminel: «*La femme est à l'homme ce que l'Africain est à l'Européen et le singe à l'humain*». Paul Topinard, 1830-1911.

Quant à Blaise Cendrars il prête à son monstrueux héros, au XX<sup>e</sup> siècle, ces propos stupéfiants:

«*C'est pourquoi toutes les femmes sont masochistes. L'amour, chez elles, commence par la crevaison d'une membrane pour aboutir au déchirement de l'être au moment de l'accouchement. Toute leur vie n'est que souffrance; mensuellement elles en sont ensanglantées. La femme est sous le signe de la lune, ce reflet, cet astre mort, et c'est pourquoi plus la femme enfante, plus elle engendre la mort. Plutôt que de la génération la femme est le symbole de la destruction, et qu'elle est celle qui préférerait tuer et dévorer ses enfants si elle était sûre par-là de s'attacher le mâle, de le garder, de s'en compénétrer, de l'absorber par en bas, de le faire macérer en elle, réduit à l'état de fœtus et de le porter ainsi toute sa vie dans son sein? Car c'est à ça qu'aboutit*

*cette immense machinerie de l'amour, à l'absorption, à la résorption du mâle*». Moravagine, Blaise Cendrars.

Nous y voilà.

Cependant rappelons quelques mots du beau texte prêté à Socrate consacré à l'amour, écrit et mis en scène par Platon: «*En effet, dit-elle, l'objet de l'amour, Socrate, ce n'est pas comme tu l'imagines le beau... c'est la procréation et l'enfantement dans la beauté. Et oui absolument! Mais pourquoi précisément la procréation? Parce que la procréation c'est ce que peut comporter d'éternel et d'impérissable un être mortel. Or le désir de l'immortalité d'après ce dont nous nous sommes convenus, va forcément de pair avec le désir de ce qui est bon, s'il est vrai que l'objet de l'amour soit la possession perpétuelle de ce qui est bon.*» (*Le banquet*).

### Et la violence obstétricale, qu'en est-il alors?

Les violences faites aux femmes sont innombrables, plus encore innommables car elles trouvent mille subterfuges pour apparaître nécessaires, irrépressibles, pire, parfois dissimulées derrière les grimaces dissolvantes de la séduction et des sentiments amoureux.

Fille de «*la domination masculine*» elle est toujours d'origine et d'expression sexuelle: «*Si le rapport sexuel apparaît comme un rapport social de domination, c'est qu'il est construit à travers le principe fondamental de division entre le masculin actif et le féminin passif, et que ce principe crée, organise, exprime et dirige le désir, le désir masculin comme désir de possession, comme domination érotisée, et le désir féminin comme désir de la domination masculine, comme subordination érotisée, ou même, à la limite, reconnaissance érotisée de la domination*» (Pierre Bourdieu. 1998). Fondatrice de notre culture, il est souvent difficile de la saisir et donc de la combattre. En particulier dans la mise au monde de nos enfants! Si les imprécations de Jason nous paraissent d'un autre âge ou relevant des excès de langage si banal dans les discours humains, tirillés par les impératifs contradictoires de la pensée, elles recouvrent ce refus de la reconnaissance d'une différence fondamentale dans le rapport des femmes et des hommes à la transmission de la vie.

Faire des enfants hors du corps des femmes, c'est un rêve vieux comme l'humanité et nous en approcherions: «*la civilisation c'est la stérilisation*» (Aldous Huxley! *Le meilleur des mondes*, 1931), *L'utérus artificiel* (Henri Atlan, 2005).

En attendant, faudrait-il maintenir la domination masculine jusqu'à «*la brutalisation du corps féminin dans*



la médecine moderne» (Marc Girard, 2005)? L'auteur de ce brûlot, médecin, épidémiologiste et psychanalyste n'a pas de mots assez forts pour dénoncer cette violence. Il n'hésite pas à crier sa stupéfaction devant : « *La durabilité du mépris ou de la haine pour la vulve féminine, attestée aujourd'hui par l'incroyable persistance d'une pratique barbare* », l'épisiotomie. Il n'est plus seul aujourd'hui. Associations « Collectif Interassociatif Associatif de la Naissance, CIANE », réseaux sociaux, colloques, travaux de tous horizons, se multiplient à ce sujet au point d'entraîner des réactions d'indignation et de colère, de détresse même des professionnels de la naissance, troublés pour le moins, révoltés souvent. Les couteaux s'aiguisent. Beaucoup semblent toujours ignorer ou combattre même l'objectif juste et clairement affirmé, certes ambitieux, d'obtenir l'égalité en droit des femmes et des hommes afin, du moins pour certains, d'œuvrer à la fraternité humaine (Simone de Beauvoir : « *Le deuxième sexe* », 1950).

#### Comment en est-on arrivé là?

Si aujourd'hui la dénonciation de la « violence obstétricale » explose en raison même de cette transformation anthropologique obtenue en particulier par la diffusion de méthodes contraceptives très efficaces et de la médicalisation légale de l'avortement, admise dans un nombre élevé de nations, cette condamnation n'est pas nouvelle et mérite pour le moins d'être écoutée. Elle est d'abord la très légitime expression de dignité des femmes. Elles refusent d'être réduites à un appareil génital (Hippocrate : « *Tota mulier in utero* » *Maladie des femmes* II). Femme, c'est-à-dire personne éminemment singulière et ainsi digne du respect qu'exigent les hommes tout particulièrement pour eux-mêmes. Et lors de la mise au monde des enfants, en ces instants d'éternité et d'accueil durant lesquels se transmet la vie bien sûr mais bien plus encore toute notre humanité : « *C'est alors que j'ai vu cette jeune fille toute de blanc vêtue... poser un genou sur le carrelage en un geste pratique mais très noble... et joindre un instant les mains dont elle a croisé et replié les doigts... On eut dit que cette fille blanche flottait dans la lumière crue qui l'auréolait. On eut dit qu'elle faisait une révérence à celui qui sortait, qui entra, qui était là puis l'ange a décroisé les doigts et a tendu ses mains en conques entre les cuisses de ma femme qui semblait miraculeusement ne plus souffrir, et qui, à l'ultime seconde, assistait plus qu'elle ne participait à cette nativité. Je me souviens de cela comme d'un instant non seulement suspendu mais pacifié, protégé par la présence angélique qui signifiait que rien de mauvais ne pouvait arriver* » (Pierre Péju : « *Naissances* », 1998)

Face à cet autre, absolument Autre, qu'est ce nouvel enfant souriant absolument nouveau qui vient nous réapprendre à chaque instant ce que pourrait être la vie, Bernard This nous rappelle que « *... depuis qu'un nouveau-né, ouvrant de grands yeux étonnés, a illuminé ma vie de son sourire, j'ai compris qu'un enfant qui naît a besoin de sécurité, de paroles tendres et d'amour.* » (*Naître et sourire*. 1977).

#### Cependant la naissance n'est pas toujours une fête.

Elle peut même être un cauchemar : « *La princesse Marie était étendue morte dans son lit et semblait dire à son époux venu pour assister à la naissance de leur enfant... « J'attendais de l'aide de toi, et rien, rien, et toi non plus, ... qu'avez-vous fait de moi? »* ». (Léon Tolstoï, *La guerre et la paix*, 1865). La mise au monde, c'est aussi de grandes souffrances et parfois la mort d'une femme et plus souvent encore d'un enfant : « *J'embrassais Catherine. Elle était toute grise et faible et fatiguée.*

*Puis-je dire un mot à l'infirmière?*

*Elle sortit avec moi dans le couloir. Je fis quelques pas.*

*Qu'a donc le bébé? demandais-je. Vous le ne savez pas? Non. Il n'a pas vécu. Il est né mort? On n'a pas pu le faire respirer, il avait le cordon, quelque chose comme ça autour du cou. Alors, il est mort? Oui, c'est dommage un si bel enfant. Je croyais que vous le saviez* » (Ernest Hemingway : « *L'adieu aux armes* », 1948).

De nombreux romanciers nous le disent : Alain Fournier dans le « *Grand Meaulnes* », Marguerite Yourcenar dans « *Souvenirs pieux* », Maupassant dans « *Une vie* »... Longtemps les sages-femmes furent démunies et les médecins absents face à de tels drames. Leur dévouement, leur expérience ne suffisaient pas à vaincre la mort. Un à deux % des femmes mourraient à l'occasion de chaque grossesse jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle dans les pays occidentaux. Au XXI<sup>e</sup> siècle bien des pays ont toujours une mortalité maternelle élevée. Le quart des enfants perdaient la vie au cours de leur première année dont la moitié à la naissance ou dans les jours suivants. Plus dramatique, beaucoup d'enfants n'étaient pas désirés, ni même acceptés, et l'avortement volontaire outre qu'il était sévèrement puni, était en plus pratiqué dans des conditions dangereuses. L'enfant n'était pas toujours « *une grâce, un don de Dieu* ». Sa naissance ne mettait pas toujours en joie « *le cercle de famille* ».

#### Et la monarchie appela les chirurgiens.

Cette malédiction qui planait au-dessus des femmes et des bébés, menaçant la puissance des États, fut sans

doute la cause principale de l'appel par le pouvoir royal des chirurgiens au chevet des accouchées : « *un état puissant est un état peuplé* » (Sébastien Le Prestre de Vauban). Et cette intervention nouvelle brisa presque délibérément toute la culture ancienne de la naissance « *affaire de femmes* », en minant l'autorité des matrones y compris de celles devenues savantes dans le cadre d'une formation hospitalière auprès des chirurgiens. Jusque-là marginalisés, les chirurgiens (Confrérie de Saint Côme, Collège Royal de Chirurgie), furent soutenus par la monarchie (1716) ; à l'opposé Louis XIV critiqua sévèrement « *l'aviilissement* » des médecins (1707), fortement appuyé par Jean-Baptiste Poquelin (Molière). Louise Bourgeois, femme Boursier, accoucheuse de Marie de Médicis, au début du XVII<sup>e</sup> siècle fut rendue responsable et sans doute injustement, de la mort de Marie de Bourbon-Montpensier en 1627 par Charles Guillemeau, fils de Jacques Guillemeau, élève d'Ambroise Paré. Il mit fin ainsi à une carrière par ailleurs glorieuse!

En Normandie, dans le marais du Contentin, Guillaume Mauquest de la Motte, également élève de la prestigieuse école de l'Hôtel-Dieu de Paris, sans doute fort dévoué dans cette région éloignée des dieux (Jacques Gélis *Accoucheur de campagne sous le roi Soleil*, 1979) n'en est pas moins un agent actif du discrédit jeté sur « *les matrones* » au début du XVIII<sup>e</sup> siècle. Plus tard, à la veille de la Révolution Française un pamphlet injurieux à l'égard des sages-femmes est édité à Montpellier en 1782 adressé aux « *Seigneurs des États du Languedoc par les enfants à naître* » contre les « *prétendues sages-femmes* ». Ce document est signé « *Fœtus, syndic du corps* », texte calomniateur derrière lequel se dissimulait un chirurgien militaire. Les matrones, sages-femmes, outre leur illettrisme, leur grossièreté, seraient de violentes tortionnaires mutilées et tueuses d'enfants! Les violences obstétricales seraient donc le fait des sages-femmes, pour tout dire de leur culture! Disons cependant que ce texte fameux ne fait que reprendre presque mot pour mot une première requête « *Petition of the unborn babies* » destinée à messieurs les censeurs (Bernard This, 1982) en 1751 attribuée cette fois à François Nichols, médecin anatomiste et membre de la Société Royale de Londres. Il s'agissait alors d'une attaque funeste contre les médecins prétendant se substituer aux sages-femmes. On retrouve en France cette ferme critique formulée dès 1707 par Philippe Hecquet, doyen de la Faculté de Paris : « *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes* ».

Bien plus tard, c'est Elsa Dorlin, philosophe, qui reprendra cette thèse de la dépossession des sages-femmes par les médecins, pilleurs d'un savoir jusque-là exclusivement féminin (« *La matrice de la race* », 2006).

Elizabeth Nihell, sage-femme historique, formée à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans son « *Traité de la sage-femme* » en 1760, n'hésite pas à insulter William Smellie, chirurgien-accoucheur écossais installé à Londres et devenu « *maître de l'obstétrique britannique* », premier médecin à décrire précisément ce qu'on nomme aujourd'hui « *la mécanique obstétricale* » ainsi, et mieux encore, que le respect de la délivrance physiologique. Dénonçant l'inflation d'utilisation d'instruments dangereux, tout particulièrement des forceps, elle s'oppose ardemment aux prétentions obstétricales des chirurgiens.

**Bref, c'est la guerre!** La vraie en dépit de pacifistes conciliateurs qui quoi qu'il en est dit, ont le même projet professionnel en cours de réalisation : la direction des soins obstétricaux. Ce qui n'empêche pas Jean-Louis Baudelocque, « *prince de l'obstétrique européenne* », de confier à Marie-Louise Lachapelle au début du XIX<sup>e</sup> siècle la leçon aux médecins sur l'utilisation du forceps, alors qu'elle n'avait pas le droit de l'utiliser. Ses préconisations à ce sujet, figureront dans de nombreux traités d'obstétrique jusqu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, en particulier ce que l'on nommera « *le tour de spire de Madame Lachapelle* », puis disparaîtront ensuite. Comme Louise Bourgeois, elle apprendra aux obstétriciens les plus savants de son époque, tant, des diagnostics, que les conditions d'extraction d'un fœtus dans un placenta prævia recouvrant, réalisant ainsi une interruption médicale de grossesse, que la conduite à tenir dans la présentation de la face ainsi que certaines présentations que ne connaissent pas bien les obstétriciens.

Et puis le rôle des sages-femmes est définitivement remis en cause en 1881 lorsqu'est créé le Corps des Accoucheurs des Hôpitaux (Nadine Lefacheur, *Une voie française de l'eugénisme*, 1987). Il ne restera d'indépendance aux sages-femmes, en France, jusque dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, que l'accouchement à domicile. Il disparaîtra dans les années soixante et cette activité solitaire et combattue restera ardemment préservée en raison de la véritable indépendance qu'elle sauvegarde.

#### Cette mise sous tutelle s'inscrit précisément dans le cadre anthropologique de la domination masculine.

Jusqu'à la moitié du XX<sup>e</sup> siècle les obstétriciens sont quasi exclusivement des hommes auxquels les sages-femmes françaises ont opposé une forte résistance. Une deuxième caractéristique de la pratique obstétricale explique sans doute également le conflit apparu récemment. Il s'agit alors de la violence propre à l'exercice médical des accouchements.



Une naissance n'est possible, et elle l'est spontanément dans la grande majorité des accouchements depuis la nuit des temps (July Bouhalier, *Le bassin osseux, Splendeurs et misères de la clé de voute du corps humain*, 2015) qu'au prix de contractions puissantes des fibres musculaires utérines. Celles-ci doivent assurer au bébé la traversée d'une ceinture osseuse, le bassin, d'une grande complexité anatomique, propre à notre surprenante particularité qu'est la bipédie. Celui-ci, le bébé, est volumineux au regard de la taille de ses parents. Plus fort encore, ce petit a une tête énorme, incomplètement fermée, contenant des milliards de neurones qui vont caractériser notre savante espèce et qu'il doit impérativement bien fléchir pour bien franchir le tortueux tunnel maternel longtemps affecté de nombreuses pathologies (rachitisme, luxations congénitales des hanches, tuberculose osseuse, séquelles traumatiques...). Et bien ce périlleux travail, physiologiquement assuré, est vécu douloureusement par une grande majorité des femmes dans toutes les cultures : « *La douleur en tant que telle est une constante transculturelle. Il n'y a pourtant pas pour l'anthropologie de douleur "objective". Les données sensibles de la douleur sont toujours fournies au-dedans d'une culture donnée. Rien n'existe d'humain qui soit hors de la culture* » (Catherine Legrand Sébille, 2005). Aux conditions anatomiques viennent s'ajouter une perception du risque de mort, historiquement bien réelle, et l'intensité émotionnelle bouleversante qu'est la découverte soudaine d'une nouvelle vie, d'un être nouveau éminemment singulier, faisant effraction dans son propre corps, œuvre commune d'une femme et d'un homme. Cette personne unique et mystérieuse : « ... *je lui reversais du vin de feu; trois fois je l'en servis et trois fois l'imprudent le but. Puis quand le vin lui embrumait les esprits, je lui soufflais ces mots aussi doux que du miel: "Cyclope, tu t'enquiers de mon illustre nom. Et bien, je répondrai: Je m'appelle Personne et Personne est le nom que mes parents et tous mes autres compagnons me donnent"* » (Homère : « *L'Odyssée* »). Et bien, cette mystérieuse « *personne* », « *hôte de la chair d'une femme* » (Antoine Fouques, *Il y a 2 sexes*, 2007) a partagé durant de longs mois la vie, chaque instant, l'intimité de celle qui va devoir s'en séparer et l'accueillir. « *La gestation est le paradigme de l'éthique* » dira cette auteure, militante féministe (*Qui êtes-vous Antoinette Fouques?* 2009).

Tout cela est considérable, aux limites, sans doute, de notre tolérance affective.

Le chirurgien n'a pas été appelé pour recueillir ce flot d'émotion, ni d'ailleurs, et il faut le souligner, d'angoissantes étrangetés ou de tragiques hostilités. Il

est là au chevet d'une femme assommée de douleurs (la péridurale ne s'est répandue dans les pays occidentaux qu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle), parce que son petit ne peut pas sortir malgré de prodigieux efforts. Il est trop gros, pour un bassin trop petit, mal fichu, il est de travers, il n'a pas pu fléchir sa tête, pire, il souffre, « souffrance » appréciée par la coloration méconiale du liquide amniotique et le ralentissement de son rythme cardiaque, en un mot, de véritables difficultés s'opposent à cet accouchement, ou mettent en danger la vie de cette femme et, ou, de son enfant. Ou bien le médecin qui résidait le plus souvent bien loin de cette famille, découvre une femme qui saigne abondamment ou qui convulse, une femme dont l'utérus s'est rompu et qui va mourir. Une autre dont la fièvre élevée depuis quelques jours après la naissance de son enfant et qui commence à délirer.

Cet homme, le chirurgien, à qui l'on demande secours, c'est son métier, est face à un drame qui menace une vie, parfois deux. Il va lui falloir user d'instruments et de gestes violents pour tenter vaille que vaille de les arracher à la mort... Au XXI<sup>e</sup> siècle il est bien difficile d'imaginer ces situations qui ont pourtant initié les rapports du chirurgien et de la naissance. Ce « *lointain* » passé n'a-t-il vraiment aucun lien psychique avec ces violences aujourd'hui mises à nu ? D'autant que, nous l'avons vu, l'empreinte de la « *domination masculine* » marque très profondément sa conscience et plus concrètement ses faits, gestes, paroles, mimiques, comportements pour tout dire.

John Lister et Louis Pasteur, puis les sulfamides et de nombreux antibiotiques, ont presque éliminé les complications infectieuses de l'accouchement et rendu possible les césariennes. Tout cela et les progrès de la réanimation ne devraient-ils pas modifier profondément les sentiments, les émotions, l'inquiétude des chirurgiens et les rendre plus accessibles à une humanité « *pacifiée* » ? L'accouchement d'un enfant qui souffre, qui ne peut pas naître simplement, d'une femme malade, est désormais grandement facilité par un geste chirurgical, rapide et bien codifié.

De multiples moyens nous permettent de préciser la santé de cette femme et de son enfant, leurs mensurations, leurs adaptations mécaniques et physiologiques réciproques. Si nos très riches sociétés, bien qu'inégalitaires, n'ont pas réglé tous les problèmes obstétricaux et n'ont pas toujours permis à chaque femme, chaque couple, d'avoir les enfants qu'ils souhaitent, elles ont permis la disparition de nombreuses maladies qui menaçaient la fertilité ainsi que les grossesses et

les nouveau-nés eux-mêmes. Si les obstétriciens ont commis et commettent des erreurs, parfois graves, (Distilbène, Thalidomide, prescriptions funestes, des positions imposées aux femmes et aux bébés depuis plus de vingt ans, entraînant des complications qu'il faut maintenant combattre, poursuivi des pratiques inutiles et parfois dangereuses : expression abdominale, épisiotomie, déclenchement sans indication médicale, utilisation abusive d'ocytocine sans parler du décubitus imposé aux femmes après rasage du pubis, lavement évacuateur, sondage vésical et contention, touchers vaginaux fréquents et abusifs (...), les nouveau-nés n'étant guère mieux traités...) nous approchons d'une période durant laquelle toutes ces dommageables séquelles d'un passé récent auront disparu. Gageons également que le vieux paternalisme autoritaire, incompatible avec le consentement éclairé (4 mars 2002), fera place à la reconnaissance, sans fard, de l'autonomie de la personne et de sa dignité.

#### Derniers obstacles à lever

Resteraient néanmoins de véritables obstacles à la réalisation des conditions permettant le meilleur accueil des femmes et des couples ainsi que de leur enfant.

Tout d'abord la concentration « *industrielle* » des lieux de naissances à seule fin de réduire le « *prix de revient des nouveau-nés* » (toujours « *justifié* » par le principe qui serait d'assurer à tous les conditions maximales de sécurité, évidemment nécessaires) doit être combattue. La proximité des lieux de naissance et des lieux de vie est indispensable à toute communauté humaine : la naissance est un des ciments de tout lien social.

Secundo, il faut rendre aux sages-femmes la plénitude de leurs fonctions ! D'autant qu'une telle exigence répond d'ailleurs à l'argument du manque de médecins dont le nombre fut délibérément réduit de plus des deux tiers dans les années 1970 (numerus clausus) jusque dans les années 2000, correspondant à une perte d'environ une génération de médecins, alors que la croissance de la population est importante et que les moyens thérapeutiques et diagnostiques ont beaucoup augmenté.

#### Les sages-femmes sont devenues savantes et sont les premières professionnelles de la naissance, historiquement et culturellement.

Elles sont, et c'est toute la grandeur de leurs tâches, les accompagnatrices attentives, disponibles, bienveillantes, des femmes et de leurs enfants durant toute la durée des grossesses, des accouchements et de leurs suites. Si

elles n'échappent pas toutes à certains reproches adressés principalement aux obstétriciens aujourd'hui, elles n'en sont pas moins, selon la belle expression de l'une d'entre elles, « *les gardiennes de l'eutocie* » (Jacqueline Lavillonnière). C'est une culture de la naissance assez éloignée des conditions qui leur sont imposées dans « *les usines à bébés* ». Et puisqu'il faut le répéter, la connaissance précise de leur métier les met à l'abri de la toute-puissance. Elles connaissent bien les différentes variétés des accouchements, leurs gravités éventuelles, et, les expressions cliniques de certaines complications sont présentes à chaque instant dans leur conscience. Elles savent parfaitement les limites de leurs compétences et reconnaissent le basculement dans la pathologie nécessitant impérativement l'appel du chirurgien.

#### Faut-il vraiment deux professionnels distincts dans leur fonction pour assurer l'ensemble des soins obstétricaux ?

C'est certain puisqu'une partie de ceux-ci relèvent de la pathologie et donc des fonctions du médecin. Mais la grande majorité des accouchements étant physiologiques, ils doivent bénéficier de cette attention dont les sages-femmes connaissent la valeur. Il faut donc semble-t-il que les chirurgiens gynécologues sachent « *accepter de se reculer. Indispensable technicien, disponible, en réserve, il ne doit pas imposer un écran technique là où il n'est pas nécessaire* » (Etienne Herbinet : « *Les cahiers du nouveau-né* », 1978). À cette occasion, il nous revient de rappeler l'importance de la publication de cet ouvrage. Il est créé par le Groupe de Recherche sur l'Enfance et le Nouveau-né (G.R.E.N.N.) fondé par Bernard This et Danielle Rapoport en 1977. Il n'est sans doute guère nécessaire de souligner la richesse de cette association et sa fécondité il y a 40 ans, fondée sur l'intangible projet de promotion du respect de l'enfant et de sa mère dans le cadre d'une pluridisciplinarité revendiquée. Elle va devenir l'institut de formation, singulièrement appelé « *Bien-traitance* », aujourd'hui d'impérieuse nécessité par ces temps difficiles. Il répond à cet impératif, éclairé par l'illumination de Frederick Leboyer : « *Pour une naissance sans violence* » (1974).

Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand n'ont pas hésité en 1980 à brocarder les « *Mille et une tentatives de disqualification des mères à travers des pratiques de puériculture relevant d'un hygiénisme disciplinaire et maltraitant* », dont la diffusion devient redoutable dans les maternités hospitalières (« *L'art d'accommoder les bébés* », 1980). Les nouveau-nés furent aussi maltraités mais nous ne les entendions pas (« *Morts subites inexplicables du nouveau-né* », Société d'Histoire de la Naissance,



2015) et leurs mamans étaient souvent reconnaissantes aux médecins de les libérer des « *vieilles croyances* ».

Ainsi, initiés par les violences physiologiques et pathologiques de l'accouchement, les obstétriciens, ou plus justement certains d'entre eux, auraient méconnu leurs propres « *maladresses* » verbales et comportementales, dissimulées par des exigences professionnelles; ont-ils refusé de percevoir et d'admettre le sentiment désastreux de *toute puissance*, acquis par des millénaires de domination masculine sociale et culturelle, qui les animait?

Plus difficile à tolérer, ils ne reconnaîtraient pas l'absolue nécessité de créer les conditions permettant aux

sages-femmes de devenir sur les plans institutionnels, non des auxiliaires, des collaboratrices plus ou moins respectées, mais bien les premières, mais pas seules, responsables de l'organisation des soins obstétricaux. Une telle conception de la naissance devrait alors nous permettre de sortir ainsi de la « *brutalisation* » du corps des femmes et ainsi de tendre chaleureusement nos mains à l'enfant qui les attend, pour vivre et découvrir un monde qu'il faudrait « *fraternel* ».

« *Le miracle qui sauve le monde, le domaine des affaires humaines de la ruine « naturelle », c'est finalement le fait de la natalité, dans lequel s'enracine ontologiquement la faculté d'agir* » (Hannah Arendt: « *Conditions de l'homme moderne* », 1958).

## Psychopathologie du travail Quand c'est le travail qui est malade

Par le D<sup>r</sup> Nadine Khayi, médecin du travail

NDLR: Article rédigé d'après les notes de cours (PSY 206 au CNAM Toulouse) et un exposé présenté à l'occasion d'une formation sur les maladies professionnelles organisée par la FNFCEPPCS à Malakoff.

Les problèmes de santé en lien avec le travail s'immiscent de plus en plus souvent dans les cabinets des généralistes. Les médecins du soin sont donc de plus en plus interpellés par ces sujets. Nous constatons un désir plus marqué de rencontre entre médecins généralistes et médecins du travail et d'échanges entre ces deux spécialités<sup>1</sup>. L'étude Héraklès montre l'implication des médecins généralistes de l'île de France dans la prise en charge de ces problèmes<sup>2</sup>. Avant d'analyser le lien entre la santé et le travail et de donner un aperçu des troubles psychiques liés au travail, il est utile de préciser le sens donné au terme « travail ».

### Travail: de quoi parle-t-on?

Ce terme est porteur de sens très divers et il est jusqu'à aujourd'hui difficile de définir le travail. Il peut signifier tout autant l'action que son résultat ou même le contexte de l'action. La psycho-dynamique du travail lui préférera donc « le travailler » pour désigner l'action avec ce qu'elle produit au niveau du sujet en action. Depuis les années soixante et le développement de l'ergonomie de langue française, on sait que le travail tel qu'il est prescrit ne permet pas de réaliser la tâche demandée si le travailleur s'en tient strictement à la prescription (appliquer la prescription à la lettre, c'est la définition de la grève du zèle). Travailler nécessite donc la mise en action de tout l'être: l'habileté, l'intelligence, la créativité... Ainsi le travailleur, dans certaines conditions, peut s'inscrire dans son œuvre et y laisser son empreinte. Dans cette perspective, le « travailler » permet à celui qui travaille de se transformer, dans son être physique, psychique ou social tout en transformant le monde.

### Le travail comme opérateur de santé

Le travail est donc considéré comme un opérateur majeur de construction de la santé. Travailler c'est se confronter à la réalité pour la transformer. Il s'agit bien d'une confrontation, d'un effort à faire (qu'il soit physique, intellectuel ou psychique) pour changer, modifier un

matériau (ou une situation) qui oppose une résistance à l'effort du travailleur. Cette opposition provoque une frustration qui peut aller jusqu'à la souffrance si le sujet ne trouve pas le moyen de parvenir à ses fins. C'est cette mise en tension psychique qui est le moteur du travail, et lorsque le sujet trouve la solution aux problèmes que lui impose la résistance du monde il peut réduire cette tension. La résolution du problème provoque ainsi un apaisement du sujet pouvant aller jusqu'à un éprouvé de plaisir au travail; le résultat est la transformation du réel (transformation d'un objet en un nouvel objet ou modification d'une situation) mais en même temps une transformation du sujet qui est « augmenté » d'une connaissance nouvelle. Dans ce « travailler » il y a donc une double transformation de l'objet travaillé et du sujet travaillant. Ainsi l'apaisement de la tension psychique et la prise de conscience de ce grandissement provoquent-ils de la satisfaction; c'est ce qui ouvre la possibilité au plaisir et à l'émancipation par le travail. Cependant, s'il n'y a pas de résolution du problème posé, il n'y a pas d'apaisement de la tension, le sujet reste bloqué sur la frustration et la souffrance, ce qui peut aboutir à une altération de la santé qui, dans certaines situations, peut mener à la décompensation psychopathologique (qui peut être psychique ou somato-psychique). Cet enchaînement montre la place essentielle qu'occupe le travail dans la construction de la personne, c'est ce qu'on désigne par le terme de *centralité du travail pour la santé*.

### Le travail comme constructeur de l'identité

Mais le travail n'est pas un acte individuel car l'être humain est un être social, toujours en relation avec un collectif. Le travail consiste en une action coordonnée d'un collectif dans le but de créer un objet socialement utile. Le sujet se trouve ainsi aux prises dans un même mouvement, avec l'« autre » (incarné par le collectif de travail mais également par les usagers, les bénéficiaires du bien ou du service) et le « réel » par l'intermédiaire du travail. Ce rapport tridimensionnel, constitutif de

l'identité du sujet, est représenté par le triangle de Sigaut. La question de l'identité n'est pas anodine pour le sujet. En effet, l'identité constitue l'armature de la santé mentale. En psycho-dynamique du travail, on considère que toute décompensation psychopathologique est consécutive d'une déstabilisation de l'identité, d'une crise identitaire. Plus précisément, l'identité du sujet travaillant se bâtit par le truchement de la reconnaissance d'autrui (le collectif), médiée toujours par le réel du travail. Ainsi le maintien des liens entre les 3 pôles (Moi, Autrui, Réel) est-il nécessaire à la santé mentale de l'individu. C'est pourquoi la rupture de ces derniers signe bien souvent l'entrée dans la décompensation.

### Figure 1 : Triangle de Sigaut (repris par C. Dejours)

Par cette conception de la construction de l'identité, une place importante est conférée à la reconnaissance. La reconnaissance est une rétribution symbolique; elle porte sur la réalité de l'effort, la contribution à l'œuvre et la souffrance occasionnée par la rencontre avec le réel du travail. La reconnaissance est le jugement porté par autrui sur ma contribution. Elle passe par deux types de jugements spécifiques: le jugement de beauté et le jugement d'utilité. Le jugement de beauté est conféré par les pairs qui peuvent dire si le travail est fait dans les règles de l'art. Il signe la reconnaissance de l'appartenance au collectif des pairs mais également – si le travail est fait avec élégance, ingéniosité, astuce –, il détermine l'originalité de la contribution du sujet dans le collectif. Le jugement d'utilité, quant à lui, porte sur la contribution à l'organisation du travail et se manifeste par des rétributions symbolico-matérielles (primes, avancements, augmentations, etc.). La reconnaissance du travail est un pilier essentiel de la construction de la santé mentale et bien souvent, dans les consultations nous constatons que c'est lorsque cette reconnaissance est déniée aux travailleurs et travailleuses qui s'engagent que survient la décompensation.

### Les transformations du travail

Or les transformations du travail actuellement à l'œuvre compromettent la mise en place des liens dans le travail. Depuis les années soixante-dix, le monde du travail a été bouleversé par l'introduction de nouvelles formes d'organisation du travail, de management. Ces transformations se traduisent par l'instauration de techniques de rationalisation par la gestion comptable et la gouvernance par les nombres, ou bien par l'intronisation de l'évaluation individualisée des performances. Tous ces bouleversements ont comme conséquence d'intensifier le travail et de détruire les collectifs de travail.

Le but affiché actuellement des entreprises étant de faire du profit, tout ce qui n'est pas directement productif doit être réduit au minimum; d'où la gestion comptable qui veut tout mettre dans des tableaux, des grilles, des statistiques. Les « temps morts » qui permettaient la respiration, le relâchement, la compensation des imprévus sont supprimés, aboutissant à cette intensification. Le travail est prescrit, corseté sur tous ses aspects jusqu'au sourire des téléconseillères, tout doit rentrer dans des grilles qui ne laissent aucune place à l'imprévu, à l'incident, à la prise en compte de « la résistance du réel ». Les temps d'échanges sont rendus impossibles, la réflexion interdite car elle fait perdre du temps et pourrait être subversive en contestant le bien-fondé des décisions. La compétition est appliquée à tous les niveaux, cassant les collectifs, jusqu'à la théorisation du chaos organisé: l'insécurité permettrait à chacun de donner le meilleur de lui-même. Ces transformations de l'organisation du travail, on s'en doute bien, ont des conséquences absolument tragiques sur la santé de nombreux travailleurs.

Les conséquences pour la santé sont les pathologies de surcharge et les pathologies de l'isolement. Comme nous l'avons vu précédemment, la rupture de relations entre les pôles du triangle de Sigaut aboutit à différentes formes d'aliénation que C. Dejours a qualifiées d'aliénation mentale, sociale ou culturelle.

### Conséquences des ruptures de lien: les différentes aliénations

Dans l'aliénation mentale le sujet est coupé du réel et d'autrui, il est isolé dans son monde. Dans l'aliénation sociale le sujet reste en prise avec le réel mais est coupé des autres; il n'y a pas de reconnaissance du travail ou de la personne par le collectif, les collègues, la société. C'est le cas par exemple du savant incompris mais aussi du salarié attaché au sens du travail que les autres ont lâché, des lanceurs d'alerte que la société ne veut pas entendre. Le risque est de douter du rapport au réel et donc de son jugement, de soi et de sombrer dans la dépression ou au contraire d'évoluer vers la mégalomanie et la paranoïa. Dans l'aliénation culturelle il y a une reconnaissance du sujet par le collectif mais une rupture avec le réel qui est partagée entre l'individu et le collectif. C'est le schéma des sectes. Mais c'est aussi un schéma fréquent des collectifs de direction noyés dans la gestion comptable du nouveau management. C'est le cas de l'administration qui perd le contact avec les administrés.

### Les troubles psychiques liés au travail

Depuis quelques décennies émergent des situations que les médecins ont du mal à comprendre: on voit des symptômes dont on ne sait que faire (fatigue, anxiété, somatisations diverses dont les TMS sont partie prenante). L'irruption médiatique de la notion de harcèlement moral au travail et des suicides dans les grandes entreprises a imposé de regarder cette réalité. La notion de harcèlement moral, s'il a donné lieu à une loi pour le sanctionner, il s'est révélé peu opérant: en fait le pervers narcissique des premières descriptions, ne se rencontre que très rarement. Actuellement, on assiste également à l'émergence du concept de burn-out, au point que certains voudraient en faire un tableau de maladie professionnelle: il est à craindre que la définition d'un tel tableau soit plutôt un alibi pour éviter de réfléchir à la réalité des mécanismes qui relient cette réalité pathologique à la réalité du travail vécue dans les entreprises.

Compte tenu de l'importance de ces phénomènes touchant à la santé psychique et des liens avec la santé physique, il est intéressant de décrypter les mécanismes de la construction de ce lien entre santé et travail. La psycho-dynamique du travail donne des outils de compréhension de ces phénomènes que nous allons présenter et qui peuvent servir d'outils de repérage clinique aux praticiens. Un premier élément est qu'il n'y a pas de psychopathologie spécifique du travail; les décompensations se font sur des modes semblables à ceux de la psychopathologie générale. Les modalités sont le résultat de la rencontre d'une organisation du travail et de l'histoire du sujet. L'intérêt de cette approche est d'éviter les termes flous et inadaptés (autant sur les certificats médicaux que sur les arrêts de travail) comme « souffrance au travail », « syndrome anxio-dépressif réactionnel lié au travail », « harcèlement moral au travail ». C'est également d'éviter quatre écueils majeurs: le recours à la notion de stress et de risques psychosociaux, la victimisation et la « traumatisation » généralisée, la personnalisation des difficultés de travail, le renvoi aux conflits interindividuels et à l'incompatibilité d'humeur entre les travailleurs. C'est encore de soutenir une nouvelle vision de la santé au travail: **le travail est « malade »** bien avant que les sujets tombent réellement malades de leur travail.

### Des situations « traumatiques » au travail

Certaines situations sont traumatogènes comme être victime ou témoin d'un événement grave (accident du travail; agression), subir des menaces sur l'intégrité physique (blessures ou mort) et/ou psychique. La perception de l'événement est subjective, elle résulte de

la rencontre subjective entre un événement et un sujet, d'où le principe de relativité du traumatisme. La réaction immédiate du sujet peut aller au-delà du stress adaptatif, on parle de « stress dépassé ». Le vécu psychologique immédiat caractéristique est l'effroi, l'horreur plus ou moins associé à une sensation d'impuissance. La situation prend le sujet par surprise; il s'ensuit un débordement des défenses et une impossibilité de réagir de façon adaptée. Ces situations peuvent être caractérisées par une symptomatologie spécifique. Ainsi certaines expressions permettent-elles de mettre en mots le ressenti des personnes et de poser les prémisses d'un tableau clinique, que voici:

- Effraction des limites de l'appareil psychique sous l'effet d'un choc psychologique.
- Surprise: effet de désorganisation et/ou d'effondrement des mécanismes de défense habituels
- Débordement psychique par l'afflux massif d'excitation provenant de l'extérieur
- Court-circuit de la mentalisation: impossibilité d'élaborer ce surcroît selon les processus de pensée
- Perte de maîtrise radicale.
- Rupture de la continuité de vie et le bouleversement brutal des repères et certitudes de vie.
- Confrontation avec « le Réel de la mort » via la perception de la mort d'autrui ou de sa souffrance ou bien par l'aperception de sa propre mort.

On peut distinguer quatre tableaux cliniques: les syndromes psychotraumatiques classiques, le Syndrome Subjectif Post-Traumatique, le tableau de maltraitance psychologique au travail, le tableau des violences agies. Les deux derniers sont spécifiques de la psychopathologie du travail.

### Les syndromes psychotraumatiques classiques

On peut constater ultérieurement, après une période d'incubation plus ou moins longue, l'apparition de manifestations caractéristiques du tableau clinique des syndromes psychotraumatiques. Ils se déclinent selon 4 grands registres symptomatiques:

#### a. Le syndrome de reviviscence ou de répétition traumatique (SRT).

Il est marqué par une effraction psychique liée à la rencontre traumatique: le sujet revit psychiquement la situation déstabilisante sous forme de retour en boucle ou flash-back durant la journée et/ou la nuit. Ce syndrome comprend des signes cliniques variés dont des hallucinations ou illusions perceptives rappelant le traumatisme, des idées, des souvenirs-forcés et flash-back diurnes, des cauchemars traumatiques avec ou sans



réveil en sursaut ou sueur, des ruminations mentales sur le déroulé de la situation avec questionnements sur le pourquoi et le comment, un « vécu et des actes comme si » l'événement allait se reproduire (dépersonnalisation/déréalisation à minima). Il s'y associe des phénomènes moteurs élémentaires : réactions de sursaut, de recroquevillement ou de tétanie, des comportements de défenses et des tics divers.

*b. Syndrome d'hyperréactivité neurovégétative et d'hyper-vigilance*

Symptômes d'accompagnement classiques du SRT ils traduisent la tension émotionnelle, l'hyperéveil défensif après-coup et la réactivité neurovégétative. Ils associent des signes cliniques caractéristiques : troubles anxieux traduisant le vécu d'insécurité intérieure, hyperéveil et hyper-vigilance défensive empêchant d'amorcer le sommeil, troubles du sommeil, signes d'accompagnement neurovégétatifs, irritabilité, impression d'être survolté et hypertendu intérieurement, crises d'incontinence émotionnelle avec pleurs.

*c. Syndrome d'évitement.*

Sa logique a pour but de se prémunir d'une hypothétique déstabilisation et de neutraliser les risques liés au danger ou à la menace ressentie lors de la survenue de la situation afin d'éviter cette déstabilisation. Il se manifeste par une amnésie post-traumatique de tout ou partie de la scène traumatique, des conduites d'évitement des lieux, personnes, situation, rattachés symboliquement à la situation menaçante, des épisodes de dissociation traumatique et de fugue psychogène. On peut voir également un repli social secondaire avec restriction des investissements habituels et des activités ainsi qu'une hypersomnie et clinophilie comme fuite de la confrontation à la réalité.

*d. Autres symptômes cliniques caractéristiques.*

La triple asthénie (physique, psychique et sexuelle) est très fréquente. Les troubles des conduites se manifestent de façon diverse : passage à l'acte auto- (conduites suicidaires) ou hétéro-agressif (accès et crises de colère et d'agressivité) ; conduites délictueuses, conduites à risques et commission d'infractions ; troubles du comportement alimentaire (anorexie-boulimie) ; conduites addictives ; fugues et errances. Les troubles somatiques divers peuvent aussi servir de masque de ce qui ne peut être dit ou de prétexte plus ou moins conscient pour consulter. On peut également constater des troubles de la personnalité avec modification ou altération de la personnalité antérieure, qui apparaissent alors le plus souvent en rupture avec le fonctionnement habituel.

## Le tableau clinique spécifique de maltraitance psychologique au travail

### A. Définitions et généralités

Il s'agit de violence psychologique ou morale interne à l'organisation du travail ; elle est le fait de collègues, de la chaîne hiérarchique ou du système managérial/organisationnel. Délicate à repérer, elle s'installe et se développe souvent sur une longue période avant la décompensation psychopathologique franche des sujets. Les conséquences psychiques sont importantes, l'impact traumatique est majeur et se rapproche du tableau clinique des syndromes psychotraumatiques.

La définition générique se retrouve dans la loi sur le harcèlement au travail : « Ensemble de procédés ou agissements plus ou moins visibles, souvent très subtils, et répétés sur une longue période qui ont pour objet ou pour effet de dégrader progressivement la situation de travail d'un ou plusieurs travailleurs pris pour cible, altérant leur lien au travail, leur dignité et leur équilibre psychique. »

Remarque : la maltraitance au travail peut être intentionnelle ou non. C'est une pathologie de la solitude au travail résultant de processus de marginalisation et de désaffiliation du sujet du collectif de travail d'appartenance.

### Remarques importantes

Les sujets harcelés ne sont pas plus fragiles que les autres !! Ils sont souvent du côté du travail bien fait, du rapport authentique au réel du travail et du respect des règles de métier. L'attachement et la posture éthique dans l'activité sont une menace pour l'équilibre du groupe d'appartenance et pour l'efficacité des stratégies collectives de défense contre la souffrance au travail. Ce phénomène de raidissement des stratégies défensives peut aboutir dans certains cas à la « bouc-émissarisation d'un individu » par le collectif de travail, celle-ci est dirigée contre celui qui n'adhère pas totalement à ces défenses collectives.

### Typologies du harcèlement moral au travail

On distingue le harcèlement individuel, stratégique, institutionnel ou organisationnel ou encore moral transversal. En fonction de l'origine ou de la source on parle de « harcèlement vertical descendant », « harcèlement ascendant ou remontant », « harcèlement horizontal ou transversal ».

### Pathologie de la solitude...

En psycho-dynamique du travail, même si on considère bien sûr que le nombre des victimes du harcèlement augmente, ce n'est pas à cause du harcèlement lui-même,

mais bien plutôt à cause de la solitude. En effet, face au harcèlement, face à l'injustice, et même plus trivialement face aux difficultés du travail ordinaire et aux échecs que comporte toute vie professionnelle, il n'est pas du tout identique d'y faire face avec l'aide et la solidarité des autres ou de se retrouver seul, isolé et dans un environnement humain malveillant. La multiplication actuelle des suicides au travail ne résulte pas seulement des injustices, de la disgrâce ou du harcèlement. Elle résulte principalement de l'expérience atroce du silence des autres, de l'abandon par les autres, du refus de témoigner des autres, de la lâcheté des autres. La pathologie de la solitude résulte ainsi de la trahison par les collègues, les proches, car celle-ci est plus douloureuse que le harcèlement lui-même. Pour le dire autrement, la personne subissant le harcèlement mais bénéficiant du soutien moral et de la solidarité de ses collègues résiste psychiquement beaucoup mieux. Ce sont les signes de prévenance et de solidarité qui notifient qu'il existe une communauté d'interprétation des critiques et des accusations injustement portées par la hiérarchie contre la victime : grâce à la solidarité collective, l'attitude de la hiérarchie peut être interprétée sans ambiguïté comme une injustice. Cependant, si la personne se retrouve seule face aux attaques, elle ne sait pas s'il faut comprendre la lâcheté des autres comme une trahison ou, au contraire, comme un jugement péjoratif partagé par tous, y compris par les proches, sur la mauvaise qualité de son travail. Ce doute est tragique pour la santé mentale car il porte sur ses propres qualités, et c'est ainsi que le sujet s'épuise, jusqu'à n'arriver plus à dormir et jusqu'à ce qu'il commette des erreurs qui aggraveront le harcèlement et le convaincront qu'il est fautif et qu'il a mérité la disgrâce. C'est alors que la spirale de la dépression, avec les sentiments d'imposture, de faute, de déchéance, etc. peuvent s'emparer du salarié avec une telle brutalité qu'il entre en crise et commet parfois un geste suicidaire (C. Dejours, 2011).

## B. Manifestations cliniques de la maltraitance psychologique au travail

Les effets sont multiples et graves pour la santé mentale et physique des salariés touchés. Dans certains cas les manifestations cliniques sont durables avec des séquelles irréversibles conduisant à la mise en invalidité et à une inaptitude à tous postes. Le tableau clinique est spécifique de la psychopathologie du travail avec une phase d'alerte et une phase de décompensation.

### 1. Période d'alerte : les signes sont infra-cliniques, c'est la « phase silencieuse ».

Le salarié s'exprime peu ou pas en termes de plainte ou de manifestations aiguës de crise psychique mais on

constate une tendance au repli vis-à-vis des proches ou de l'entourage professionnel. Le sujet mobilise beaucoup d'énergie interne pour se défendre psychologiquement et résister (ce qui est source d'épuisement secondaire). Le but est d'éviter les critiques et les brimades et de neutraliser la perception de sa propre souffrance en court-circuitant la pensée.

Quelques signes précurseurs peuvent alerter : les troubles anxieux, l'augmentation de la prise de toxiques ou de psychotropes, les troubles du sommeil, le désengagement social et le repli ainsi que le sentiment d'ennui. La fatigue (physique et morale) est souvent banalisée. La triade symptomatique typique de la phase de résistance est constituée de l'hyper-vigilance, un activisme défensif réactionnel (ou hyperactivité) et d'un surinvestissement de la qualité de son travail. En parallèle deux mécanismes sont activés : la répression psychique des affects et le retournement de la faute contre soi avec un effet de culpabilisation.

### 2. Phase de décompensation sur un schéma en 2 temps :

#### a. 1<sup>er</sup> temps : triade symptomatique :

- effondrement anxio-dépressif et épuisement physique et émotionnel après phase de résistance et d'activisme défensif. Sentiment de culpabilité. Effritement ou effondrement narcissique (perte de l'estime de soi et dévalorisation). Doute sur ses compétences et remise en cause personnelle douloureuse (culpabilisation).
- Installation d'un syndrome traumatique avec syndrome de reviviscence ou de répétition traumatique, syndrome d'hyperréactivité neurovégétative (fixation et envahissement de la problématique du travail), syndrome anxieux d'évitement (Peur voire terreur d'aller sur le lieu de travail avec crises d'angoisse aiguë), évitement phobique du lieu de travail ou de ce qui peut rappeler le travail.
- Signes d'accompagnements typiques : multiples atteintes (cognitives, narcissiques, somatiques, désarroi identitaire, repli et restrictions des activités). Ils se manifestent par des atteintes et des troubles cognitifs majeurs.

Les atteintes psychiques avec impacts narcissiques majeurs sont fréquentes tels que perte de l'estime de soi, dévalorisation, sentiment de perte de compétences, sentiment de culpabilité doublé d'une position défensive de justification, effondrement narcissique à tonalité anxio-dépressive, états d'angoisse paroxystiques avec risque de raptus suicidaire.

Les atteintes et déclenchement de troubles somatiques fonctionnels et/ou lésionnels avec épuisement sont



constants et concernent les sphères corporelles les plus diverses (digestives, cardio-vasculaires ; amaigrissement ou prise de poids fulgurants ; troubles gynécologiques chez les femmes).

Le désarroi identitaire spécifique se manifeste par une perplexité anxieuse avec interrogation ou doute / confusion autour des repères moraux ou éthiques en réponse aux injonctions paradoxales (vrai/faux, juste / injuste, bien / mal...).

Le repli et la restriction des activités avec éroussement émotionnel doivent être un signe d'alerte.

#### b. 2<sup>nd</sup> temps : décompensation psychopathologique

La décompensation seconde dépend en dernier ressort de l'organisation de la personnalité du sujet ; elle se fait selon la structure psychique sous-jacente et la ligne de faille psychopathologique. Elle survient immédiatement ou à distance du tableau aigu psycho-traumatique. Les 3 voies de décompensations principales sont la décompensation somatique par un processus de désorganisation psychosomatique, la décompensation psychopathologique avec des troubles d'allure psychotique (bouffée délirante aiguë, accès psychotique dissociatif ou paranoïaque), des troubles névrotiques ou des troubles dépressifs majeurs ou encore une décompensation comportementale (troubles des conduites, passage à l'acte auto- (suicide) ou hétéro-agressif ; addictions). Deux pôles extrêmes d'évolution sont possibles : « Dévitalisation psychique », « Rigidification psychique ». La dévitalisation psychique signe la perte de « l'élan vital », le sujet n'a plus envie de rien, tandis que la rigidification psychique est caractérisée par une difficulté à élaborer, à convoquer la pensée associative. Dans ce cas spécifique, le sujet ne rêve plus et ne parvient plus à évoquer ses ressentis, ses sentiments, sa souffrance.

#### Clinique des violences agies

Ces violences sont tournées vers les autres soit en externe (elles sont surtout le cas des usagers envers les salariés) ou en interne entre salariés ou contre l'outil de travail. Elles peuvent se retourner contre le sujet ; ces phénomènes suicidaires sont de développement récent, concomitant des évolutions de l'organisation du travail.

#### A. Les passages à l'acte hétéro-agressifs et conduites déviantes au travail

Les constats épidémiologiques sur la violence au travail notent une multiplication et une intensification de la « violence externe centripète (ou dirigée contre les travailleurs) » source de troubles psycho-traumatiques. Les nouvelles organisations du travail ne sont pas étrangères à

l'intensification de la violence sociale car elles conduisent à travailler en mode dégradé (manque de temps, de personnels, objectifs imposés aux salariés en désaccord avec les missions). En miroir, les violences contre les usagers, clients et patients sont plus contenues et rares (« violence externe centrifuge »), elles sont alors la marque d'un débordement de la souffrance dans le travail avec impossibilité de s'appuyer sur la régulation du collectif de travail ; c'est un des signes du vécu de solitude dans le travail. Mais en parallèle, depuis quelques années les manifestations violentes en interne de l'organisation se font de plus en plus fréquentes. Il faut noter l'importance de maintes manifestations violentes aussi dans la sphère privée (comme les violences conjugales et familiales) pour lesquelles le travail est un des facteurs étiologiques déterminants !

#### B. Le retournement contre soi de la violence :

C'est l'ensemble des conduites suicidaires au travail ou en lien avec lui. C'est un phénomène récent. Les tentatives de suicide ou suicides sur les lieux de travail se voient à partir des années quatre-vingt-dix. Elles ont un fort écho dans l'opinion publique avec médiatisation des suicides au travail ou en lien avec lui ; ce phénomène interroge sur le rôle étiologique du travail dans la décompensation psychique violente. C'est une « énigme clinique » : les nouvelles configurations cliniques remettent en cause le modèle classique de la psychopathologie du suicide. Les signes prodromiques ne sont pas forcément retrouvés, même si signes de fragilisation restent à prendre au sérieux. Les antécédents psychopathologiques antérieurs également (fragilité structurelle) ; les éléments d'adversité connus dans l'enfance et l'adolescence (fragilité conjoncturelle) peuvent être absents. On retrouve une bonne insertion et un soutien familial et social avant que soit constaté un impact éventuel sur la vie privée (familiale et conjugale) ; avant de voir un éventuel repliement sur soi le sujet montre une bonne adaptation relationnelle et une bonne insertion dans son collectif ou dans la société. Ces phénomènes revêtent des formes très impulsives avec un mode opératoire violent, associant souvent les aspects violents et spectaculaires. On a généralement à faire à des sujets hyper-engagés dans leur travail. Évaluer l'ampleur du phénomène reste très difficile car peu d'enquêtes épidémiologiques sont réalisées. D'autre part, développer une analyse psychopathologique prenant en compte le travail comme facteur étiologique central de la décompensation suicidaire reste difficile car par définition les sujets ayant commis le passage à l'acte ne sont plus là pour rendre compte de leur vécu. On observe un consensus défensif post-suicide de l'entourage professionnel. Dans une posture inconsciente

de défense, le passage à l'acte est attribué à la fragilité structurelle (= fragilité psychique) ou conjoncturelle (= problèmes et difficultés de l'ordre de la sphère privée). On constate un véritable consensus défensif de l'entourage professionnel soudé par le déni ou l'évitement du rôle étiologique du travail dans certaines conduites suicidaires « conspiration du silence ». Le rôle du travail ne peut être interrogé par l'entourage sans lui renvoyer son rôle dans l'acceptation de la situation, dans l'acceptation d'une servitude volontaire ; la honte refoulée n'est pas « pensable ». Le plus souvent il n'y a pas de travail réel d'interrogation et de transformation collective du travail, de son organisation et des modes de management associés.

Les analyses cliniques rétrospectives post-mortem et l'expérience du suivi clinique de patients en souffrance au travail permettent de repérer des éléments laissant suspecter le lien au travail.

La reconstitution de la chronologie de la dégradation de la situation de travail est un élément essentiel. Il faut analyser le rapport subjectif au travail qui peut être profondément altéré ou en impasse avec accumulation d'éléments péjorant le vécu professionnel sur une plus ou moins longue période. On peut mettre en évidence plusieurs facteurs professionnels vulnérabilisant avant le passage à l'acte (par exemple toutes les situations déstabilisantes : retour après un arrêt de travail, mutation, changement de fonction, de direction d'entreprise, entretien annuel...)

Les suicides au travail ou en lien avec lui sont souvent « dédicacés ». Ils prennent la dimension d'un message adressé à la communauté de travail interpellant une organisation de travail délétère et des modes de management fragilisant. Le mode opératoire est le plus souvent singulier, soit au sein des locaux de travail, avec ou sans les moyens de travail et plus ou moins accompagné d'une lettre ou d'un journal traduisant la dégradation progressive de la situation de travail.

La psycho-dynamique du travail (PDT) pose une hypothèse étiopathogénique de ces conduites suicidaires. L'apparition et la multiplication des suicides au travail apparaissent fortement corrélées aux mutations majeures des nouvelles organisations du travail et modes de management (années quatre-vingt-dix). L'attaque de la base éthique de l'activité apparaît comme la variable explicative intermédiaire en sapant la base identitaire du sujet. Celui-ci vit une « trahison éthique de soi-même » qui provoque une « haine de soi » et aboutit à un retournement de la violence contre soi.

Deux configurations/ postures peuvent se voir devant les difficultés du travail :

- le sujet « s'est compromis » et il a donc consenti à réaliser des actes que pourtant moralement il

réprouvait. Dans ce cas sous l'effet de la disgrâce professionnelle, il perd la reconnaissance qui lui permettait de supporter la trahison de soi corrélative à réalisation de son travail.

- le sujet refuse de se compromettre et de céder ; le suicide devient le moyen d'expression de la défense des bases éthiques de son travail.

Une configuration particulière pourrait constituer un troisième cas, le Karôshijatsu qui s'apparente à un suicide par épuisement des ressources et effondrement radical des défenses. Les nouvelles organisations du travail ont un effet déstructurant sur les collectifs du vivre-ensemble par l'attaque des espaces collectifs de discussion et d'élaboration du travail (formels et informels). C. Dejours reprend le concept de « DESOLATION » de H. Arendt (1993), il parle de « DE-SOL-ATION », pour caractériser ces situations où survient la dérobaie du sol commun c'est-à-dire la désagrégation du sens commun de la justice, de la dignité, de la solidarité. C'est le monde où l'on habite ensemble dans la pluralité des hommes qui peu à peu disparaît.

Solitude et isolement au travail sont de plus en plus prégnants. Le travailleur de plus en plus seul face aux prescriptions de travail. L'organisation conduit au développement du chacun pour soi, de l'individualisme, des conduites de concurrence, de rivalité et de pratiques déloyales. Le collectif de travail n'arrive plus à jouer son rôle de prise en charge de la souffrance et de soutien à ces membres fragilisés (aide, entraide, soutien). Le doute s'installe. Le « **reflux narcissique** » rend le sujet plus vulnérable à ses failles personnelles avec un risque de retournement de l'agressivité contre soi.

Le basculement suicidaire (« raptus suicidaire ») peut être brutal et impulsif sur le moment. Néanmoins plusieurs signaux avant-coureurs doivent être pris au sérieux car ils peuvent augurer une crise suicidaire. On peut retrouver l'expression d'un vécu douloureux professionnel (sentiments d'incompréhension, d'abandon, d'injustice, d'incompétence, de culpabilité et d'impasse), des appréhensions anxieuses d'une échéance professionnelle redoutée (évaluation, changement d'affectation, nouvelles missions par ex.). Parfois on constate le renoncement soudain à des responsabilités, projets et activités investies auparavant ou une rupture du comportement ou du fonctionnement antérieur. Ce peut être l'évocation répétée d'un départ, d'une démission ou l'apparition de signes majeurs de crise psychique avec labilité émotionnelle ou de l'humeur, d'attitudes désinvoltes, ostentatoires, cyniques, d'auto-sabotage, ou bien de grève du zèle au travail. On retrouve parfois des messages allusifs, énigmatiques, de détresse, teintés parfois de désespoir et de menace de passage à l'acte. Les

messages par SMS, mail ou lettre se retrouvent souvent ! Le repli sur soi, la froideur du caractère, le mutisme et l'évitement des lieux ou moments habituels de convivialité doivent aussi alerter. La liste n'est pas exhaustive.

Plusieurs moments à risques sont retrouvés lors des analyses post-mortem de suicides au travail ; sur le plan professionnel on peut citer, entre autres, la reprise du travail après période de fragilisation, l'évaluation individuelle, la prise de nouvelles responsabilités, la mutation imposée ou forcée, l'ajout de tâches supplémentaires, une restructuration dans l'entreprise, l'introduction de nouvelles techniques et nouveaux modes de procès. Le désaveu ou le vécu de disgrâce professionnelle (comme l'amputation d'une responsabilité précédemment assurée), la perte du sens du travail par attaque des repères et valeurs de métier ont des effets très déstabilisants. Une situation d'impasse avec absence d'issue (risque de perte d'emploi, de statut, de droits sociaux ; pas de mobilité possible) peut être l'occasion d'un passage à l'acte. Le suicide représente alors une solution de délivrance.

Le suicide au travail est une forme spécifique nouvelle de décompensation de psychopathologie du travail qui

utilise la voie comportementale pour se libérer d'une souffrance psychique au travail devenue intolérable. Mais il peut être aussi la conséquence secondaire et le résultat de l'aggravation d'autres formes de décompensations primaires de psychopathologie du travail. On a un risque majeur de raptus suicidaire dans la problématique de maltraitance psychologique au travail. On peut le voir comme complication comportementale grave de syndromes psycho-traumatiques non traités et non-élaborés. Il peut être en lien avec un tableau d'épuisement professionnel, la consommation des ressources internes et l'insatisfaction professionnelle enclenchent un processus de dévalorisation, un sentiment d'échec et une culpabilité retournée contre soi. Il peut encore être l'issue d'un effondrement anxio-dépressif ou d'une dépression professionnelle décompensée, masquée ou « blanche » évoluant à bas bruit (effet « d'implosion » intérieure).

Le suicide étant une pathologie de la solitude : il est important de souligner **le rôle crucial de la mobilisation et du soutien effectif de l'entourage professionnel et personnel !!!** C'est un facteur de protection pour enrayer la logique suicidaire et éviter un passage à l'acte.

## Vers la destruction du métier de soignant en psychiatrie ?

Par Serge Klopp, infirmier psychiatrique

NDLR: nous donnons ici le texte de la communication de Serge Klopp lors d'une réunion de l'Appel des appels en octobre 2017.

J'ai eu la chance de faire partie de cette génération d'ISP (Infirmiers de Secteur Psychiatrique) qui a inventé son métier. Je suis entré en psychiatrie en 1978. C'était une époque d'intenses débats et où l'on était persuadé qu'on allait tout changer, y compris en psychiatrie. Ces débats théoriques et politiques, nous les menions en cours avec les moniteurs du Centre de Formation, en stage avec les infirmiers et les psychiatres. La formation d'ISP avant le diplôme unique de 1992, ne comprenait pas seulement plus de psychopathologie qu'aujourd'hui, mais nous inculquait une culture du sens et de l'engagement dans la clinique du sujet. Si, après l'obtention du diplôme, nous étions dorénavant autorisés à exercer le métier d'infirmier, on nous a expliqué que notre métier nous ne l'apprendrions vraiment que tout au long de notre carrière, à condition que de faire l'effort de continuer à lire, se former, s'interroger.

Tout au long de ma carrière d'infirmier, puis de cadre soignant, j'ai pu explorer et défricher de nouveaux territoires, dont celui de la psychothérapie. Psychothérapie qui même pour les ISP nous semblait interdite, chasse gardée des psychologues et des psychiatres. C'est pourtant sur cette question que le « groupe de Sèvres » s'était disputé à la fin des années cinquante. J'ai également pu inventer et animer une structure d'accueil pour adolescents. Attention tous les Infirmiers de Secteur Psychiatrique n'ont pas eu ce parcours. Nombreux sont ceux qui se sont contentés de faire leur travail, sans se poser plus de questions. Mais, la minorité engagée a, dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, réussi à faire évoluer la psychiatrie. Nous espérions même faire disparaître les chambres d'isolement. Ce fut possible parce que nous étions très engagés. Nous nous définissions d'ailleurs comme des militants de la psychiatrie. Lorsque je me heurtais à un obstacle (opposition du Médecin Chef, des collègues, blocages de l'administration), je n'ai jamais renoncé. Mais en ayant conscience que si je voulais y arriver, il me fallait à la fois travailler pour me doter d'une argumentation théorique solide et ne pas rester isolé, en me trouvant des alliés. C'est ainsi que je me

suis engagé d'abord dans l'Association Scientifique Paris Maison Blanche, pour m'appuyer sur des alliés dans l'hôpital de Maison Blanche où j'exerçais à l'époque, puis dans les réseaux de la Psychothérapie Institutionnelle. Je m'y suis nourri et formé tout au long d'échanges riches que j'y ai eus. Ces engagements se nourrissent de mon engagement politique et syndical et réciproquement.

Je me rends compte qu'aujourd'hui un tel parcours paraît non seulement impossible, dans la culture infirmière actuelle, mais ne fait même pas envie. Pourquoi ? Nous subissons depuis les années quatre-vingt et la « Génération Mitterrand » qui prônait l'individualisme et le désengagement collectif, une intense campagne idéologique visant la réification des individus au travers d'une « culture » de l'hédonisme, où tout serait acquis, où la moindre frustration devient intolérable et source d'angoisse. Culture de l'hédonisme, doublée aujourd'hui d'un dressage comportemental qui commence dès la petite enfance avec les écrans. Alors que l'on s'émerveille sur les capacités des enfants à utiliser ces outils, considérant que c'est un signe d'intelligence, il ne s'agit en fait que de l'acquisition d'une technicité opératoire développant plutôt « l'abrutissement ». Il n'y a plus d'espace pour l'imaginaire.

D'où non seulement l'incapacité de certains enfants à jouer, mais surtout le fait que ces situations de jeu où ce sont eux qui doivent inventer l'histoire, les mettent dans une situation d'angoisse terrible. Révélant, ce que j'appellerais une atrophie de l'imaginaire entraînant un handicap de la relation sociale.

Dans notre société de consommation des loisirs, la vie ce serait le divertissement. Le travail n'aurait d'autre objet que de permettre de se payer ces loisirs, qui au final coûtent cher. Le travail ne saurait en aucun cas être source de satisfaction. Dans la santé et en psychiatrie, cette réification est nourrie de manière particulière. D'abord on fait croire aux nouveaux diplômés que puisqu'ils ont obtenu leur diplôme, ils connaissent leur métier, et n'ont plus besoin de se prendre la tête pour l'apprendre. Les anciens étant pour la plupart dans



les structures ambulatoires, les nouveaux diplômés sont essentiellement affectés dans les UHTP (Unités d'Hospitalisation Temps Plein) et se retrouvent entre eux. C'est de ceux-là que je vais parler.

Lorsqu'ils se trouvent à travailler avec un infirmier de ma génération, qui leur conseille d'aborder ce patient plutôt de telle manière, ou qui essaie d'expliquer que si le patient crie et insulte, c'est le symptôme de la maladie et de son angoisse et il ne faut pas le prendre au pied de la lettre, ils refusent toute transmission. Et répondent souvent : « Je connais mon travail, je sais ce que j'ai à faire ! », « Je ne suis pas là pour me faire emmerder et insulter par les malades ! ». Si un ISP se retrouve en UHTP, cela peut aller jusqu'à son isolement au sein de l'équipe parce que c'est lui qui ne sait pas et fait n'importe quoi avec les patients. Dans leur formation, l'étude de la psychopathologie et de la théorie psychanalytique est réduite à sa plus simple expression. Ils sont démunis face à la folie qui redevient insensée. Si on ne comprend pas celui qu'on est censé soigner, on va se focaliser sur le symptôme qu'il faut éradiquer. Et là on glisse d'une fonction où il s'agissait de soigner un sujet, à une fonction où il est question de traiter des symptômes ou des troubles.

Pourtant ils sont tous là, parce qu'ils veulent exercer un métier relationnel au service des autres ! Mais dans la culture totalement imprégnée de l'idéologie dominante qui se fabrique dans les IFSI, puis dans les équipes d'hospitalisation, la relation est en surplomb. « Le malade c'est lui. Moi je suis normal. ». Inutile que je fasse un travail sur moi pour comprendre l'autre. Ça, ça existait déjà il y a 40 ans. Mais ça croise un autre phénomène qui devient de plus en plus prégnant, dans notre civilisation de la connexion et de l'interconnexion. C'est la difficulté de se confronter à l'autre. À se mettre à sa place, surtout s'il ne rentre pas dans les cases. Dans ces cas, l'autre est vécu comme un perturbateur. Et de perturbateur à agresseur, il n'y a plus de nuance. Si l'on est agressé, l'on est tout de suite entraîné dans le rapport de force. C'est terriblement bien illustré dans le film de Ken Loach « Moi Daniel Black ». Cela, joue également dans les rapports au sein de l'équipe. Parce que si la loi du groupe joue à fond, dans le même temps, il n'y a plus aucune solidarité au sein du groupe. Chacun travaille dans son coin, en ayant le sentiment d'être le seul à faire correctement son travail et passe son temps à dénigrer le travail des autres.

Puisque les soignants savent ce qui est bon pour le patient, celui-ci doit faire ce qu'on lui dit. Si le patient est récalcitrant, il est normal qu'on le recadre et que s'il

persiste on l'enferme. Ils ne sont pas engagés dans la relation, ils n'ont même pas conscience que le transfert ça existe et que ça les agit.

Quoique. N'est-ce pas pour éviter d'être malgré tout pris dans une relation transférentielle, qu'ils ont adopté une stratégie du nomadisme. Ils changent de service tous les 2/3 ans, alors qu'on nous disait lorsque nous arrivions dans une unité que le soin relationnel se construisait sur la durée et que certains patients allaient partager notre vie tout au long de notre carrière. Ils n'imaginent même pas qu'ils puissent être détenteurs d'une capacité psychothérapeutique. Ce qui est valorisé comme thérapeutique aujourd'hui, c'est éventuellement l'entretien médical, en tout cas ce n'est certainement pas la relation singulière de ce soignant avec ce patient. Ce qui soigne de manière certaine ce sont les médicaments ! Du coup, les soignants sont interchangeables.

Tous ces phénomènes sont renforcés institutionnellement par la logique sécuritaire et par la démarche qualité. La sécurité c'est l'absence de sentiment de danger, ce qui permet au sujet de s'engager dans le travail et de prendre des risques. A contrario, le sécuritaire est fondé sur le présupposé que nous serions tous et constamment en danger. Pour se mettre en œuvre sur la durée il nécessite d'entretenir le sentiment de danger. Il est donc antinomique avec la recherche de sécurité. Le sécuritaire est particulièrement entretenu par les formations à la gestion de la violence qui sont quasi obligatoires pour tous les jeunes diplômés et l'obligation de porter le bip PTI (Protection du travailleur Isolé).

Il y a 40 ans on ne nous parlait pas de violence. Mais on nous expliquait « Quand l'angoisse d'un patient commence à monter, si tu ne l'apaises pas tout de suite, une heure plus tard tu risques de te prendre une baffe. Mais ce sera parce que tu n'auras pas fait correctement ton boulot ! ». Aujourd'hui si on est face à un patient qui monte, on ne fait plus appel à la capacité du soignant à apaiser cette angoisse (ce qui peut prendre du temps), on déclenche le PTI et dans les instants qui suivent les collègues sont là pour établir le rapport de force. Ça finit généralement en chambre d'isolement et pour peu qu'il se débatte, il est contentonné ! Pour les soignants, ça finit souvent en accident du travail ! La peur des soignants devient un élément permanent des lieux de soins. Ce qui a pour effet de potentialiser l'angoisse des patients. D'où cette explosion des mises en chambres d'isolement et du recours à la contention que tout le monde ne peut que constater.

Jean Claude Pénocet, lorsqu'il était encore président du SPH a déclaré : « Quand une équipe a peur il est certains que le médecin va prescrire des contentions. » Ajoutant « 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. Aujourd'hui, la psychiatrie va très mal ! » Mais comment se fait-il que ces collègues n'aient pas conscience que ce n'est pas ça soigner ? C'est parce qu'ils font ce que prescrivent la « démarche-qualité » et la certification. La qualité du soin ne se mesure plus à l'effet sur le sujet, mais à la manière dont on a appliqué le protocole. Le soignant, de l'aide soignant au psychiatre, n'est plus que l'opérateur des protocoles établis par la « cellule-qualité ». Il est totalement enfermé dans les réponses prédéfinies d'arbres décisionnels de plus en plus étroits. Il est dépossédé de son métier !

Dans cette conception de la psychiatrie, patients, comme soignants, sont totalement réifiés. Au travers de cet exemple de la psychiatrie c'est toute une conception

de l'homme dans notre société qui est en cause. Nous vivons une révolution anthropologique visant à fabriquer l'Homme réifié, qui n'ait plus la capacité de se penser ni de penser sa place dans le monde, et donc incapable de peser sur la réalité et de la transformer. Cela se mesure sur le terrain des luttes sociales, où la victimisation tend à remplacer la revendication. Où l'arrêt de travail n'est plus le résultat d'un appel à la grève, mais d'un certificat médical. Regardons la lutte des Uber, en tout cas, ceux que j'ai entendus dans les médias. Ils ne luttent pas pour obtenir les mêmes conditions de travail et de rémunération que les taxis, mais ils luttent pour que se réalise le rêve qu'on leur a vendu à savoir qu'ils gagneront beaucoup en travaillant peu ! Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas les soutenir, mais que nous avons un gros effort d'ouverture et de créativité, à faire pour construire du commun et empêcher cette révolution anthropologique ! Et, que nous aurons, tous ensemble, la force de briser les chaînes de notre servitude volontaire. Pour conclure je citerai mon ami Roger Ferreri : « C'est pas parce que c'est pire qu'avant, qu'avant c'était mieux ! »



## Si le mouvement ouvrier et le peuple ne se bougent pas plus que ça, la SÉCU C'EST FINI

Par Michel Etievent

Si le mouvement ouvrier et le peuple ne se bougent pas plus que ça, la SÉCU C'EST FINI... et reviendra alors ce que Croizat appelait "la terrible angoisse du lendemain et la vieille obsession de la misère". Il est à craindre que les Français ne soient pas conscients de ce qu'ils sont en train de perdre avec les attaques violentes contre la sécurité sociale. Ce formidable projet de société, imposé par le peuple français à la libération et qui, selon Ambroise Croizat, le bâtisseur, devait "mettre fin à l'obsession de la misère et aux incertitudes du lendemain" est aujourd'hui en passe de s'effondrer sous les coups de boutoir du gouvernement contre ce qui fait son fondement solide : la cotisation sociale. Au fil des 70 ans qui nous séparent de sa création, un continuum acharné de mesures de dégradation et de plans de casse successifs n'a cessé de mettre à mal une institution devenue pierre angulaire de notre identité sociale. Dès sa conception en effet, droite, patrons, médecins libéraux, lobbyings privés de tous ordres, ont peu à peu sapé les principes fondateurs de l'institution.

À ces oppositions, un moment tués par le rapport de force de l'époque, s'est ajoutée une avalanche de réformes passant par les ordonnances gaulliennes de 1967 qui ont fait basculer sa gestion dans les mains du patronat, les plans Barre de 1980 libérant les honoraires, les mesures Fabius ouvrant aux complémentaires santé la gestion de la protection sociale, l'impôt CSG de Rocard l'étatisant progressivement. Viendront ensuite les mesures Georgina Dufoix imposant forfait hospitalier et remboursements successifs, les lois Veil Balladur de 1993 à 1995 allongeant la durée de cotisation à 40 ans et accélérant la fermeture des hôpitaux de proximité, les plans Chirac Raffarin attendant aux retraites, les lois Jospin de 2001 imposant les règles assurantielles et les normes européennes aux mutuelles. Sans oublier les lois Douste Blazy de 2004 qui videront les conseils d'administration de leurs pouvoirs en chapeautant la Sécurité sociale par la création de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurances maladies) directement nommée par l'état. N'oublions pas enfin l'instauration de la T2A (tarification à l'activité) en 2005, les lois Bachelot de 2009 confiant la gestion de la protection sociale aux « préfets sanitaires » des agences régionales de santé. En

imposant l'obligation de mutualité d'entreprise, l'ANI 2013 (accord national interprofessionnel) accélérera un peu plus la voie de la privatisation.

Si la destruction affichée de la cotisation sociale par le gouvernement Macron, n'est pas récente, elle est aujourd'hui ouvertement frontale et délibérée. Le rêve du patronat devenu une arme de gouvernement néolibéral. Il importe de rappeler la quadruple peine qu'elle impose aux bénéficiaires. Elle est tout d'abord une amputation directe du salaire dont la cotisation est partie intégrante. C'est un « salaire socialisé » fondé sur les richesses créées dans l'entreprise. La seule création de richesse qui va directement du cotisant vers le bien-être des gens afin de faire face aux aléas de la vie sans passer par la poche des actionnaires. Si le salaire net c'est pour le quotidien du mois, le salaire brut c'est pour la vie.

La seconde peine réside dans la destination même de cette « économie » patronale. Elle n'ira ni vers l'emploi, ni l'investissement mais servira comme le gouvernement l'annonce à « restaurer » ou à augmenter les marges patronales et à gonfler les poches des actionnaires. (80 % des profits patronaux terminent leur course dans la poche des actionnaires). À cette atteinte aux salaires, s'ajoute la troisième peine : la hausse de la CSG qui alourdit la feuille d'impôt et plus gravement encore fiscalise et étatisé un peu plus encore la sécurité sociale. Depuis 1995 la part de la fiscalisation dans le financement de la Sécurité sociale est passée de 4,9 à 28 % tandis que la part de la cotisation sociale tombe de 86,8 à 67,3 %.

Imagine-t-on ce que pourrait devenir une Sécurité sociale entièrement abandonnée aux mains de l'État ? Une seule loi ou ordonnance à l'image de ce qu'a vécu l'Espagne pourrait engendrer coupes sombres ou pire privatisation immédiate.

La quatrième peine est encore plus lourde. Par la fin du grand principe de solidarité, la mort de la cotisation sociale n'est rien d'autre que la mort de la Sécurité sociale. Une coquille vide prête à être livrée au privé, aux assurances santé inégalitaires et coûteuses. La fin du droit de vivre dignement...

## Note sur le PLFSS 2018

Par Frédéric Rauch, économiste

En préalable, il est important de noter que ce PLFSS est venu en discussion publique au Parlement au moins 20 jours avant la date habituelle. Cela témoigne de la volonté du gouvernement d'aller vite dans les réformes essentielles qui constituent les grands axes de sa politique. On peut supposer qu'il s'agit ainsi de donner des gages de la volonté française de réformer en particulier à l'Allemagne et aux grands capitaux européens, et de relancer la construction européenne du grand marché unique jusqu'à son achèvement.

La réforme du Code du travail, certes engagée lors du gouvernement précédent mais alors incomplète, a été le premier chantier gouvernemental d'une harmonisation vers le bas de la relation d'emploi visant à dégager le terrain pour une législation du travail européenne minimale de protection des salariés. Elle se traduit en France par une sécurisation des profits et des capitaux (cf. la cohérence avec la réforme de l'ISF et de la fiscalité des entreprises du PLF 2018), et une insécurisation des travailleurs.

La réforme de notre système de sécurité sociale semble constituer le second volet de cette politique. Dans ce PLFSS 2018, elle poursuit le travail de réduction à peau de chagrin de la contribution des employeurs au financement de la protection sociale. Et d'autre part, elle cherche à concrétiser le cadre institutionnel et financier permettant l'implication pleine et entière des complémentaires de santé dans la gestion de l'offre de soins qui achèverait la sécurité sociale dans sa philosophie initiale. Ces deux axes d'attaque de la Sécurité sociale sont articulés et très cohérents l'un avec l'autre.

Notons qu'un premier pas important dans ce sens a été réalisé lors du précédent gouvernement dans le cadre du Pacte de responsabilité qui a réformé en profondeur et « définitivement » la branche famille de la Sécurité sociale. La suppression des cotisations sociales patronales (principale contribution du financement de la branche) a modifié la structure du financement des prestations familiales. Elles sont désormais financées à presque 100 % par de l'impôt et de la cotisation salariale. Il en résulte que c'est de moins en moins la part de la richesse produite prise sur les profits qui finance la branche, et de plus en plus une part prise sur les revenus des ménages (fiscalité

incluse). Dans les faits, la capacité de financement des prestations de la branche est donc désormais tributaire du rapport des forces dans l'entreprise et de la faculté des salariés à peser sur le niveau des salaires (et non plus sur l'utilisation de la richesse produite) ce que les réformes du Code du travail ont remis en cause, du dynamisme de l'évolution salariale elle-même dépendante des stratégies d'entreprise aujourd'hui essentiellement tournées vers la rentabilité financière immédiate, et des orientations budgétaires de l'État elles-mêmes contraintes par les politiques d'austérité. Les conséquences du changement de nature des financements de la branche sont dès lors redoutables. D'un côté, le principe d'universalité de la prestation peut être remis en cause et la prestation plafonnée ou limitée dans son périmètre en fonction de critères tels que celui des revenus des ménages (comme c'est le cas dans ce PLFSS 2018 – article 26 de l'avant-projet de loi). De sorte que les prestations familiales de la Sécurité sociale peuvent aisément se transformer en allocations sociales pures et simples aux ménages les plus pauvres critérisées par le nombre d'enfants et les revenus des ménages. Elles deviennent de simples outils publics de lutte contre la pauvreté (objectifs de justice sociale, palliatifs aux inégalités du marché) et non plus de politique familiale (objectifs de développement des capacités humaines du pays, moyen de dépassement du marché et du capitalisme). De l'autre, elles participent à la modification en profondeur du rôle de la Sécurité sociale dans la régulation économique et sociale. D'un rôle moteur du développement économique et social du pays et de ses capacités humaines, la Sécurité sociale devient un filet de protection sociale dont la taille des mailles dépend des moyens financiers disponibles laissés après les prélèvements des profits par le capital. C'est la philosophie de la Sécurité sociale telle que conçue en 1945 qui est mise à bas.

On notera pour commencer que ce PLFSS 2018 est essentiellement concentré sur la branche maladie. La branche vieillesse n'est pas directement concernée et la branche famille est affectée par une seule disposition structurante qui plafonne en fonction des revenus des ménages les prestations jeune enfant (les autres mesures sont secondaires et s'autofinancent – le décalage des revalorisations assurant le financement des mesures de

revalorisation). Quant aux dispositions organisationnelles, principalement l'intégration dans le régime général de certains régimes spéciaux : les indépendants, les artistes, elles préparent des évolutions qui seront immédiatement visibles dans la gestion de la branche maladie. Et à venir sur la branche vieillesse.

### La branche maladie

Deux types de mesures cohérentes entre elles sont à l'œuvre dans ce PLFSS 2018 dont l'objectif est la réduction des cotisations sociales. Principalement, la transformation du CICE en exonérations de charges sociales et le glissement dans le salaire net d'une partie des cotisations sociales salariales. Au-delà du fait que ces mesures sont reprises des programmes des candidats à la présidentielle de la droite et de l'extrême-droite, leur impact sur la branche maladie est lourd de conséquences. En effet, les réformes passées du financement de la Sécurité sociale ont déjà profondément bousculé sa structure. La branche maladie est désormais financée à hauteur de 54 % par la fiscalité (CSG + ITAF). En validant la transformation du CICE en exonérations de cotisations patronales (20 milliards par an en moyenne), le gouvernement décide de surfiscaliser le financement de la branche en augmentant la part des ITAF de plus du 1/3. Dans le financement de la Sécurité sociale, ils passeront de 44,5 milliards à 64,5 milliards d'euros. La branche maladie consommant 40 % des ITAF au régime général de la Sécurité sociale, en respectant la répartition actuelle, leur contribution passera de 19,9 milliards à 28 milliards d'euros dans son financement. Si l'on ajoute à cette hausse des ITAF, la hausse de la CSG décidée dans le cadre du PLF 2018 (5 milliards d'euros attendus par an), dont l'essentiel de la contribution est consommé par la branche maladie (93,4 milliards sur les 103,5 milliards absorbés par le régime général), la contribution fiscale au financement de la branche pourrait atteindre 60 %. Et plus encore en tenant compte de la baisse de la cotisation salariale.

Dès lors, cette structure de financement très majoritairement fiscale pourrait constituer un « effet de cliquet » sur l'évolution de la branche, qui affirmerait la prédominance de l'État sur sa gestion (plus encore que maintenant) contre la CNAM et les CPAM ; ce qui ouvrirait la porte en grand aux organismes complémentaires de l'assurance maladie dans cette gestion. Jusqu'à aujourd'hui en effet, les réformes de 1996 (réforme Juppé) et de 2004 (réforme Douste-Blazy) n'ont pas réussi à mettre en pièces la gestion de la branche par les organismes de Sécurité sociale ; même si ceux-ci ont largement entériné les objectifs

politiques de ces réformes. Reste que l'affaiblissement des organismes de Sécurité sociale dans la gestion de la branche modifierait définitivement le visage de son pilotage. On notera d'ailleurs dans ce contexte que les discussions actuelles entre l'État et les complémentaires santé sur le pilotage des CMS et des Maisons de santé pluridisciplinaires constituent une porte d'entrée pour les assureurs et l'industrie pharmaceutique dans la gestion intégrale (financière et médicale) de ces structures territoriales de l'offre de soins ambulatoire. Ce qui s'articule pleinement avec la mise en œuvre des GHT. Et ce qui est conforme avec la modification de la structure de financement de la branche.

Conséquence induite de cet « effet de cliquet », l'affaiblissement du poids de la cotisation sociale dans le financement de la Sécurité sociale pourrait jouer le rôle de la réorganisation interne des caisses de sécurité sociale dans le cadre de la réforme Juppé qui a invalidé le pouvoir des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale et « délégitimé » le principe des élections de représentants syndicaux à ces Conseils ; même si leur élection était de nouveau actée, ils n'auraient aucuns pouvoirs réels sur les décisions. De fait, l'affaiblissement de la cotisation sociale dans le financement de la branche pourrait invalider la possibilité d'une alternative politique construite sur elle. Notamment celle que nous portons du 100 % sécu.

### La branche vieillesse

C'est un aspect qui n'apparaît pas de manière visible mais qui est insidieux dans ce PLFSS 2018. Il est en effet difficile pour le gouvernement de s'attaquer directement à la branche vieillesse par une énième réforme des retraites alors que les comptes de la branche sont à l'équilibre. Plusieurs rapports du COR ont mis en évidence que les réformes passées ont eu des effets notables sur l'équilibre financier de la branche en réduisant le niveau des pensions de retraite. Celle-ci est sur une trajectoire d'équilibre sur les 10 prochaines années. La baisse des pensions étant à la fois le fait des réformes passées et de la flexibilisation de l'emploi, le niveau des pensions versées ne devant plus atteindre celui de la génération d'après guerre.

Par ailleurs, les propositions de réforme structurelle de notre système de retraite par répartition, qu'elles soient notionnelles, par point ou par capitalisation, ont failli. Les réformes engagées dans plusieurs pays européens du nord se sont traduites par des désastres sociaux forts coûteux pour les finances publiques de ces pays. Par exemple, le cas suédois montre une chute de 40 % en quelques années du niveau des pensions

versées après la réforme de leur système de retraite par répartition en retraite par point. De la même manière, les pertes de revenus des retraités de pays pratiquant la retraite par capitalisation (USA, GB, IRL, ...) après la crise financière de 2007-2009 ont invalidé la pertinence de ces réformes.

La justification d'une réforme en France de notre système de retraite nécessite donc d'être considérée comme « objective ». C'est ce que cherche à faire le gouvernement avec les propositions d'intégration dans le régime général de certains régimes spéciaux (indépendants, artistes, étudiants). Leur situation financière est très déséquilibrée. Leur intégration dans le régime général revient donc à transférer les déséquilibres de leurs branches retraite vers le régime général aujourd'hui quasiment équilibré.

En outre, ces intégrations ont l'avantage de préfigurer en plus un mouvement plus large de fusion des régimes spéciaux dans le régime général. L'objectif est double : supprimer les subventions d'équilibre de l'État à ces régimes, et les faire assumer par le régime général. Cette volonté n'est pas nouvelle, mais elle peut s'inscrire dans le 3<sup>e</sup> volet des attaques prévues par le gouvernement Macron contre les conquêtes de 1945 : la fonction publique, ses institutions et son statut. Mais là encore, la démarche de Macron s'appuie sur une revendication progressiste : la généralisation du régime général à l'ensemble des régimes spéciaux, notamment les plus défavorables à leurs assurés. C'est pervers mais efficace puisque cela peut contribuer à stériliser une partie de l'opposition à

la logique à l'œuvre. La généralisation du régime général étant un objectif de progrès.

### En guise de conclusion

Au-delà des combats classiques qu'il justifie, ce PLFSS 2018 est donc un PLFSS déterminant. Il est à la fois dans la continuité des stratégies régressives passées et dans quelque chose de nouveau. Au même titre que le PLF 2018, il incarne un axe central de la stratégie Macron. Pour la première fois depuis longtemps, le capital a les moyens de faire basculer l'édifice social construit au sortir de la guerre. Nous avons donc besoin de ne pas passer à côté de l'attaque. Ce PLFSS n'est pas ordinaire, il est en cohérence forte avec l'ensemble de la politique menée. Une stratégie d'amendements parlementaires qui ne viserait que des suppressions d'articles passerait à côté de cette cohérence régressive qu'il nous faut mettre au jour. Ce que nous sommes les seuls aujourd'hui à pouvoir faire, parce que nous avons des propositions notamment en matière de financement qui mettent le doigt sur ces leviers d'alternative, et dans la mesure où nombre de nos partenaires de combats sociaux ou politiques ont déserté le terrain de ces leviers (cf. par exemple F. Pierru et P. Grimaldi pour qui, de manière explicite, cotisation sociale ou fiscalité sur les revenus c'est du pareil au même pour financer la sécu, rejoins partiellement dans ce propos par P. Khalifa). Plus que jamais, nous avons besoin d'inscrire dans le débat public nos propositions précises et de démontrer qu'elles constituent une contre-cohérence de progrès à celle de Macron.



## Bien vacciner la population sans omettre d'étudier et prévenir les effets indésirables des adjuvants à base aluminium

Par le **P<sup>r</sup> Romain Gherardi, Université Paris-Est Créteil, INSERM U955E10**

La vaccination a permis l'éradication de la variole, la quasi-éradication de la poliomyélite, et une réduction drastique des cas de rougeole et de la redoutable encéphalomyélite post-rougeoleuse touchant un enfant infecté sur 1 000. Tout cela est indiscutable et pourtant une réticence vaccinale croissante émerge dans la population. Une concertation citoyenne nationale présidée par Alain Fischer a conclu que la réponse serait d'étendre « temporairement » l'obligation vaccinale de 3 à 11 maladies cibles pour les nourrissons et les enfants. Pour de nombreux médecins, au rang desquels je me range, faire passer la protection contre 8 maladies du niveau « recommandé » à un niveau « obligatoire » ne fait qu'entériner la préconisation quotidienne faite aux patients de respecter le calendrier vaccinal recommandé. En revanche, les parents inquiets se sont cabrés devant l'aspect paradoxal d'une mesure visant à éradiquer une crise de confiance par une décision politique autoritaire. Le point clef est que contrairement aux médicaments conventionnels, les vaccins sont administrés à des sujets sains qu'il faut convaincre de leur innocuité. La question est d'autant plus inflammatoire qu'il s'agit d'enfants et qu'il n'y aurait plus de libre choix. L'obligation peut optimiser la couverture vaccinale de la population mais annihilera sa faculté comme consommateurs de faire pression sur l'industrie pour qu'elle optimise ses produits. La solution résiderait dans la délégation confiante de cette tâche aux agences sanitaires pour qu'elles exercent leur rôle de gendarme du médicament. Or des doutes sur la capacité de résistance des gouvernements face aux multinationales du vaccin se sont durablement installés depuis l'affaire du vaccin H1N1, et, malgré ses nets progrès de l'ANSM en matière de conflits d'intérêts depuis l'épisode du Mediator<sup>®</sup>, l'agence du médicament peine à être perçue comme un rempart infailible au service des seuls intérêts de la population. Ceci était manifeste lors des débats de la concertation citoyenne, dont l'analyse des raisons de la réticence vaccinale mentionne « *les soupçons de collusion entre autorités de santé et industrie du médicament sous l'effet de scandales médiatisés (et) la question des adjuvants dans les vaccins* ». Les parents réticents estiment qu'une obligation élargie équivaldrait pour eux « à être forcés de prendre sur la

*santé de leurs enfants un risque dont ils seraient empêchés de mesurer la nature exacte* ». La question mérite d'être examinée.

Le degré exact de sécurité à long terme des adjuvants est au cœur du débat. Les adjuvants accroissent la capacité des vaccins à induire une réponse immunitaire protectrice. Les plus répandus sont les sels d'aluminium, présents dans 60 % des vaccins, comme l'hydroxyde d'aluminium, présent notamment dans les vaccins contre diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP), hépatite B, méningite C, pneumocoque, et haemophilus B qui pourraient devenir obligatoires et le sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe utilisé dans le vaccin Gardasil<sup>®</sup> contre le papilloma virus humain. Ils se présentent comme des agglomérats micrométriques de particules pour le premier (la taille d'une bactérie) ou nanométriques (<200 nm) pour le second. Leur mécanisme d'action reste mal compris mais les deux sont capturés par les cellules immunitaires. Ces adjuvants sont malheureusement insolubles et donc très bio-persistants.

Selon l'OMS, « *l'innocuité des adjuvants est un domaine important et négligé* ». La toxicité à long terme des adjuvants aluminiques n'a jamais été l'objet d'investigations expérimentales officielles et les rares études de référence sur lesquelles se sont appuyées les agences sanitaires pour déclarer leur innocuité sont obsolètes et méthodologiquement irrecevables. Nos études chez la souris ont montré que l'hydroxyde d'aluminium est transporté par les cellules à distance du site d'injection et persiste très longtemps dans les organes lymphoïdes et le cerveau, ce qui est indésirable au regard de ses effets immunostimulants et neurotoxiques. Paradoxalement, la dose ne fait d'ailleurs pas le poison : seules les faibles doses d'adjuvant, qui forment de petits agglomérats faciles à capturer par les cellules immunitaires, sont transportées jusqu'au cerveau et induisent des effets neurotoxiques chroniques chez l'animal. On ne sait donc toujours pas exactement ce que l'on fait lorsqu'on injecte des adjuvants aluminiques insolubles plus de 70 ans après leur introduction dans les vaccins. De l'avis même des experts de l'ANSM, l'heure est venue d'une

évaluation approfondie de la toxico-cinétique à long terme de ces adjuvants.

Avant d'être mis sur le marché, les vaccins sont soumis à des études de sécurité précliniques chez l'animal et clinique chez l'homme. Malheureusement la durée relativement courte de ces études n'est pas adaptée à la détection d'événements indésirables de survenue tardive. Pire, la Food and Drug Administration (FDA) américaine et l'European Medicines Agency (EMA) ont autorisé l'usage de placebos contenant l'adjuvant dans les essais cliniques de sécurité alors qu'il s'agit d'une conduite anti-scientifique visant à occulter le risque lié aux adjuvants. Il est donc important de repérer les alertes après mise sur le marché. La vaccinovigilance n'est malheureusement efficace que pour détecter des accidents immunoallergiques immédiats. Comme pour le Mediator<sup>®</sup>, la détection d'un risque d'effets indésirables chroniques des vaccins aluminiques est venue d'observations répétées convergentes faites sur le terrain. Nous avons observé que certains individus sont incapables de se débarrasser de l'adjuvant qui va ainsi persister pendant de longues années dans les cellules immunitaires, ce dont témoigne un biomarqueur, la myofasciite à macrophages (MFM). Cette lésion aluminique persiste (jusqu'à 15 ans) dans le muscle deltoïde au site d'injections vaccinales anciennes. Ces patients semblent porteurs de variations génétiques pouvant affecter la fonction de détoxification de leurs cellules. Ces individus « susceptibles » présentent typiquement les signes d'un syndrome de fatigue chronique (ou encéphalomyélite myalgique, figurant au registre officiel des maladies de l'OMS), se manifestant notamment par un épuisement chronique, des douleurs arthro-musculaires diffuses et des troubles de l'attention, de la mémoire et du sommeil. Ce syndrome touche environ 1 % de la population américaine adulte et induit 20 milliards \$ de coûts directs et indirects par an à la société américaine. Il semble pouvoir être induit par différents facteurs infectieux et toxiques susceptibles d'activer chroniquement le système immunitaire au niveau périphérique et cérébral jusqu'à la survenue d'un burn-out immunitaire. Comme ce fut souvent le cas des 650 patients identifiés à Créteil depuis 1993, le doute sur l'organicité et la sous-estimation de la gravité du syndrome de fatigue chronique est malheureusement monnaie courante en routine. Nos patients présentent pourtant des troubles cognitifs avérés et stéréotypés bien corrélés à la neuro-imagerie fonctionnelle. L'Académie de Médecine américaine a d'ailleurs dû affirmer avec solennité que le syndrome de fatigue chronique est « *une maladie médicale – ni psychiatrique, ni psychologique –* »,

« *multi-systémique, complexe, et souvent dévastatrice* », et a proposé de débaptiser la maladie considérant que « *le terme syndrome de fatigue chronique peut conduire à sa banalisation et à la stigmatisation des patients qui en sont atteints. [...] Les patients luttent contre leur maladie pendant des années avant que le diagnostic soit posé. [...] Une fois diagnostiqués, les patients se plaignent souvent [encore] de l'hostilité des professionnels de santé* ». Un tiers des myalgiques vaccinés biopsiés dans notre centre présentent une myofasciite à macrophage persistante. La survenue de myalgies et d'une fatigue chronique après l'administration de vaccins aluminiques a été décrite dans plus de 10 pays, souvent sous l'appellation de syndrome ASIA (Auto-immune [inflammatory] Syndrome Induced by Adjuvants). Des encéphalomyélites post-vaccinales de type ASIA ont d'ailleurs été décrites chez les moutons en Espagne et ont pu être reproduites par la seule injection d'adjuvants aluminiques. Il devient donc difficile de comprendre pourquoi les études épidémiologiques qui s'imposent sur les effets à long terme des adjuvants aluminiques n'aient pas été entreprises par les autorités sanitaires alors que dès 2004 une étude cas-témoins avait confirmé l'existence d'une association entre myofasciite à macrophages et fatigue chronique. De l'aveu même des Centers of Disease Control américains, ces études n'ont été conduites ni chez l'adulte ni chez l'enfant alors qu'elles sont méthodologiquement réalisables.

Les inquiétudes de certains parents ne sont donc pas dénuées de tout fondement. Pourtant les vaccins actuels semblent globalement sûrs, même si des susceptibilités individuelles existent qu'il convient d'étudier dans une perspective de prédiction et de prévention du risque. De toute façon, obligation ou pas, il faut mesurer les effets à long terme des adjuvants aluminiques car une expansion massive des approches vaccinales est programmée par l'OMS qui annonce plus de 120 nouveaux vaccins, en majorité aluminiques, dans les « pipelines » pour une croissance annuelle de 20 % du marché des vaccins, le chiffre d'affaires étant passé de 5 à 43 milliards de dollars de 2000 à 2016 et devant atteindre 100 milliards en 2025. Le plus satisfaisant serait bien entendu que la suppression des adjuvants aluminiques soit envisagée à terme. Leur remplacement par des adjuvants moins problématiques (biodégradables, non neurotoxiques), comme le classique et satisfaisant phosphate de calcium de l'Institut Pasteur ou des adjuvants de nouvelle génération, doit être envisagé dès à présent car les délais de mise en place seront longs. La nouvelle politique vaccinale préparée par Marisol Touraine et annoncée par Agnès Buzyn semble être en décalage avec la rénovation des pratiques promise par le nouvel exécutif. Le moment



paraît pourtant approprié pour une politique équilibrée au service des citoyens : assurer une couverture vaccinale optimale de la population « et en même temps » assumer, enfin, l'existence d'un risque possible lié à la multivaccination aluminique. Étendre l'obligation vaccinale sans mesures d'accompagnement sincères concernant la sécurité vaccinale ne permettra pas le retour de la confiance vaccinale et aggravera inévitablement la tension entre consommateurs et producteurs de vaccins.

*Bibliographie :*

- Gherardi R. « Toxic Story : deux ou trois vérités embarrassantes sur les adjuvants des vaccins ». Actes Sud, 2016, 230 p
- Masson JD, et al. Adjuvants aluminiques des vaccins : analyse critique des études toxico-cinétiques de référence. Ann Pharm Fr.2017 ;75:245-56

---

*Le dossier : Colloque  
« Le droit à la protection sociale  
pour tous les peuples »*

---

## La Sécurité sociale au Japon et le mouvement contre sa réforme néolibérale

Par le D<sup>r</sup> Mamoru FUJISUE, Président de la Fédération japonaise  
des institutions démocratiques de santé (Min-Iren)

### I. L'extension de la pauvreté et des inégalités en santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié comme principaux défis à relever pour les systèmes de santé dans le monde d'aujourd'hui :

- 1 : le vieillissement des populations ;
- 2 : l'extension des inégalités en santé ;
- 3 : la hausse des coûts des soins ;
- 4 : les risques de la marchandisation des soins de santé.

Elle préconise ainsi auprès des gouvernements et des organisations de santé, comme objectif immédiat prioritaire, la mise en place d'une couverture universelle de santé (permettant à tout un chacun de bénéficier de l'accès aux soins et autres services basiques de santé, selon ses besoins à des coûts abordables).

En 2011, le Science Council of Japan (SCJ) a publié les : « Propositions pour aider à la compréhension de l'état actuel des disparités sociales de santé dans notre pays en vue de son amélioration ». Le SCJ met en garde notre société contre le fait que les inégalités sociales qui se sont accrues rapidement dans le pays ont aggravé les inégalités dans le domaine de la santé. Il cite quelques indicateurs : la natalité (le Japon est le 190<sup>e</sup> parmi 196 pays) ; le taux de suicide (13<sup>e</sup> parmi 107 pays) et la pauvreté relative (deuxième des pays développés après les États-Unis). Le Japon est ainsi devenu un des premiers pays dans le monde où il est difficile de vivre et d'avoir des enfants. Et sur cette base, le SCJ demandait au gouvernement d'apporter des réponses politiques et de les mettre en œuvre.

Min-Iren représente environ 1,5 pour cent des soins de santé réalisés dans notre pays. Avec la collaboration de ses membres (hôpitaux, cliniques, pharmacies etc.), elle fait régulièrement des études sur les réalités dans le domaine de la santé, analyse les résultats de ces études et les rend publiques. Ainsi a-t-elle notamment publié : « Étude et analyse des usagers de ses services de conseils concernant les frais de soins de santé et de soins à domicile ainsi que des soins gratuits ou à bas tarifs », « Enquête sur les cas de décès dus au retard d'intervention » et « Livre blanc sur la situation déplorable des soins dentaires ».

À travers ces initiatives, nous essayons de dénoncer les situations qui, dans notre société moderne, sont

inadmissibles au vu de la garantie du droit à la santé : de plus en plus de gens de toutes générations sont obligés de renoncer aux soins pour des raisons économiques. Cet état de fait conduit à des décès dus au retard d'intervention de plus en plus fréquent, aux admissions urgentes de plus en plus nombreuses de patients pratiquement sans assurances maladies car celles-ci leur ont été retirées faute de paiement des cotisations etc. (au bout de 6 mois de non-versement des primes de l'assurance maladie nationale, les assurés doivent rendre leur police d'assurance. Ils reçoivent alors un carnet valable pour quelques mois, et après une année de non-versement des primes, les assurés sont obligés de verser la totalité des frais de soins). 15 ans après la mise en place d'une assurance nationale contre la perte d'autonomie, Min-Iren a effectué plus d'une fois l'étude de la réalité des soins à la personne en perte d'autonomie suite aux réformes néfastes de cette assurance. Elle montre que, même si elle est financièrement viable comme système, elle ne couvre pas réellement les personnes aux revenus modestes.

La principale cause de ces problèmes serait la pauvreté : la pauvreté des travailleurs due à la prolifération des emplois précaires et du chômage, complet ou partiel ; la pauvreté des personnes âgées qui voient leurs conditions de vie et leur santé de plus en plus menacées par l'insuffisance des retraites, ainsi que la pauvreté des familles monoparentales. Et d'ici une dizaine d'années, et plus, lorsque la première génération à être touchée par la précarité généralisée de l'emploi atteindra l'âge de départ à la retraite, notre société sera extrêmement âgée et même les conditions de vie minimum ne seront plus garanties. Dans les métropoles, il sera inévitable qu'une part importante des habitants meurent dans la solitude. Les catastrophes naturelles qui viendront s'ajouter aux divers facteurs de malaise social entraîneront des risques d'augmentation de la criminalité et d'évènements suicidaires.

Min-Iren a créé une coordination avec les associations démocratiques de médecins, les coopératives de consommateurs et les syndicats de travailleurs pour s'opposer ensemble aux réformes néfastes du système de sécurité sociale. Elle vise à mettre la pression sur l'État

et les collectivités territoriales. À deux reprises, en 2007 et en 2013, elle a présenté sa « proposition de réforme » qui mettait en avant des mesures d'amélioration dans le domaine de la santé et des soins à la personne afin de réellement garantir le droit à la santé. Ces efforts nous ont permis d'obtenir des augmentations du nombre de médecins ainsi que le maintien de l'interdiction de soins partiellement couverts par l'assurance.

### II. L'Historique du système de sécurité sociale au Japon

#### Avant la Seconde guerre mondiale :

1871 : Établissement des règles « Jukkyu » (premier système d'aide publique pour les plus démunis). Il s'agit d'une aide publique particulièrement insuffisante car limitée aux plus pauvres, aux célibataires, et aux inaptes au travail.

1875 : Établissement du régime des pensions pour les militaires (armée de terre et dans la marine).

1884 : Établissement du régime de retraites pour les fonctionnaires suivi de la création de mutuelles dans les grandes entreprises pour leurs salariés.

1922 : Établissement de la Loi relative à l'assurance maladie. Inauguration d'un système d'assurance sociale géré par des entreprises privilégiées réservé à deux millions de salariés seulement.

1932 : Institution de la « Loi pour le secours aux pauvres » qui remplace les Règles Jukkyu.

\* Les premiers régimes d'assurance sociale étaient destinés aux catégories sociales les plus privilégiées alors que le secours légal apporté aux plus pauvres était extrêmement réduit, avec un contenu déplorable.

#### Pendant la Seconde guerre mondiale :

Révision de la Loi pour le secours aux pauvres, instauration successive des lois mettant en place des régimes d'assurances sociales telles que l'Assurance maladie nationale (Loi relative à la mobilisation nationale), l'Assurance pour les marins (Loi relative à la réquisition), l'Association d'aide mutuelle entre le patronat et les travailleurs, Assurance pour les retraites des travailleurs, le régime de pensions pour les salariés etc.

\* En fin de compte, ces lois ont été surtout invoquées pour le financement de la guerre.

#### Au lendemain de la guerre :

1946 : Instauration de la Loi relative à l'assistance publique (transformée en une nouvelle loi du même nom en 1951), mais les mauvais critères de son application sont maintenus.

1949 : Inauguration des projets d'urgence contre le chômage (ces projets se poursuivent jusqu'en 1997).

1950 : « Recommandation du Conseil sur la sécurité sociale »

\* Grâce à la bataille juridique de M. Asahi et à une campagne nationale, les conditions requises pour bénéficier d'une aide publique sont révisées, mais le secours aux pauvres reste limité et concentré sur la protection des conditions de vie.

#### Période de haute croissance économique de 1960 à 1980 :

1961 : Universalisation de l'assurance maladie et du régime de pensions.

1967 : Loi cadre anti-pollution (les pollutions se répandent dans tout le pays affectant la santé publique).

1971 : Loi relative à la sécurité et à l'hygiène au travail (multiplication des accidents de travail).

1973 : Les soins rendus gratuits pour les personnes âgées (jusqu'en 1983)

\* Grâce à une miraculeuse croissance économique et à un taux assez bas de vieillissement de la population, aidé par la pratique de l'emploi à vie des travailleurs relativement qualifiés et le système salarial basé sur l'ancienneté, un régime de sécurité sociale a pu être constitué autour des assurances sociales. Toutefois, les dépenses sociales pour le logement, l'éducation et l'aide à l'enfance restent insuffisantes. Par ailleurs, en toile de fond a émergé une large protestation populaire dénonçant les nuisances industrielles qui ont fait de nombreuses victimes et ravager la santé publique ; c'est sur cette toile de fond que sont apparues des collectivités territoriales progressistes, suite en particulier à l'essor électoral du Parti socialiste et du Parti communiste. Ce sont ces collectivités qui ont su mettre en œuvre des politiques d'action sociale.

#### La période de remise en cause de la politique de protection sociale (de 1981 à 1995) :

1982 : « L'Avenir de la sécurité sociale en perspective » (proposition).

1983 : « La politique de la santé dans les années à venir – point de vue et orientation » (notes du Ministre de la santé).

1984 : « Révision de la Loi relative l'assurance maladie » (fin de remboursement à 100 %).

1985 : « Régime de pensions de base » (unification des différents régimes, réexaminé tous les 5 ans).

- \* Le gouvernement propageait l'idée selon laquelle les dépenses de soins de santé allaient ruiner le pays et que tout citoyen est responsable de sa santé et de ses maladies. Il devient possible d'augmenter les cotisations au régime de pensions ou de baisser le montant des pensions lors de la révision tous les 5 ans.

#### La période de réformes structurelles néolibérales (de 1995 à 2008) :

- 1995 : Recommandation du Conseil de la sécurité sociale.  
 2003 : "Nouvelle vision" (Nikkeiren ou Fédération japonaise des organisations économiques).  
 2002 : "Réforme structurelle du système de santé par le gouvernement de Koizumi" (Réduction des dépenses de la santé et introduction de la loi du marché).  
 2007 : Révision de la Loi relative à l'assurance maladie, décision de mise en place d'un système de santé séparé pour les personnes âgées de 75 ans et plus.
- \* En cette période, la croissance naturelle des dépenses pour la santé et la sécurité sociale est rigoureusement maîtrisée chaque année. Mais la tendance accrue des patients à se retenir de consulter un médecin, l'aggravation de la défiance envers les services de santé ainsi que la dénégation des médecins qui pourtant souffrent sous le poids de travail excessif, ont conduit à la désintégration et à la crise du système de santé. Cette crise a été provoquée par les retraits massifs de médecins des services hospitaliers. Pour maîtriser les dépenses de la santé et assurer le financement, les assurances maladies sont unifiées pour les citoyens de 75 ans et plus.

#### La période du premier changement du pouvoir politique depuis la fin de la guerre (de 2009 à 2012) :

- 2007 : Le Parti démocratique du Japon (PDJ) adopte un manifeste anti-néolibéral.  
 2009 : Arrivée au pouvoir du PDJ avec la promesse d'augmenter à la fois les dépenses pour la santé et les effectifs de médecins.  
 2010 : Au bout d'un an, le PDJ retourne à sa politique néolibérale.  
 2011 : Le grand tremblement de terre frappe la partie Est du Japon et provoque l'accident de la centrale nucléaire à Fukushima.
- \* Sous le règne prolongé des gouvernements successifs du Parti libéral démocrate, des « réformes structurelles » de caractère néolibéral ont sérieusement touché la vie quotidienne de la population. Dans ce contexte, le PDJ qui propose le principe de « la vie du peuple d'abord » remporte des victoires successives dans les élections législatives. Il instaure, entre autres, l'allocation enfance et augmente les budgets d'État liés

à la protection sociale. Toutefois, dans sa confusion pour trouver le financement, il effectue un retour à la politique néolibérale et perd le soutien de la population, surtout suite aux catastrophes naturelles.

### III. Caractéristiques du système de sécurité sociale au Japon

Les quatre caractéristiques historiques de la protection sociale au Japon sont :

#### 1. Histoire d'un régime construit du haut vers le bas

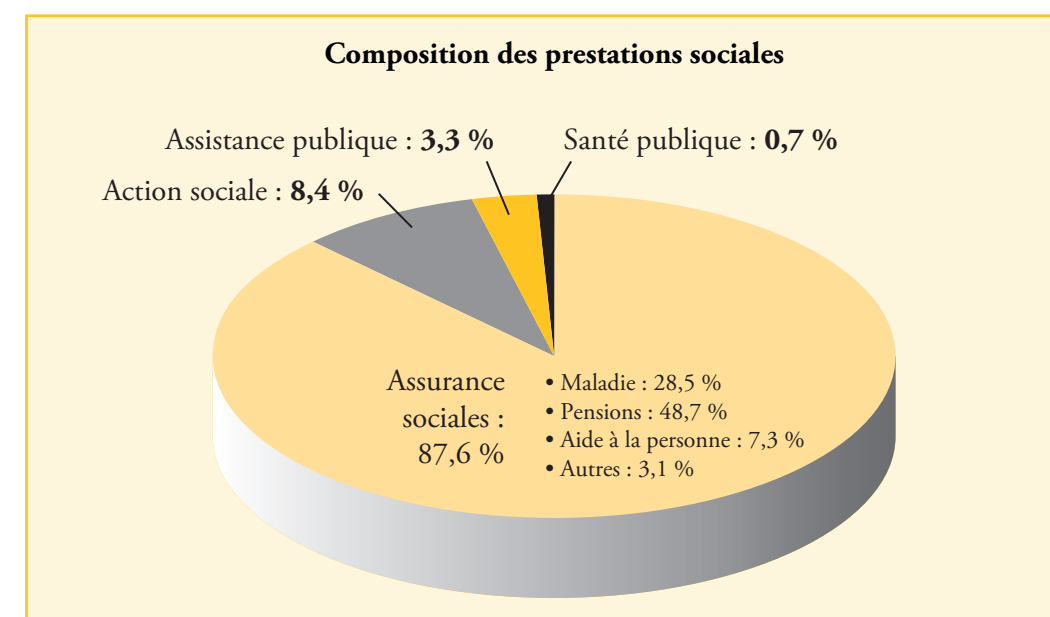
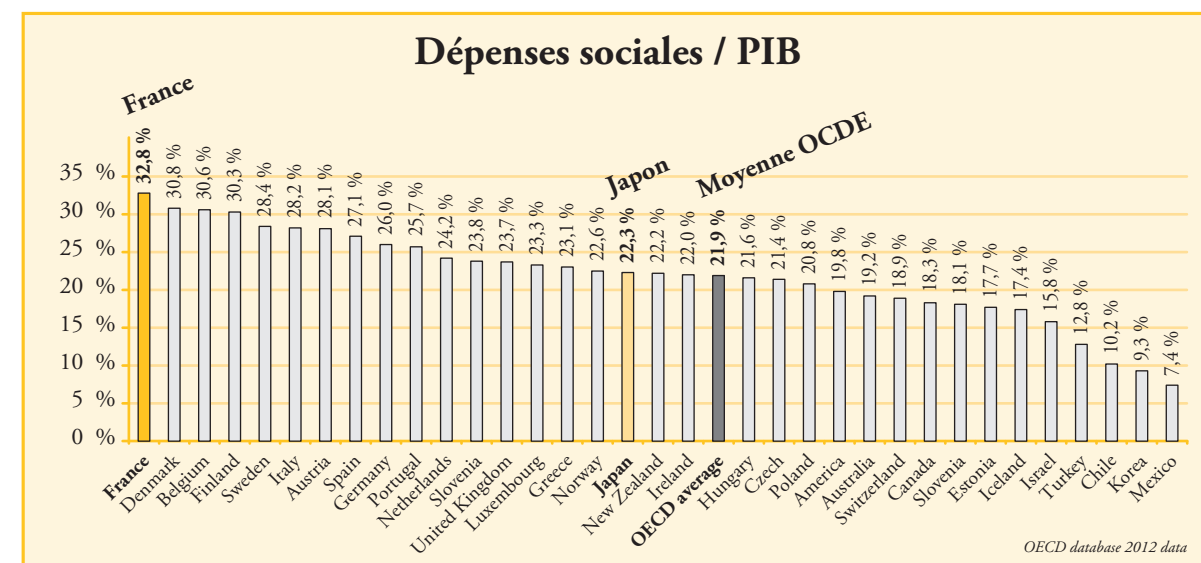
Dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, quand le monde avait déjà atteint un stade avancé de l'impérialisme, le Japon, devenu tardivement capitaliste, poursuivait une politique d'État imposée d'en « haut vers le bas », visant à "l'accumulation de capitaux et au renforcement du militarisme". Parallèlement à cela, des politiques ou des régimes qui étaient susceptibles d'offrir une protection sociale, privilégiaient d'abord les couches supérieures de la population qui devaient être porteuses de cette politique. C'est pourquoi, les assurances sociales qui constituaient le fondement du régime étaient gérées séparément par de petites entités, laissant au bord de route les plus démunis qui auraient dû être secourus par le régime.

**2. Les structures de l'action sociale** sont fortement marquées par l'emploi stable à long terme avec un système de progression salariale à l'ancienneté et par les syndicats formés par entreprise. Sur un fond de croissance économique accélérée qui s'est poursuivie pendant 20 ans après la fin de la seconde guerre mondiale, des emplois stables à long-terme jusqu'à la retraite, et des niveaux de salaires relativement élevés sur la base de l'ancienneté ont permis aux familles des travailleurs de disposer d'un capital. Celui-ci s'est révélé suffisant pour assurer les dépenses importantes aux différents stades de la vie, comme l'acquisition d'un logement ou les frais d'études universitaires des enfants. Les syndicats ont construit leur mouvement autour des luttes salariales et agissaient surtout au niveau de chaque entreprise pour obtenir la satisfaction de leurs revendications. Les économies locales étaient soutenues principalement par des subventions du gouvernement comme avec des investissements publics ; ainsi chaque collectivité territoriale pouvait offrir un certain bien-être social à ses habitants. Or, comme conséquence d'une structure trop dépendante des salaires, la politique et le régime de sécurité sociale en faveur de l'enfance, de l'enseignement supérieur et du logement restaient extrêmement insuffisants comparés aux pays européens. Avec la mondialisation et les « réformes structurelles », les richesses sont de plus en plus concentrées dans les grandes entreprises et chez les riches ; elles le sont au détriment des finances des communautés locales. Le gouvernement a renoncé à

veiller aux conditions de vie des travailleurs et de leurs familles, de sorte que ces derniers ont vu leurs revenus diminuer de plus en plus. De plus, il a poursuivi une politique qui encourageait la précarisation de l'emploi sans modifier le cadre de la protection sociale conçu pendant la période de forte croissance économique. C'est la raison pour laquelle de larges catégories de travailleurs et de personnes âgées sont aujourd'hui confrontées à des difficultés de vie, pendant que la pauvreté des jeunes est devenue un problème de société.

#### 3. Un régime conçu autour des assurances sociales

Les assurances sociales, à savoir l'assurance chômage, l'assurance maladie et l'assurance vieillesse (régimes de pension) ont été mises en place dans les années 1960. En 2000, l'assurance perte d'autonomie a été ajoutée pour compléter le régime de sécurité sociale. Aujourd'hui, 88 % des allocations sont versées par l'ensemble des assurances sociales (y compris les aides publiques) (tableau 1) dont les ressources financières comprennent les cotisations de la population et des entreprises, ainsi que les impôts.



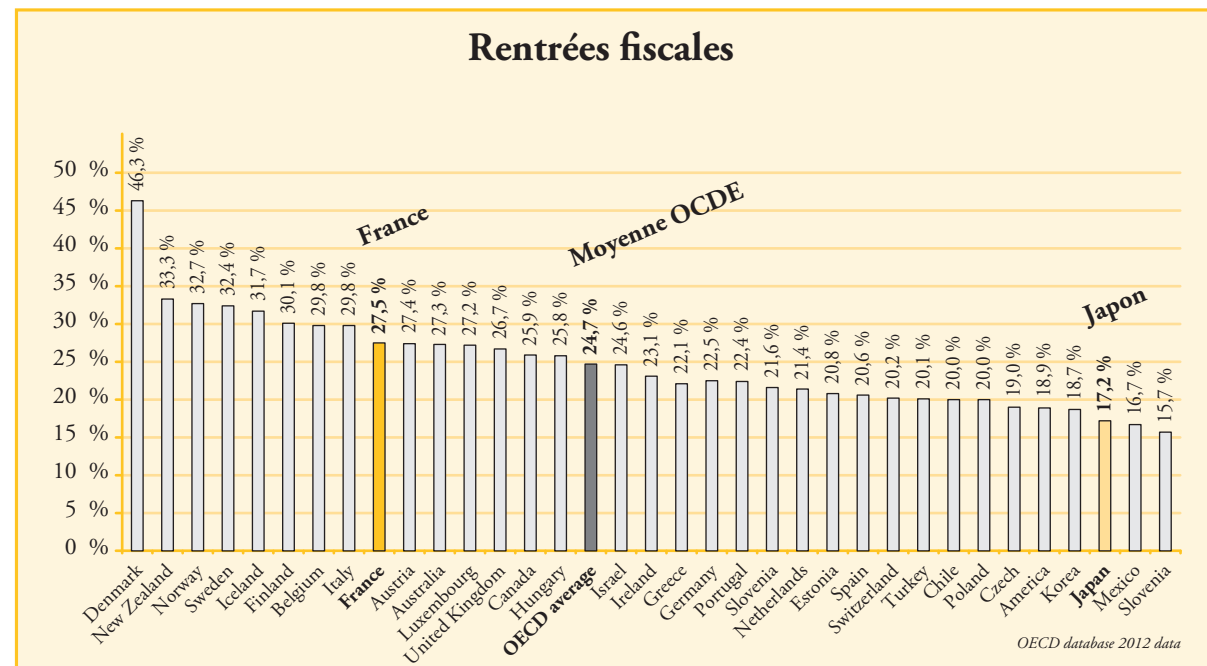
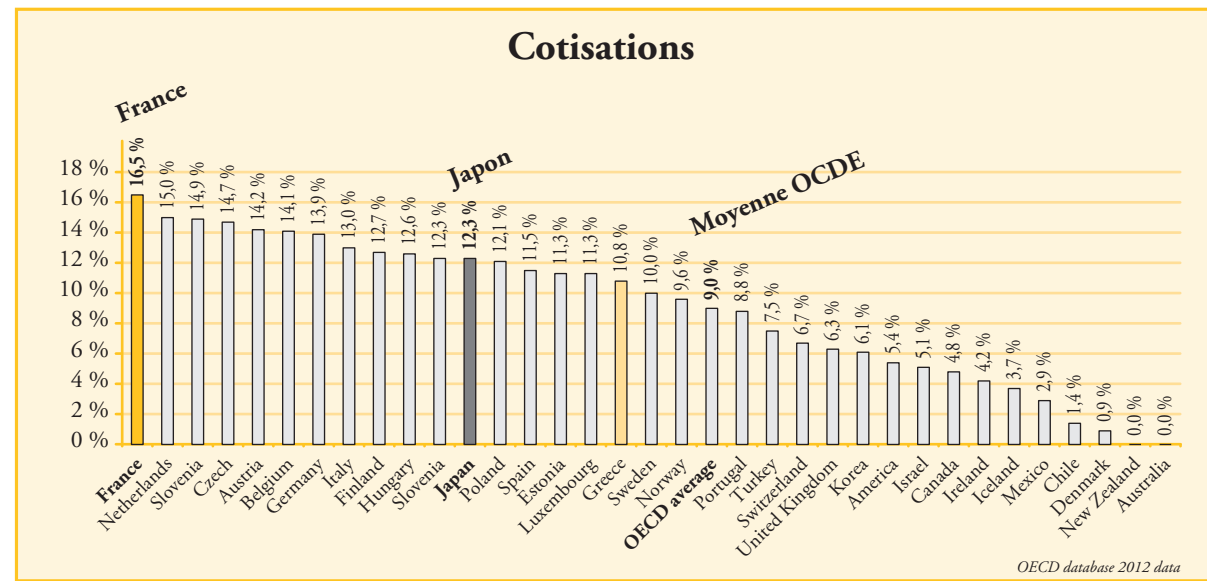
En terme de pourcentage du produit intérieur brut (PIB), on peut dire que :

- 1 : le montant total est maintenu à un faible niveau malgré le grand nombre de personnes âgées ;

- 2 : les contributions des entreprises sont d'un faible niveau malgré des réductions d'impôts pour ces dernières ;

- 3 : la part croissante de la TVA dans le financement par la fiscalité du régime.





Ces dernières années, le gouvernement met en œuvre des politiques de réduction des allocations et d'augmentation des cotisations, en jetant des cris d'alarme à l'intention de la population sur la crise des finances de l'État.

#### 4. Le secours des pauvres spécialisé dans l'assistance publique

Le système de « règles Jukkyu », le seul système pour secourir les pauvres inauguré en 1871 et maintenu jusqu'en 1932, était un dispositif défaillant : il ne prévoyait qu'une prestation équivalente à 500 calories de riz par jour uniquement pour les plus démunis, sans famille, ayant des malades ou des handicaps graves ou des orphelins. L'aide publique pour les pauvres mise en

place tardivement, après la seconde guerre mondiale, et entièrement financée par les impôts, était destinée aux particuliers qui satisfaisaient aux conditions sévères définies par la Loi concernant le revenu, le logement, le niveau éducatif, la santé et la perte d'autonomie :

- 1 : revenu inférieur aux critères de conditions de vie minimales,
- 2 : pas de biens ni argent en espèce et
- 3 : pas d'aide de la famille.

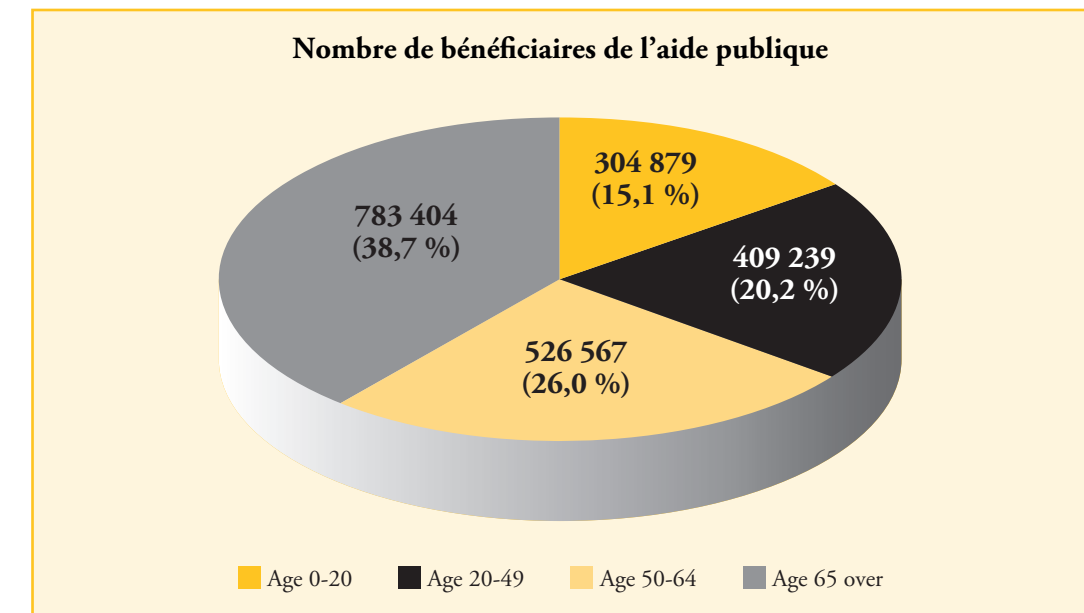
Les batailles juridiques et d'autres actions de citoyens ont réussi à apporter des améliorations à une protection sociale déplorable, peu après sa mise en vigueur, mais sa couverture a été estimée à moins de 20 %.

### Le seuil de pauvreté Largement inférieur au niveau de l'aide publique (x 10 000 yens)

	年度	1 单身	2 人世帯	3 人世帯	4 人世帯	5 人世帯
Coût de vie minimum pour le calcul de l'aide publique	1997	106	182	250	303	342
	2012	124	196	281	338	380
	2015	125	194	272	327	367
Seuil de pauvreté pour le calcul de taux de pauvreté relative	1997	149	210	257	297	332
	2012	122	173	211	244	273
	2015	122	173	212	245	274

\*Moins de 20 % des personnes ayant un revenu inférieur au coût de vie minimum bénéficient de l'aide publique

En outre, les bénéficiaires sont en grande majorité des personnes âgées, reflétant l'insuffisance du régime de retraites. (Table)



#### IV. Les caractéristiques de la politique de protection sociale du gouvernement d'Abé et ses problématiques

Après la seconde guerre mondiale, le Japon a fait son retour en tant que membre à part entière, dans la communauté internationale, en adoptant une Constitution qui stipulait le pacifisme (article 9) et la garantie du droit à un certain niveau de vie et du droit à la santé (article 25). Toutefois, le gouvernement d'Abé qui a succédé au gouvernement du PDJ qui s'était autodétruit, a déclaré que son idéal serait de renverser ce régime d'après-guerre symbolisé par les articles constitutionnels 9 et 25. La décision du conseil des ministres qui approuve le recours au droit à l'auto-défense collective constitue une révision par voie de

réinterprétation de l'article 9 (renonciation à la guerre et pacifisme), tout comme l'article 25 dont l'interprétation avait été modifiée auparavant par la même voie. En 2012, vers la fin du gouvernement du PDJ, le PDJ, le PLD et le Parti Komei ensemble ont fait voter le « projet de loi pour la promotion de la réforme de la sécurité sociale ». Cette loi visait à réduire la responsabilité de l'État dans le domaine de protection sociale en la limitant à la reconnaissance de l'importance de l'aide mutuelle des citoyens et à la préparation des conditions pour favoriser leur autonomie et leurs aides volontaires. Jusqu'alors, l'interprétation fondamentale de l'article 25 était que « la population a droit à un certain niveau de vie et que l'État avait l'obligation de garantir des conditions de vie décentes. Suivant cette interprétation, le Japon s'était

rangé parmi les pays défendant un idéal de démocratie parmi les plus modernes, avec l'État assumant une responsabilité significativement plus lourde que sous l'ancienne Constitution» (Recommandation du Conseil sur la Sécurité sociale de 1950).

Le Cabinet Abé, se fondant sur l'idée de sécurité sociale qu'il a lui-même dénaturée, a essayé de faire croire à la population que «l'État est en crise financière parce qu'il doit consacrer une partie excessivement importante de ses rentrées fiscales à la sécurité sociale». Sous ce prétexte, le gouvernement d'Abé a procédé à une réforme désastreuse du système d'assistance publique (Loi relative aux conditions de vie minimales garanties) que les gouvernements successifs n'avaient pas osé entreprendre. Il a en outre augmenté la prise en charge par les assurés des frais de soins de santé et de soins à la personne et rationalisé drastiquement le système d'offre de ces soins.

Il met en œuvre en même temps des mesures qui visent à freiner l'augmentation naturelle des dépenses de sécurité sociale due au vieillissement de la population et au progrès de techniques médicales. Ajouté à cela, il accorde des réductions d'impôt aux grandes entreprises et aux grosses fortunes tout en relevant la TVA qui a un caractère plus régressif que celle en vigueur dans les pays européens. Et pour contenir les inquiétudes et les besoins croissants de la population, il préconise l'expansion des marchés intérieurs d'assurances maladie privées et de logements pour le troisième âge. De plus, en désignant le secteur de santé et de soins à domicile comme un des piliers de sa stratégie de croissance économique, le gouvernement met en place des «zones spéciales stratégiques d'État», zones de réglementations franchisées (qui sont des ouvertures à la déréglementation); elles doivent promouvoir le développement de nouvelles techniques médicales et de nouveaux médicaments, ainsi que le tourisme médical et le déploiement à l'international des établissements hospitaliers.

Cette politique de mise en coupe réglée de la protection sociale comme une réforme de nature néolibérale, a déjà une histoire d'une trentaine d'années au Japon. L'assurance maladie universelle mise en place dans les années 1960 comme tentative de notre pays de se relever des ruines d'après-guerre, a contribué à un prolongement rapide de l'espérance de vie rarement vu dans le monde. Mais ce succès s'effrite peu à peu. Le stade atteint aujourd'hui est destructeur, et incomparablement plus dangereux qu'avant. La méthode néolibérale qui consiste d'un côté à minimiser la responsabilité de l'État pour la protection sociale, et d'un autre à promouvoir la création des marchés lucratifs, produit des inégalités dans la qualité et la quantité de soins, comme dans l'accès à ces soins.

Cela ne manquera pas d'affecter le moral et les espoirs de la population dans un contexte de vieillissement et d'appauvrissement des travailleurs précaires de plus en plus nombreux.

## V. Propositions de Min-Iren pour établir le droit aux soins en tant que droit de l'homme

En décembre 2013, Min-Iren a publié une «Proposition en vue d'un droit aux soins garanti en tant que droit de l'homme». Nous avons, en effet, pensé qu'il faudrait, afin d'assurer un avenir éthique et efficace des soins de santé, présenter une alternative à la «réforme» proposée par le gouvernement, cette réforme qui combine la réduction de la couverture du régime public et la création d'un marché lucratif de santé privé. Nous avons d'abord défini précisément la responsabilité de l'État à l'égard du système sanitaire et de soins à la personne comme suit :

- 1 : Afin de réaliser une protection sociale en tant que droit de l'homme, en vertu de l'article 25 de la Constitution, il faut maintenir fermement l'assurance maladie publique et radicalement améliorer le système d'assurance perte d'autonomie existant. Pour maintenir les soins de santé ainsi que les soins à la personne en tant que services publics, il convient de réduire le caractère lucratif des établissements qui offrent ces services et mettre en place des systèmes d'offre de soins adéquats, correspondant aux besoins dans toutes les collectivités locales.
- 2 : Afin de pouvoir offrir des soins adéquats correspondant aux besoins à «toutes les personnes en temps et en lieu requis», le financement doit être basé sur les cotisations et les impôts suivant le principe suivant : «donner selon ses moyens et recevoir selon ses besoins». Les services concrets doivent être offerts en l'espèce en quantité suffisante à un coût modeste dans l'immédiat, mais avec la perspective pour les usagers de n'avoir à payer aucun frais.
- 3 : Former en nombre suffisant des médecins et autres professionnels de santé dotés d'un sens de l'éthique et de la démocratie, ainsi que du respect de la science. Leur assurer les conditions nécessaires pour pouvoir continuer à travailler à long-terme.
- 4 : S'agissant de l'aide publique et des allocations sociales comme l'allocation enfance, les transformer radicalement en un régime qui rompt avec la chaîne de la pauvreté et respecte la dignité humaine.
- 5 : Améliorer les conditions de vie et de travail au regard des «déterminants sociaux de la santé» et renforcer drastiquement les actions de prévention.

La crise financière de notre pays est due principalement à la récession économique déflationniste prolongée et à la pénurie des rentrées fiscales causée par la «réforme fiscale» en faveur des grandes entreprises et des classes aisées. Les dettes accumulées ne sont plus remboursables sans augmentations d'impôt, en réduisant les dépenses ou en supprimant les gaspillages. C'est pourquoi les dépenses de santé ne doivent pas être financées par la combinaison du relèvement de la TVA et de réductions de prestations sociales comme le gouvernement propose de faire. Elles doivent être financées, d'une part, par une réforme fiscale visant au renforcement de la redistribution des revenus et une meilleure assurance de la perception des cotisations qui respecte le principe de «selon les moyens de chacun», et par ailleurs par la stimulation de la demande interne, le développement de l'économie locale et les hausses de salaires.

Nous proposons :

1. Pour assurer l'accès aux soins de qualité, non pas d'accroître les frais pour les usagers mais d'augmenter les cotisations à la sécurité sociale, avec une prise en charge plus importante par l'État (fiscalisation). Pour réaliser ces changements, obtenir un consensus national sur le constat de la pénurie de financements.
2. Renforcer la redistribution des revenus à travers une réforme fiscale équitable, comprenant notamment une contribution accrue de la part des grandes entreprises qui détiennent en réserve interne des sommes colossales et anormales, et des classes riches qui profitent des privilèges fiscaux. Renforcer également les réglementations de contrôle à l'échelle mondiale des paradis fiscaux et proposer l'unification de l'impôt sur la personnalité juridique.
3. Relever d'abord les charges sociales pour les grandes entreprises jusqu'au niveau européen et revoir les contributions aux assurances sociales selon les moyens de chaque partie.
4. Supprimer des grands projets de travaux publics peu utiles et changer radicalement l'utilisation des rentrées fiscales en réduisant les dépenses militaires et le budget de soutien aux troupes américaines stationnées au Japon.
5. Réglementer et maintenir à des niveaux raisonnables les prix des médicaments et des matériaux médicaux qui pèsent lourd sur les dépenses de santé de la population.
6. Pour créer des emplois stables et assurer des salaires qui permettent une vie décente à tous, relever les minimums des pensions et développer une économie au profit de toute la population : à cet effet, il faut encourager les industries locales qui contribuent à la stimulation de la demande interne, en aidant les petites et moyennes entreprises et les organisations non-lucratives

dans les secteurs de l'agriculture, la pêche, les énergies renouvelables, la santé et de l'action sociale.

Le régime d'offre de soins de santé est largement maintenu par des établissements non-lucratifs qui ne redistribuent pas leurs profits au tiers. C'est un système géré par des assurances sociales publiques en partie financées par les impôts, et même si les médicaments et le matériel médical sont obtenus sur le marché, leurs prix sont réglementés par les autorités publiques. C'est ce système qui a valu la confiance de la population dans le niveau et le régime actuel des services médicaux offerts par les assurances. Il a assuré également des relations relativement bonnes entre les patients et les médecins, le respect de la morale des professionnels de santé et les frais de soins relativement bas parmi les pays développés. Ce fait doit servir de leçon pour toute la population ; nous devons œuvrer à le développer davantage pour assurer un avenir éthique et efficace à ce système en place.

## VI. L'Avenir de la sécurité sociale au Japon en tant que droit de l'homme et notre mouvement :

Dans les sondages d'opinion faits lors des élections législatives, les revendications qui reviennent constamment en tête concernent la protection sociale. Malgré cela, c'est toujours un gouvernement qui met en œuvre des politiques néolibérales qui arrive au pouvoir. Pourquoi ? Les raisons en sont les suivantes :

- 1 : La population dans son ensemble ne comprend pas que le Japon dispose suffisamment de ressources financières pour améliorer la protection sociale vu l'état actuel de son potentiel économique ;
- 2 : Les partis de l'opposition ne partagent pas les mêmes projets politiques pour améliorer la sécurité sociale avec des moyens de financement précis ;
- 3 : Un système électoral composé de petites circonscriptions qui ne reflète pas correctement la volonté de la population.

Les mobilisations importantes des citoyens qui ont eu lieu récemment pour la défense de la Constitution pacifique et les principes constitutionnels nous ont laissé une leçon à retenir : les mouvements et les partis politiques doivent former un front uni avec le mouvement des citoyens. Nous devons donc retenir cette leçon pour construire un chemin qui porte un meilleur avenir pour notre protection sociale. Les défis que nous devons relever sur ce chemin sont les suivants :

- 1 : Faire comprendre à la société que la protection sociale est un droit de l'homme. Il s'agit d'un problème de redistribution de richesses pour corriger les inégalités économiques aberrantes



qui se répandent, alors même que les ressources financières pour y répondre existent largement.

2 : Les personnes concernées qui s'interrogent la cause de ces inégalités doivent en conduire les études pour trouver les bonnes réponses, et mettre en

réseau les organisations de citoyens qui dénoncent ces inégalités.

3 : Renforcer le mouvement des citoyens et promouvoir sur cette base, une lutte commune des partis de l'opposition avec un projet commun concernant le financement de la sécurité sociale.

## Le droit à la protection sociale des peuples : « Le premier pilier de la protection sociale du peuple chinois »

Par le D<sup>r</sup> Mélanie Atindehou-Laporte (乐美兰), Université de Paris Descartes,  
France & Guanghua Law School, Zhejiang University, China

### Introduction :

Mesdames et Messieurs,

*Je suis très heureuse d'être parmi vous et je voudrais remercier très chaleureusement la Fondation Péri, et Monsieur le directeur Michel MASO et le Docteur Michel LIMOUSIN de m'avoir invité à participer à ce colloque international. Je voudrais également remercier mes deux directeurs de thèse M. Philippe COURSIER, et M. Banggui JIN, pour leur soutien permanent dans l'évolution de mes travaux relatifs à « vers une généralisation de la protection sociale en République Populaire de Chine ». Au regard du concept chinois « un pays, deux systèmes » Hong Kong, Macao et Taïwan ne font pas partis du champ territorial de mon analyse. Je présenterai aujourd'hui uniquement « le premier pilier de la protection sociale du peuple chinois ».*

Au cours des trois dernières décennies, la République Populaire de Chine (RPC), a connu de nombreuses transformations juridiques, économiques et sociales. Les réformes de l'économie lancées par DENG Xiaoping ont placé la Chine au premier rang de la scène internationale. Le succès économique<sup>(1)</sup> a fait naître un besoin de « justice sociale » de la part de la population. Le modèle de sécurité sociale, actuellement bismarckien, nécessite d'évoluer au regard du vieillissement rapide de la population. Le Parti Communiste Chinois (PCC), a donc décidé d'étendre la couverture sociale pour garantir « l'harmonie sociale » et atteindre ainsi le « rêve chinois ». Entre 1997 et 2009, le gouvernement central réforme l'assurance vieillesse, afin de l'universaliser tant dans la zone rurale qu'urbaine<sup>(2)</sup>. En avril 2009, le gouvernement chinois souhaite également universaliser l'assurance maladie à l'ensemble de la population d'ici 2020. Cette volonté soulève la problématique suivante : L'universalisation des assurances maladie et vieillesse ne constitue-t-elle pas une prémices vers la généralisation de la couverture

sociale telle que définie par la Convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail<sup>(3)</sup> ?

L'état de l'art, analyse principalement l'évolution des assurances maladie et vieillesse au regard du vieillissement rapide de la population chinoise à travers le prisme de l'histoire<sup>(4)</sup>, l'économie<sup>(5)</sup>, la sociologie<sup>(6)</sup>, l'actuariat et l'économie. La Chine est souvent qualifiée par les experts d'être « un pays qui deviendra vieux avant d'être riche »<sup>(7)</sup>. Du point de vue de la doctrine juridique française, la protection sociale est évoquée à travers le prisme du droit du travail. Les Professeurs Alexandre MORIN, Thierry PAIRAULT<sup>(8)</sup>, Hélène PIQUET<sup>(9)</sup> et Alain SOUILLAT<sup>(10)</sup>, ont retracé les transformations des assurances sociales suite aux politiques d'ouverture. Monsieur le Professeur JIN Banggui<sup>(11)</sup> a travaillé sur les évolutions du droit social en Chine entre 2005 et 2013.

1 « La RPC a un Produit Intérieur Brut de 10,35 trillions USD en 2014 », selon la Banque Mondiale. Voir le site The world bank -Data- China, article consulté le 15 février 2016 et disponible en ligne à [http://data.worldbank.org/country/china#cp\\_wdi](http://data.worldbank.org/country/china#cp_wdi).

2 State Council, « China Social Security and Its Policy 2004 », 2004, [http://www.gov.cn/english/official/2005-07/28/content\\_18024.htm](http://www.gov.cn/english/official/2005-07/28/content_18024.htm)

3 La convention O.I.T. n° 102 concernant les normes minimales de sécurité sociale en date du 28 juin 1952 énonce neuf risques sociaux à savoir : « la maladie, la vieillesse, les accidents du travail et maladies professionnelles, la maternité, l'incapacité, l'invalidité, les prestations familiales et le décès ».

4 Cf. ROUX, Alain, *Grèves et politiques à Shanghai, les désillusions (1927-1932)*, Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1995 ; ROUX, Alain, *La Chine au XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Armand Colin, coll. « Campus histoire », 2003 ; DAVIDOFF, Georges, « De la médecine et de la sécurité sociale en Chine »

5 Xuewen, JING, « La croissance économique et le bonheur : le système de protection sociale en Chine et les idées inspirées de l'Europe » sous la direction de Pierre Cours Salies, Paris VIII, 2009.

6 Voir la thèse de Madame la Professeure Corine Ayraud, EYRAUD, Corine, et al. *L'entreprise d'État chinoise : de "l'institution sociale totale" vers l'entité économique ?*. L'Harmattan 1999 ; ROCCA, Jean-Louis. *Une sociologie de la Chine*. La Découverte, 2010.

7 Cf. ATTANÉ, Isabelle. *Au Pays des enfants rares : la Chine vers une catastrophe démographique*. Paris : Fayard, 2011.

8 MORIN, Alexandre et PAIRAULT, Thierry, *La Chine au travail (I) les sources du droit du travail, gestion de l'entreprise en Chine*, 1<sup>er</sup> éd., gestion de l'entreprise en Chine, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1997.

9 PIQUET, Hélène, *Le droit du travail dans la Chine des réformes*, L'Harmattan, 2000.

10 SOUILLAT, Alain, *Le droit social en Chine*, synthèse, IFAG, 2004.

11 JIN, Banggui, « Les dernières évolutions du droit social en Chine », Association Franco-Chinoise pour le Droit Économique, 2013 ; Colloque franco-chinois sur « La sécurité sociale en France et en Chine », organisé en collaboration avec la Faculté de Droit de Renmin Université, Pékin, les 12 et 13 mai 2005.



Monsieur le Professeur ZHU Guobing<sup>(12)</sup> a traité de l'amélioration du statut des fonctionnaires chinois. Madame la Professeure ZHENG Aiqing<sup>(13)</sup> a écrit sur les droits fondamentaux des travailleurs chinois en 2007. La première loi relative à la sécurité sociale a été adoptée en 2010 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011. La Chine est entrée dans un processus de généralisation dit horizontal<sup>(14)</sup>, selon la stratégie bidimensionnelle adoptée lors de la 100<sup>e</sup> Conférence Internationale du Travail. L'approche philosophique de la sécurité sociale chinoise (I), permet d'analyser la généralisation de la couverture sociale vers une dimension verticale<sup>(15)</sup> (II).

### I. L'approche philosophique de la sécurité sociale en Chine

L'approche philosophique de la sécurité sociale chinoise nécessite de distinguer d'une part, ses principales périodes contemporaines (A), et d'autre part, l'analyse de la réforme de l'État de droit répondant aux caractéristiques chinoises, sur la généralisation de la sécurité sociale (B).

#### A. Les évolutions de la sécurité sociale chinoise contemporaine

La construction historique du modèle social chinois repose sur une dualité de la population (1) qui conditionne toujours l'actuel assujettissement à la sécurité sociale chinoise (2).

##### 1. La dualité historique du modèle social chinois

La République Populaire de Chine a été créée le 1<sup>er</sup> octobre 1949, sous le leadership de MAO Zedong. Le Parti Communiste Chinois établit alors un État socialiste, d'économie planifiée en suivant le modèle de l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques (URSS). En 1951, le système du *hùkǒu* est réinstauré sur le modèle de l'URSS de *propiska*. Il limite la mobilité de la population pour mettre en œuvre l'économie

planifiée. En 1958, le *hùkǒu* devient un livret de famille établissant une distinction entre la population rurale et la population urbaine<sup>(16)</sup>. Le lieu de naissance détermine la catégorie à laquelle le citoyen appartient, et « pour les nouveau-nés la classification dépend de la mère »<sup>(17)</sup>.

Pendant la période maoïste (1949-1976) l'entreprise d'État (la *danwei*<sup>(18)</sup>) fournit un emploi à vie et une sécurité sociale connue sous le nom de « bol de riz en fer »<sup>(19)</sup>. Les travailleurs de la zone urbaine bénéficient d'une assurance santé et vieillesse, d'hôpitaux d'entreprise, d'éducation pour les enfants et d'un logement. La sécurité sociale des citoyens ruraux repose sur la solidarité familiale. Traditionnellement, Confucius préconise une solidarité familiale, qui repose d'une part « sur la notion de clan où la cellule familiale est assurée par l'homme », et d'autre part, « sur l'harmonie du clan avec la société en se soumettant au pouvoir hiérarchique supérieur dit vertical »<sup>(20)</sup>. Ainsi, les enfants prennent en charge les parents âgés. Entre 1973 et 1979, la politique de l'enfant unique est mise en place.

En 1980, DENG Xiaoping transforme « l'économie planifiée » en une « économie socialiste de marché ». Les entreprises d'État supportent le coût de la protection sociale maoïste en ne recevant plus d'aide financière de l'État. L'entrée en concurrence avec le secteur privé émergent, conduit les entreprises d'État à conclure des contrats de travail à durée déterminée, et à licencier la main-d'œuvre excédentaire. Dans ce contexte, l'assurance chômage est introduite. La loi sur le travail de 1995, consacre un chapitre dédié aux assurances dites du travail pour le secteur privé. Quatre ans plus tard, un règlement<sup>(21)</sup> viendra détailler les modalités de collectes des cotisations sociales en 1999, pour renforcer son application dans les deux secteurs. La transformation de l'économie et de l'idéologie communiste du travail a influencé l'assujettissement à la sécurité sociale.

16 DONG, Yan, « Chinese Labour Law Development and Hukou Discrimination », in LIUKKUNEN, Ulla. *Fundamental Labour Rights in China-Legal implementation and Cultural Logic*. Springer, 2015. CAI, Fang, « Hukou system reform and unification of rural-urban social welfare », *China & World Economy*, 2011, Vol. 19, N° 3, pp. 33-48.

17 CHAN, Kam Wing. The Chinese hukou system at 50. *Eurasian geography and economics*, 2009, Vol. 50, N° 2, pp. 197-221.

18 « 單位 » La *danwei* est le terme utilisé pour désigner toutes les entreprises d'État reposant sur le modèle de l'URSS pendant la période maoïste.

19 Expression traduite de l'anglais « Iron Rice Bowl ». voir LEUNG, Joe CB. Dismantling the 'iron rice bowl': welfare reforms in the People's Republic of China. *Journal of Social Policy*, 1994, vol. 23, n° 03, pp. 341-361.

20 CHEN, Ke, 陳克. *Corporations and Partnerships in China*. Kluwer Law International, 2010.

21 Guo Fa [1999] n° 259 en date du 22 janvier 1999. Ces dispositions sont en partie reprises aux articles 57 à 63 du chapitre 7 de la loi de la sécurité sociale de 2011.

12 ZHU, Guobin, *La réforme de la fonction publique et son évolution en droit chinois, vers l'établissement d'un nouveau régime*. Aix-en-Provence, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1995.

13 ZHENG, Aiqing, *Liberté et droit fondamentaux des travailleurs en Chine*, 2008.

14 Selon l'OIT, la dimension horizontale « s'entend comme un socle minimal de protection sociale garantissant un accès universel aux soins de santé essentiels et la sécurité élémentaire de revenus à un niveau défini à l'échelle nationale, conformément à la recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale en date du 14 juin 2012 ». Cf. site de l'OIT relatif aux socles de protection sociale.

15 Selon l'OIT, la dimension verticale de la généralisation de la couverture sociale doit s'entendre comme : la mise en place d'un système national complet de la protection sociale tel que définit par la Convention O.I.T. n° 102 de 1952.

##### 2. La dualité de l'assujettissement à la sécurité sociale

Le premier critère d'assujettissement reste le système du *hùkǒu*, mis en place par l'économie planifiée. La première loi relative à la sécurité sociale de 2011 n'a pas supprimé la dualité introduite par le *hùkǒu*, c'est-à-dire entre la population urbaine et rurale. En 2015, la population chinoise s'élevait à « 1,374 milliard de citoyens dont 56,1 % appartenaient à la population urbaine et 43,9 % à la population rurale »<sup>(22)</sup>. Au-delà de cette dualité, les enfants nés en dehors de la politique de l'enfant unique n'ont pas d'identité (*hùkǒu*) et ne peuvent pas accéder à la sécurité sociale. L'assouplissement de la politique de l'enfant unique en 2014 permettrait à « 13 millions de citoyens d'obtenir une identité »<sup>(23)</sup>. En effet, leur réintégration dans la société soulève de nombreux enjeux notamment en termes d'éducation et de santé. Par définition, cette population est dans une situation de pauvreté, car les parents n'ont pas eu les moyens de s'acquitter de la pénalité financière. La détermination du régime de sécurité sociale auquel le citoyen est assujetti, n'intervient que dans un deuxième temps.

Les citoyens nés en zone rurale, quelle que soit leur catégorie socioprofessionnelle, peuvent volontairement s'assujettir au régime d'assistance sociale. Ce régime d'assistance contributif a été mis en place lors de l'universalisation des assurances maladie et vieillesse. C'est la première fois, dans l'histoire de Chine que les résidents ruraux se voient attribuer une protection, autre que familiale. Toutefois, de nombreux ruraux du centre et de l'ouest migrent vers les villes de l'Est pour trouver du travail. En 2015, « 253 millions de citoyens ruraux se sont déplacés vers la zone urbaine »<sup>(24)</sup>. L'article 95 de la loi de la sécurité sociale de 2011 oblige les employeurs à les déclarer auprès du régime des travailleurs urbains.

Les citoyens nés en zone urbaine bénéficient de deux catégories de régimes sociaux :

- d'une part, les assurances dites du travail couvrent cinq risques sociaux inhérents à la maladie, la maternité, la vieillesse, le chômage et l'accident du travail. Le fonds de logement est également obligatoire pour les deux secteurs. Les travailleurs urbains avec un emploi à temps complet sont obligatoirement assujettis à ce régime tant dans le

secteur public<sup>(25)</sup> que privé. Seuls les travailleurs indépendants exerçant sous la licence d'exploitation « travailleur individuel commercial et économique » et les travailleurs à temps partiel peuvent volontairement contribuer à l'assurance maladie et vieillesse de ce régime.

- d'autre part, une extension de l'assistance sociale agricole (à savoir une assurance maladie et vieillesse volontaire et contributive) bénéficie aux résidents urbains sans-emploi. Mais les récentes réformes tendent à unifier les règles des deux régimes d'assistance sociale.

Le droit positif introduit un principe d'égalité de traitement entre les migrants et les urbains<sup>(26)</sup>, les nationaux et étrangers<sup>(27)</sup>. Une partie de la population chinoise est encore exclue du champ obligatoire des assurances dites du travail en raison du maintien du système du *hùkǒu*. Le succès de la réforme de l'État de droit répondant aux caractéristiques chinoises sera déterminant pour la réussite future de la généralisation de la protection sociale.

#### B. L'influence de la réforme de l'État de droit répondant aux caractéristiques sur la généralisation de la couverture sociale

En 2015, le secrétaire général du Parti Communiste Chinois, XI Jinping lançait la réforme de l'État de droit répondant aux caractéristiques chinoises. Les questions suivantes ont alors émergé : Qu'est-ce que la réforme de l'État de droit répondant aux caractéristiques chinoises ? Cette réforme a-t-elle un impact sur le droit de la sécurité sociale ? L'alinéa premier de l'article 5 de la Constitution de la République Populaire de Chine définit l'État de droit comme : « reposant sur une gouvernance conforme à la loi et sur un modèle juridique socialiste ».

Sa première caractéristique chinoise est, avant tout, d'assurer le « leadership du Parti Communiste Chinois »<sup>(28)</sup>, et son intégrité. Cette réforme doit être mise en parallèle avec le renforcement des règles disciplinaires du Parti

25 Les assurances sociales des fonctionnaires sont régies par la loi relative aux fonctionnaires en date du 27 avril 2005, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006. A titre indicatif, cette loi a été amendée le 1<sup>er</sup> septembre 2017 par le Comité central de l'Assemblée Nationale Populaire, mais les dispositions n'entreront en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les militaires sont régis par la loi relative aux assurances sociales des militaires adoptée le 27 avril 2012, et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012.

26 L'article 95 de la loi relative à la sécurité sociale de 2011 oblige les employeurs à déclarer les migrants ruraux auprès du régime des travailleurs urbains.

27 Article 97 de la loi relative à la sécurité sociale entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

28 Communiqué de la 4<sup>th</sup> Plenary Session of the 18<sup>th</sup> Central Committee of CPC, December 4, 2014. Disponible en ligne à [http://www.china.org.cn/china/fourth\\_plenary\\_session/2014-12/02/content\\_34208801.htm](http://www.china.org.cn/china/fourth_plenary_session/2014-12/02/content_34208801.htm) consulté le 5 mai 2017 à 18h12.

22 YEARBOOK, China Labour Statistical. Zhongguo laodong tongji nianjian. *China Labor Statistical Yearbook*, 2016.

23 En 2015, le gouvernement central a déclaré que « 13 millions d'enfants nés en dehors de la politique de l'enfant pourraient dorénavant bénéficier d'une identité ». Voir <http://www.cnn.com/2015/12/11/asia/china-unregistered-citizens-rights/> consulté le 9 mai 2017 à 18h12.

24 YEARBOOK, China Statistical. Zhongguo tongji nianjian. *China Statistical Yearbook*, 2015.



Communiste Chinois pour lutter contre la corruption, qui doit conduire à renforcer la confiance de la population dans le système politique, juridique, et social.

Sa deuxième caractéristique chinoise est de conserver les courants idéologiques de « MARX, Lénine, MAO Zedong et de DENG Xiaoping ». La théorie marxiste et la culture chinoise de l'obéissance au pouvoir hiérarchique font que l'exercice de droit individuel et des libertés ne doivent pas contrevir à l'intérêt de l'État, de la société et de la collectivité qui sont placés au-dessus des droits individuels des autres citoyens.

En termes de protection sociale, ces courants offrent des objectifs diamétralement opposés. La période maoïste préconise une protection sociale communiste mise en place par l'entreprise d'État. L'assurance dite du travail de DENG Xiaoping repose sur un modèle assurantiel Bismarckien dans une conception mixte avec le Beveridgien, comme le modèle français. Lors du 19<sup>e</sup> Congrès du Parti Communiste Chinois, le 17 octobre 2017, l'actuel secrétaire général XI Jinping figure dorénavant comme courant de pensée du Parti Communiste chinois et de la « Chine moderne », au même titre que « MARX, Lénine, MAO Zedong et DENG Xiaoping »<sup>(29)</sup>.

En matière de protection sociale, cela se caractérise par une augmentation des subventions pour améliorer les prestations en nature de l'assurance maladie<sup>(30)</sup>. Le nouveau plan quinquennal de santé public, précise que : « les subventions du gouvernement pour l'assurance maladie (prestation en nature) seront augmentées de 30 RMB à 450 RMB par personne chaque année », selon une circulaire édictée conjointement par le Ministère des Ressources Humaines et de la Sécurité Sociale et le Ministère des Finances. Un projet pilote au titre de la couverture santé complémentaire a été lancé en 2015. L'objectif philosophique poursuivi par le secrétaire XI est non plus d'atteindre « l'harmonie dans la société »<sup>(31)</sup>, mais le rêve chinois<sup>(32)</sup>.

Sa troisième caractéristique chinoise est de renforcer « la séparation entre pouvoir administratif et le pouvoir judiciaire, qui doivent garantir les droits fondamentaux des citoyens ». Cette notion revalorise les mécanismes juridiques permettant aux citoyens de revendiquer leur

29 Xinhua, « Xi's thought and 'absolute' Party leadership of PLA written into the Constitution », Chinadaily, mis en ligne le 25 octobre 2017, disponible à [http://www.chinadaily.com.cn/china/19thpcnationalcongress/2017-10/25/content\\_33674935.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/19thpcnationalcongress/2017-10/25/content_33674935.htm) consulté le 20 novembre 2017 à 10h24.

30 Cf. State Council, « China to expand medical insurance payment reform », 28 janvier 2017.

31 Concept contenu dans la loi relative à la sécurité sociale entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

32 Concept contenu dans les discours du Secrétaire général XI, et présent depuis son accès au pouvoir en 2013.

droit fondamental d'accès à la sécurité sociale. En effet, le renforcement de la séparation des pouvoirs permet de remettre légalement en cause pour le citoyen l'action de l'administration devant le juge. C'est une révolution par rapport à la philosophie traditionnelle de l'obéissance au pouvoir hiérarchique dit vertical. De plus, l'augmentation du contentieux du droit social démontre la prise de conscience de la revendication des droits individuels par la population. En 2015, « 158 002 arrêts ont été rendus concernant la sécurité sociale sur l'ensemble du territoire, contre 31 158 en 2001 »<sup>(33)</sup>. Le principal mode de résolution des litiges reste la médiation. En 2015, « sur 812 461 arrêts rendus 362 814 ont fait l'objet d'une médiation »<sup>(34)</sup>. Traditionnellement, le conflit n'existe pas dans la société chinoise, car la philosophie confucéenne nécessite de maintenir l'harmonie dans la société. Ainsi, le succès de cette réforme est déterminant sur la généralisation de la couverture sociale en Chine.

## II. Vers quelle généralisation de la couverture sociale en Chine ?

*Le gouvernement central chinois affiche une volonté de généraliser la couverture sociale en Chine.* Les défis internes font toutefois obstacle à une généralisation immédiate de la couverture telle que définie par la Convention O.I.T. n° 102 de 1952 (A). Des propositions de réformes pourraient être formulées afin de tendre vers une généralisation de la couverture sociale répondant aux caractéristiques chinoises (B).

### A. L'identification des contraintes internes influençant la généralisation

La République Populaire de Chine a deux contraintes géographiques et juridiques internes (1), qui sont intrinsèques au développement économique et social (2).

#### 1. Le principe de territorialité de la sécurité sociale limité à l'échelon le plus petit : les contraintes géographiques et juridiques internes

Avec un territoire de 9 597 000 km<sup>2</sup>, la Chine doit donc adapter son modèle juridique en fonction de sa contrainte géographique. En vertu de l'article 3 de la loi de 2011, la sécurité sociale relève « du principe de la couverture élargie, de la protection basique, multi-niveaux ». Le caractère multi-niveau se comprend comme le renvoi de la loi nationale adoptée par le gouvernement central au gouvernement provincial qui délèguera à la ville puis au district le soin de mettre

33 YEARBOOK, China Labour Statistical. Zhongguo laodong tongji nianjian. *China Labor Statistical Yearbook*, 2016.

34 YEARBOOK, China Labour Statistical. Zhongguo laodong tongji nianjian. *China Labor Statistical Yearbook*, 2016.

en œuvre la loi selon les particularités économiques et sociales locales. Ainsi, la sécurité sociale est fractionnée sur l'ensemble du territoire. La RPC doit donc améliorer son principe de territorialité de sa sécurité sociale. Pour ce faire, elle pourrait s'inspirer de la territorialité de la sécurité sociale de la France et de la coordination dans l'Union-Européenne.

Comme la Chine, la France est également un État centralisé décentralisé. Dans la gestion de la sécurité sociale de ses territoires d'outre-mer, la France agit en État fédéré comme par exemple, à Mayotte, et en Nouvelle-Calédonie. En matière de sécurité sociale, ces territoires ont des dispositions spécifiques à leur situation économique et sociale. La France est un État membre de l'Union-Européenne, dont la coordination de la protection sociale tend à édicter des règles juridiques communes<sup>(35)</sup> tout en tenant compte de la spécificité des modèles de sécurité sociale des États-Membres. L'Union Européenne permet une portabilité des droits des travailleurs pendant une période maximale de « vingt-quatre mois »<sup>(36)</sup>.

La coordination de la protection sociale de ces deux modèles est d'abord énoncée pour faire évoluer le principe de territorialité de la sécurité sociale à l'échelon provincial. A court terme, il est souhaitable que la Chine coordonne sa protection sociale à l'échelon provincial pour l'ensemble de ses risques sociaux. Pour ce faire, une évolution de sa solidarité garantissant une couverture similaire sur l'ensemble du territoire serait souhaitable. Un mécanisme de portabilité des droits entre les provinces pourrait être envisagé.

Sur le long terme, le législateur chinois envisage que l'échelon national pour l'assurance vieillesse. Une évolution vers une coordination nationale du modèle social serait souhaitable pour l'ensemble des risques sociaux. La solidarité devra également évoluer. Tout au long de ce processus de généralisation, le rôle des différents acteurs (législateur, administration et pouvoir judiciaire) doit être renforcé. Les contraintes géographiques et juridiques restent intrinsèquement liées aux contraintes économiques et sociales.

#### 2. L'adaptation du droit fondamental d'accès à la sécurité aux contraintes économiques et sociales

Dans le droit positif, l'accès à la sécurité sociale pour tous les citoyens, est reconnu comme un droit fondamental par l'article 45 de la Constitution. L'article 14 alinéa 4 de la Constitution le conditionne au développement économique et social du territoire où

35 Règlement n° 987/2009 en date du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du Règlement n° 883/2004 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale.

36 *Ibid.*

elle est mise en œuvre. En effet, le territoire chinois accuse un développement économique inégal : la Chine de l'Est est développée en raison de ses ports et des précédentes politiques économiques lors de l'ouverture par DENG Xiaoping. En 2015, le revenu moyen disponible de la zone urbaine de l'est était de « 28 223,3 RMB contre 14 297,4 RMB pour la zone rurale »<sup>(37)</sup>. Le centre est actuellement en train de se développer et l'ouest reste encore à être conquis. Pour la même année, les provinces du centre ont un revenu disponible de « 18 442,1 RMB en zone urbaine, contre 10 919 RMB en zone rurale ». Les provinces de l'ouest ont un revenu disponible urbain de « 16 868,1 RMB contre 9 093,4 RMB en zone rurale »<sup>(38)</sup>. La transformation de l'économie a conduit à l'augmentation des disparités sociales, le coefficient de Gini<sup>(39)</sup>, est officiellement de « 0,469 en 2014 »<sup>(40)</sup>, mais estimé à « 0,61 » par l'Académie des Sciences Sociales Chinoise<sup>(41)</sup>.

L'objectif poursuivi par la sécurité sociale est de « promouvoir l'harmonie et la stabilité dans la société », et ce en vertu de l'article 1<sup>er</sup> de la loi de la sécurité sociale de 2011. La société contemporaine n'a plus les moyens financiers de supporter la solidarité familiale préconisée par Confucius. En effet, le maintien de la politique de l'enfant unique fait supporter sur un seul homme « quatre parents, une épouse et un enfant »<sup>(42)</sup>. La nouvelle génération est souvent qualifiée d'égoïste et d'individualiste. Ainsi, la sécurité sociale doit être envisagée comme un moyen de maintenir l'harmonie intergénérationnelle dans la société chinoise. Une nouvelle répartition de la solidarité entre l'État et la famille pourrait être envisagée.

Selon le Professeur CHEN Ke, « la démocratie socialiste est actuellement limitée au niveau du développement économique, social et culturel. La Chine revendique être au premier stade de développement socialiste, c'est pourquoi la protection des droits fondamentaux sont

37 Cf. YEARBOOK 2016 n°6-3 et 6-13.

38 *Ibid.*

39 Le coefficient de GINI est l'indicateur synthétique d'inégalité de salaire compris entre 0 et 1.

40 « Le coefficient de GINI en Chine était de 0,469 » selon l'agence de presse Xinhua, « Chine : Baisse du coefficient de GINI en 2014 », 21 janvier 2015 à 08h22, disponible en ligne <http://french.peopledaily.com.cn/n/2015/01/21/c31355-8838708.html> consulté le 5 novembre 2016 à 15h05.

41 Arnaud DE LA GRANGE, « La Chine s'inquiète de sa fracture sociale », Le figaro, 1<sup>er</sup> février 2013, estimant que « le coefficient de Gini serait de 0,61 en 2013, selon le centre d'enquête et de revenu des ménages, institut lié à la banque chinoise ». <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/02/01/20002-20130201ARTFIG00530-la-chine-s-inquiete-de-sa-fracture-sociale.php> consulté le 5 novembre 2016 à 16h01.

42 Les sociologues qualifient ce modèle familial de « 4-2-1 ».



restreints à ce niveau de développement»<sup>(43)</sup>. Selon le Professeur LEUNG, Joe CB, « la RPC a atteint un niveau de développement économique suffisant pour terminer la deuxième phase de développement socialiste avec les lois sur le contrat de travail de 2007, la loi de la sécurité sociale de 2011, et entreprendre la troisième phase de développement socialiste pour améliorer les droits sociaux fondamentaux des citoyens chinois »<sup>(44)</sup>. Ainsi, des propositions de généralisation de la couverture sociale pourraient être envisagées.

## B. Les propositions de réformes généralisant la couverture sociale

La suppression de la dualité introduite par le système du *hùkǒu* apparaît comme une condition préalable (1) pour généraliser le premier pilier de la protection sociale (2).

### 1. La suppression nécessaire de la dualité introduite par le *hùkǒu*

La doctrine juridique chinoise et internationale, et la ligne directrice du Conseil des Affaires d'État, s'aligne à travers la suppression de la dualité introduite par le système du *hùkǒu* entre natifs en milieux ruraux et urbains. L'objectif est de tendre vers une égalité de droits sociaux entre les citoyens chinois. Cette proposition de refonte du système de sécurité sociale invite à s'interroger sur :

- la détermination des critères d'assujettissement à la sécurité sociale? Peut-on envisager les mêmes pour tous les secteurs d'activité?
- les catégories soumises à un assujettissement volontaire doivent-elles être réintégrées dans le champ obligatoire de la loi de 2011?
- l'opportunité d'introduire un régime pour les indépendants similaire à celui des salariés?
- l'opportunité d'introduire un régime social pour les travailleurs agricoles similaire à celui des travailleurs urbains?
- les syndicats ont-ils un rôle à jouer dans ce processus de généralisation de la couverture?
- l'opportunité d'introduire l'assurance invalidité de droit commun, et non plus limitée à celle résultant de l'accident du travail; ou faut-il développer la prévoyance?

Une analyse de ces questions est prépondérante afin d'envisager une généralisation de la sécurité sociale chinoise.

### 2. Vers une généralisation de la sécurité sociale chinoise

La position de la doctrine chinoise, internationale et du Conseil des Affaires d'État envisage la suppression du *hùkǒu*. Cette première réforme nécessite de redéfinir les critères d'assujettissement à la sécurité sociale, qui seraient alors déterminés en fonction du statut du travailleur (salarié ou indépendant) et de son secteur d'activité (public, privé ou agricole). Le régime d'assistance sociale des résidents ruraux pourrait évoluer vers un régime social agricole (sans distinction entre le statut de salarié et d'indépendant). La situation économique, sociale et la solidarité actuelle ne permet pas d'envisager un régime identique à celui de la zone urbaine, reposant sur les revenus. Les précédents efforts financiers des gouvernements central et provinciaux à travers les subventions, pourraient continuer. Une évolution des risques couverts par le régime actuel d'assistance sociale pourrait être envisagé par le gouvernement.

Pour le secteur privé, l'extension La création d'un régime propre aux travailleurs indépendants et correspondant aux caractéristiques chinoises pourrait reposer sur un assujettissement volontaire. Une définition de la catégorie des travailleurs indépendants telle que préconisée dans la classification d'emploi ICSE-93 est une première approche. Le marché du travail est en constante évolution via l'introduction de nouvelles technologies, les plateformes numériques<sup>(45)</sup>. Les emplois liés à des produits plus respectueux de l'environnement sont également en cours de développement<sup>(46)</sup>. La Chine doit également tenir compte de la dualité entre travailleur indépendant du secteur formel et celui qui exerce une activité informelle. Le concept de travailleurs indépendants appartient dorénavant à une catégorie socio-professionnelle large, qui nécessite d'en retenir une définition subséquente. L'introduction d'un régime propre aux travailleurs indépendants apparaît envisageable au regard de l'état de la solidarité actuelle. Une évolution vers un régime similaire à celui des salariés, ne serait peut-être pas représentatif de la disparité des revenus actuels au sein de cette catégorie de travailleur. L'actuel régime des assurances dite du travail de la zone urbaine

45 MUSSO, Pierre et SUPLOT, Alain, « Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain », BIT, IEA et Fondation Gabriel Péri, Cerisy-la-Salle, du 4 au 11 juillet 2017.

46 Cf. le site de l'OIT et les emplois verts: <http://www.ilo.org/global/topics/green-jobs/lang--fr/index.htm>

43 CHEN, Ke, 陳克. *Corporations and Partnerships in China*. Kluwer Law International, 2010.

44 LEUNG, Joe.C.B. and XU, Yuebin, *China's social welfare: the third turning point*, John Wiley & Sons, 2015.

doit rester le modèle de référence dans le processus de généralisation des autres régimes sociaux.

## Conclusion

Six ans après l'entrée en vigueur de la première loi relative à la sécurité sociale en RPC, la situation des travailleurs migrants, des travailleurs à temps partiel et des indépendants s'est améliorée. Ainsi, le gouvernement central a réussi à introduire une égalité de traitement entre les résidents ruraux et urbains en matière d'assistance sociale vieillesse et maladie. L'engagement du gouvernement chinois dans ce processus d'universalisation envoie une image positive pour 1,3 milliard de citoyens. Le processus de généralisation n'en est encore qu'à une dimension horizontale, mise en place à l'échelon le plus petit. Le droit fondamental d'accès à la sécurité sociale reste conditionné au développement économique et social du territoire où il est mis en œuvre. Cette règle fractionne la couverture sur l'ensemble du territoire, en raison du développement économique inégal. De plus, la Chine connaît d'importants flux migratoires internes. Dans un premier temps, l'introduction d'une portabilité des droits sociaux apparaît nécessaire entre les provinces. La mise en place de tel mécanisme juridique faciliterait le retour des travailleurs migrants vers leurs provinces d'origines. A court terme, une évolution vers une coordination juridique de la protection sociale à l'échelon de la province pourrait être également envisagée par le gouvernement central. Garantir le droit fondamental du citoyen d'accès à la sécurité sociale, nécessite le succès de la réforme de l'État de droit répondant aux caractéristiques chinoises. Cette dernière renforce les mécanismes juridiques permettant aux citoyens de revendiquer leur droit individuel d'accès à la sécurité sociale, sans pour autant contrevenir à l'intérêt de l'État et de la société. Les contraintes économiques et sociales internes nécessitent d'envisager sur le long terme, l'introduction d'une dimension verticale de la sécurité sociale.

Dans un second temps, une évolution de la solidarité familiale vers une sécurité sociale formelle et institutionnelle à l'échelon national pourrait voir le jour. Une généralisation de la couverture au regard de tous les risques sociaux définis dans la Convention O.I.T n° 102 de 1952, devra être envisagée, si le gouvernement souhaite conserver une « société harmonieuse » et pleinement atteindre « le rêve chinois ».

## Bibliographie

- ATTANÉ, Isabelle. *Au Pays des enfants rares: la Chine vers une catastrophe démographique*. Paris: Fayard, 2011.
- CAI, Fang, "Hukou system reform and unification of rural-urban social welfare", *China & World Economy*, 2011, Vol. 19, N° 3, pp. 33-48.
- CHAN, Kam Wing. *The Chinese hukou system at 50. Eurasian geography and economics*, 2009, Vol. 50, N° 2, pp. 197-221.
- CHEN, Ke, 陳克. *Corporations and Partnerships in China*. Kluwer Law International, 2010.
- Communiqué of the 4th Plenary Session of the 18th Central Committee of CPC, December 4, 2014. Disponible en ligne à [http://www.china.org.cn/china/fourth\\_plenary\\_session/2014-12/02/content\\_34208801.htm](http://www.china.org.cn/china/fourth_plenary_session/2014-12/02/content_34208801.htm) consulté le 5 mai 2017 à 18h12.
- Conseil des Affaires d'État
  - State Council, « China to expand medical insurance payment reform », 28 janvier 2017.
  - State Council, « China Social Security and Its Policy 2004 », 2004, [http://www.gov.cn/english/official/2005-07/28/content\\_18024.htm](http://www.gov.cn/english/official/2005-07/28/content_18024.htm)
- DAVIDOFF, Georges, « De la médecine et de la sécurité sociale en Chine », In: *Population*, 1957, 12<sup>e</sup> année, n° 4, pp. 679-694.
- DE LA GRANDE, Arnaud, « La Chine s'inquiète de sa fracture sociale », *Le figaro*, 1<sup>er</sup> février 2013, <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/02/01/20002-20130201ARTFIG00530-la-chine-s-inquiete-de-sa-fracture-sociale.php> consulté le 5 novembre 2016 à 16h01.
- DONG, Yan, « Chinese Labour Law Development and Hukou Discrimination », in LIUKKUNEN, Ulla. *Fundamental Labour Rights in China-Legal implementation and Cultural Logic*. Springer, 2015.
- EYRAUD, Corine, *et al. L'entreprise d'État chinoise: de "l'institution sociale totale" vers l'entité économique?* L'Harmattan 1999;
- JIN, Banggui, « Les dernières évolutions du droit social en Chine », Association Franco-Chinoise pour le Droit Économique, 2013; Colloque franco-chinois sur « La sécurité sociale en France et en Chine », organisé en collaboration avec la Faculté de Droit de Renmin Université, Pékin, les 12 et 13 mai 2005.
- JING, Xuewen, « La croissance économique et le bonheur: le système de protection sociale en Chine et les idées inspirées de l'Europe » sous la direction de Pierre Cours Salies, Paris VIII, 2009.
- LEUNG, Joe CB. *Dismantling the 'iron rice bowl': welfare reforms in the People's Republic of China*.

- Journal of Social Policy*, 1994, vol. 23, n° 03, pp. 341-361.
- LEUNG, Joe.C.B. and XU, Yuebin, *China's social welfare: the third turning point*, John Wiley & Sons, 2015.
  - MORIN, Alexandre et PAIRAULT, Thierry, *La Chine au travail (I) les sources du droit du travail, gestion de l'entreprise en Chine*, 1 éd., gestion de l'entreprise en Chine, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1997.
  - MUSSO, Pierre et SUPLOT, Alain, « Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain », BIT, IEA et Fondation Gabriel Péri, Cerisy-la-Salle, du 4 au 11 juillet 2017.
  - Organisation Internationale du Travail :
    - les emplois verts : <http://www.ilo.org/global/topics/green-jobs/lang--fr/index.htm>
    - recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale en date du 14 juin 2012 PIQUET, Hélène, *Le droit du travail dans la Chine des réformes*, L'Harmattan, 2000.
  - ROCCA, Jean-Louis. *Une sociologie de la Chine*. La Découverte, 2010.
  - ROUX, Alain, *Grèves et politiques à Shanghai, les désillusions (1927-1932)*, Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. 1995.
  - ROUX, Alain, *La Chine au XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Armand Colin, coll. « Campus histoire », 2003. SOUILLAT, Alain, *Le droit social en Chine*, synthèse, IFAG, 2004.
  - YEARBOOK, China Labour Statistical. Zhongguo laodong tongji nianjian (中国劳动统计年). *China Labor Statistical Yearbook*, 2016. (Version bilingue)
  - YEARBOOK, China Labour Statistical. Zhongguo laodong tongji nianjian (中国劳动统计年). *China Labor Statistical Yearbook*, 2015. (Version bilingue)
  - Xinhua
    - Xinhua, « Chine : Baisse du coefficient de GINI en 2014 », 21 janvier 2015 à 08h22, disponible en ligne <http://french.peopledaily.com.cn/n/2015/0121/c31355-8838708.html> consulté le 5 novembre 2016 à 15h05.
    - Xinhua, “Xi thought and ‘absolute’ Party leadership of PLA written into the Constitution”, Chinadaily, mis en ligne le 25 octobre 2017, disponible à [http://www.chinadaily.com.cn/china/19thcpcnationalcongress/2017-10/25/content\\_33674935.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/19thcpcnationalcongress/2017-10/25/content_33674935.htm) consulté le 20 novembre 2017 à 10h24.
  - ZHENG, Aiqing, *Liberté et droit fondamentaux des travailleurs en Chine*, 2008.
  - ZHU, Guobin, *La réforme de la fonction publique et son évolution en droit chinois, vers l'établissement d'un nouveau régime*. Aix-en-Provence, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1995.

## Le droit d'accès universel à la santé, les restrictions imposées par les mémorandums et la politique du gouvernement grec ces deux dernières années (2015-2017)

Par le D<sup>r</sup> Yannis Baskozos,  
Secrétaire Général de la Santé Publique du Gouvernement grec, Membre du Comité central de SYRIZA

NDLR : Traduction : Frédérique Bouvier et Nikos Graikos.

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

1. Financement insuffisant au fil du temps
2. Phénomènes de corruption, de mauvaise gestion, de surfacturation, de gaspillage des fonds publics
3. Extension excessive du secteur privé
4. Phénomènes important de privatisations cachées (dessous-de-table, corruption, clientélisme)
5. Démantèlement du système d'assurance sociale, dont dépend essentiellement le financement, donc l'inégalité à la possibilité d'y avoir accès.
6. Absence des mécanismes d'un réel contrôle
7. Augmentation incontrôlée des dépenses pharmaceutiques

Donc, au motif et sous prétexte de l'accroissement excessif de la dette, le choix fut fait de la soumission à une tutelle internationale, aux mémorandums et à la troïka. Ces institutions sont donc venues en Grèce et ont dit : « vous avez très mal fait, nous, nous voulons notre argent, vous gaspillez beaucoup d'argent dans le secteur de la santé, après tout vous ne pouvez pas avoir un secteur de santé d'un niveau supérieur à celui auquel vous “avez droit” d'après l'argent dont vous disposez et par rapport à ce que vous devez ! ».

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

pays. Tels des “apprentis sorciers” ils ont commencé à faire des coupes horizontales, souvent irréflechies, et à désorganiser le système :

- Réduction des dépenses de santé, tant dans le secteur public que privé, de 9,8 % du PIB pour 2009 à 8,3 % pour 2014 et 8,2 % pour 2015 (soit une réduction d'environ 15 %, la moyenne étant de 9 % pour l'OCDE et de 9,9 % pour l'UE).
- Réduction des dépenses de santé, tant dans le secteur public que privé, de 23,2 milliards € pour 2009 à 15 milliards € pour 2015 (soit une réduction d'environ 35 %).
- Réduction des dépenses de santé par habitant de 2991 \$ / 2215 € pour 2009 à 2245 \$ / 1663 € pour 2015 (soit une réduction d'environ 35 %, la moyenne étant de 3814 \$ pour l'OCDE et de 2781 € pour l'UE).
- Réduction des dépenses pharmaceutiques publiques de 5,108 milliards € pour 2009 à 1,945 milliards € pour 2016 et pour les années 2017 et 2018 (soit une réduction d'environ 62 %).
- Réduction des dépenses pharmaceutiques par habitant de 888 \$ / 660 € pour 2009 à 630 \$ / 468 € pour 2014 (soit une réduction d'environ, la moyenne étant de 538 \$ pour l'OCDE et de 402 € pour l'UE).

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



Bien sûr certains outils de contrôle utiles ont été créés (la prescription d'ordonnances par voie électronique), mais les phénomènes de gaspillage et de corruption ont continué et l'obstination des institutions à baisser continuellement le prix des génériques (ce qui dans une certaine mesure était nécessaire) n'a pas apporté les résultats que les initiateurs de cette politique escomptaient en théorie.

Dans le même temps bien sûr, le nombre de nos concitoyens non assurés a dépassé les 2,5 millions et en plus les flux de réfugiés ont commencé à augmenter.

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

1. sauver et remettre sur pied le système public de santé
2. renforcer son caractère public
3. stopper la baisse continue des budgets de santé
4. s'attaquer résolument à la corruption et au gaspillage des ressources sanitaires de toute façon limitées
5. mettre en place un Système de soins de santé primaires digne de ce nom
6. renforcer les politiques de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé
7. avancer vers une couverture universelle pour chacun indépendamment de son statut d'assuré ou non
8. maintenir l'assistance sanitaire aux réfugiés et aux migrants tout en protégeant efficacement la santé publique.

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

Par conséquent les cris irresponsables, démagogiques, qui s'élèvent dans l'opposition, affirmant que tout ce

désastre est dû au gouvernement, sont à la fois inexacts et dangereux pour le sentiment de sécurité sanitaire et pour l'image internationale du pays. Le processus de réorganisation de ce système a commencé à donner des résultats, loin de nous cependant l'idée d'un soutien naïf au gouvernement qui prétend que tout va bien et que tout est parfait. Parce que la suraccumulation chronique des problèmes, le pourcentage encore faible des dépenses de santé imposées par la tutelle mais aussi l'inertie de l'appareil étatique rendent la solution de l'équation très difficile à trouver.

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

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

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

et des organismes dépendant du ministère de la Santé, dépasse au total 10 000 médecins et autres personnels.

Ont déjà été embauchés ou vont bientôt l'être : 1 383 médecins auxiliaires au cours des deux années 2015-2016 (ainsi que 884 autres qui ont prolongé leurs contrats d'un an), 900 employés permanents en vertu de la directive 4K / 5K, 200 médecins permanents du Système de soins de santé primaires qui avaient été reçus lors de concours antérieurs, 950 employés administratifs en vertu de la déclaration de 1998 via le Conseil suprême de sélection du personnel, 585 auxiliaires et autres personnels, 260 médecins et infirmiers pour les unités de soins intensifs via le Centre hellénique de contrôle et de prévention des maladies, 186 sauveteurs permanents du Centre national d'aide d'urgence. Et suivront : 700 infirmiers ainsi que du personnel du tableau de roulement du Conseil suprême de sélection du personnel en vertu de la directive 4K / 5K, 240 autres médecins et infirmiers via le Centre hellénique de contrôle et de prévention des maladies pour les Unités de soins intensifs, 2000 employés permanents (un arrêté ministériel a été pris pour un recrutement immédiat via le Conseil suprême de sélection du personnel) et 2000 médecins permanents pour le Système de santé (l'arrêté ministériel est attendu sous peu) qui additionnés font un total de 5 000 embauches de médecins, infirmiers et autre personnel. Mais l'action la plus immédiate pour un renforcement massif du système de santé consiste principalement à recruter 4 000 infirmiers et autres travailleurs sanitaires au chômage avec un contrat de 12 mois via l'Agence pour l'emploi, recrutement achevé en février 2017. En complément du soutien au Système National de Santé viennent le programme du FAMI (Fonds Asile, migrations et intégration), qui prévoit 850 personnes pour les centres d'accueil et les structures publiques avoisinantes, ainsi que le programme l'ISF (Ingénieurs sans frontières) dans les îles de la mer Égée, dont la réalisation est prévue avec encore 165 personnes exclusivement pour les hôpitaux et centres de santé de ces régions. Ce ne sont pas que des paroles, ce sont des données incontestables, ce sont des embauches mises en route, qui bien sûr n'avancent pas aussi vite que nous le voudrions et que l'exigent les besoins urgents du Système National de Santé, mais assurément elles changent quotidiennement le climat dans les hôpitaux, donnent du courage au personnel, créent une base solide pour attendre favorablement l'amélioration progressive du Système National de Santé et la revalorisation des services aux citoyens.

Mais les conditions matérielles préalables à cette amélioration existent-elles ? Le financement nécessaire a-t-il été obtenu ? La réponse a été donnée par le budget

des hôpitaux et Régions de santé de Grèce d'il y a deux ans, le premier, après 5 ans, à tendre à la hausse, tendance que bien sûr les budgets de 2016, 2017 et 2018 continuent à avoir avec clarté.

Les 1 388 milliards d'euros du budget initial en 2015 (limite des marchés) sont devenus 1 556 après une "injection" de financement que nous avons faite en octobre 2015 en redistribuant les ressources de l'État au profit du Système National de Santé. Le budget pour 2016 a commencé avec une limite de dépenses initiale de 1 634 milliards d'euros pour atteindre finalement 1 754 milliards à la fin de 2016 et le budget de l'année en cours "court" 1 772 milliards d'euros, somme qui reste stable aussi en 2018 dans le cadre du CDMT (Cadre de Dépenses à Moyen terme) 2018-2021. Cela qui veut dire 388 millions d'euros en plus en 2016 (350 pour les hôpitaux + 38 millions pour les Régions de santé de Grèce et le Réseau national de santé primaire) et 390 millions (352 + 38) en 2017, ce qui est au-delà des prévisions du Cadre de stratégie financière à moyen terme du gouvernement précédent pour la période 2015-2018 qui prévoyait 1 404 milliards en 2016 et 1 420 milliards en 2017-2018. Pour 2018, la limite des dépenses hospitalières démarrera au niveau de 2017 qui était relativement en augmentation. Le seul changement qu'on observe, selon l'exposé introductif du budget de 2018, est la subvention quelque peu réduite du budget régulier pour les hôpitaux d'environ 300 millions d'euros, mais qui sera couverte par la subvention augmentée et stable de l'Organisme national de fourniture de services de santé, accordée aux hôpitaux avec un montant correspondant. Particulièrement les dépenses pour le Système de soins de santé primaires, qui constituent une priorité politique centrale du gouvernement, les dépenses pour les Centres de santé et les structures du Réseau national de santé primaire, s'élèvent pour 2017 globalement (avec les salaires, les charges d'exploitation, etc.) à 451 millions d'euros alors qu'en 2016 elles étaient de 373 millions et de 363 millions en 2015. C'est le premier, bien que limité, recul de l'austérité dans le domaine de la santé, qui vient servir le choix politique d'affronter de façon drastique la "pauvreté sanitaire" et instaurer la couverture médico-pharmaceutique universelle des citoyens non assurés, ainsi que l'élargissement de l' "espace financier" pour la revalorisation des soins publics de santé. Déjà, selon l'ELSTAT (Autorité statistique grecque), les dépenses publiques de santé publique en pourcentage du PIB ont grimpé des 4,6-4,9 % des 3 années précédentes à 5,1 % en 2015 et 2016. Évidemment c'est dramatiquement loin de la moyenne des pays de l'UE (6,5-7,0 %), ce qui nous oblige à favoriser des politiques de convergence

après le désengagement des obligations mémorandaires et de la tutelle financière.

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

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

Nous revalorisons la gestion électronique dans le domaine de la santé, avec l'achèvement de « l'Atlas » de la santé et bientôt du dossier médical personnel, avec l'interconnexion des systèmes informatiques des hôpitaux au système central d'intelligence gestionnelle du ministère, avec le développement du Registre des maladies chroniques et l'incorporation de protocoles diagnostiques et thérapeutiques dans le système de prescription par voie électronique, avec la possibilité pour les citoyens de prendre gratuitement, via Internet, les rendez-vous dans les hôpitaux et dans les structures du Réseau national de santé primaire.

### Une autre vision pour la politique de santé

La nouvelle stratégie pour la santé, centrée sur l'être humain, envisage ce domaine comme un champ de couverture des besoins sanitaires réels de la population et

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

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

D'un système qui s'appuie sur une planification démocratique des services de santé, à savoir la distribution de ressources basée sur les besoins, épidémiologiquement prouvés, des sociétés locales, sur l'organisation décentralisée, l'encadrement méritocratique et la gestion participative du système, sur la culture d'une sensibilité démocratique, de comptes rendus publics et d'un contrôle social que les administrations des hôpitaux doivent adopter, sur l'ancrage d'une autre éthique sociale dans le Système National de Santé, sur le respect de la dignité et des droits des patients.

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

Les politiques de santé traditionnelles et les outils correspondants ne suffisent pas à résoudre le problème. Un changement de mentalité, un nouveau niveau de compréhension, un cadre propice à un dialogue ouvert et à l'échange d'expériences et d'informations et bien

sûr des instruments neufs et novateurs, sont désormais nécessaires pour atteindre et maintenir le juste équilibre entre l'accès aux soins, le rapport coût-efficacité et la disponibilité des paiements, en maintenant toujours des coûts abordables. L'égalité d'accès aux produits innovants et la viabilité des systèmes de santé sont d'une importance vitale pour un nouveau contrat social entre l'État, la société et tous les partenaires impliqués. Couvrir les besoins de plus en plus croissants de la population en matière de santé doit être fait dans le respect des droits des patients et avec leur participation au processus de prise des décisions, en renforçant la protection sociale des non-privilegiés et en sauvegardant la santé publique et l'intérêt public dans son ensemble.

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

### En conclusion

Ce que l'UE et les institutions doivent faire, c'est d'accepter la réalité que la Grèce ne peut pas continuer à avancer en ayant si peu de dépenses publiques de santé, de renforcer le pouvoir de négociation de tous les

pays avec l'industrie pharmaceutique et d'intensifier ses efforts pour la transparence, l'efficacité et la répression du gaspillage des fonds publics.

L'industrie doit accepter que la Grèce soit un pays sous surveillance financière, que tout en reconnaissant le droit à une juste récompense de l'innovation et de la recherche à l'origine des produits pharmaceutiques, nous avons besoin, et nous avons droit à une politique des prix et des facilités de paiement afin que l'utilisation des nouveaux médicaments innovants par ceux qui en ont besoin devienne possible pour que les politiques agressives de promotion et d'influence déloyale qui visent l'augmentation de la prescription de médicaments cessent immédiatement.

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

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



## La place de la sécurité sociale dans le système des normes internationales du travail

Par le P<sup>r</sup> Alain Supiot, Professeur à l'Université de Nantes,  
Institut d'études avancées « Nord-Sud », Professeur au Collège de France

NDLR : cité dans le numéro spécial de La Semaine sociale Lamy, url : [http://www.college-de-france.fr/media/alain-supiot/UPL3897913780446452859\\_SLS1272\\_SUPIOT.pdf](http://www.college-de-france.fr/media/alain-supiot/UPL3897913780446452859_SLS1272_SUPIOT.pdf)

La protection des travailleurs contre les risques d'altération de leur capacité de gain a fait partie du mandat de l'OIT dès sa création en 1919, et une première série de conventions et de recommandations avaient été adoptées à cet effet avant la seconde guerre mondiale. Cette première génération de normes se situait dans la perspective (dominante à l'époque) d'assurances sociales protégeant des catégories déterminées de travailleurs contre une première liste de risques (soins médicaux, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité, invalidité, décès).

Cette perspective a changé à l'issue de la seconde guerre mondiale, avec l'adoption par l'OIT en 1944 de la Déclaration de Philadelphie. Annexée à sa Constitution, cette déclaration oblige l'OIT à « *seconder la mise en œuvre parmi les différentes nations du monde de programmes propres à réaliser l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets* » (§ III, f). Était ainsi consacré au niveau international l'objectif d'instituer partout dans le monde des systèmes de sécurité sociale à visée universaliste et non plus seulement catégorielle. Cet objectif se trouve lié dans la Déclaration à une perspective plus large de protection sociale, incluant notamment le soutien de l'OIT à la protection de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations, à la protection de l'enfance et de la maternité, à l'accès à un niveau adéquat d'alimentation et de logement et à la garantie de chances égales dans le domaine éducatif et professionnel (§ III, g-h-i-j).

Ce lien se retrouve dans la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies en 1948, aux termes de laquelle « *toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir les droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* » (art. 22).

Toute réflexion sur « l'action normative » de l'OIT doit être fondée sur ces bases juridiques essentielles, dont les conventions et recommandations ultérieurement adoptées dans le domaine de la sécurité sociale ne sont que des prolongements techniques. La plus importante de ces conventions est la n° 102 (1952), qui est la convention de base concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Elle a été ultérieurement complétée par une série de conventions et recommandations, adoptées entre 1962 et 2000, les unes visant à assurer l'égalité de traitement des nationaux et des étrangers (conv. n° 118, 1962) ou à établir un système international de conservation des droits (conv. n° 157, 1982), et les autres prévoyant une protection plus élevée contre certains risques<sup>(47)</sup>. Pour tenir compte de la diversité des situations nationales, la plupart de ces normes contiennent des clauses de souplesse, autorisant des ratifications à géométrie variable tant du point de vue des risques couverts que du degré de couverture des personnes protégées. Elles laissent aussi une grande liberté aux États quant au mode d'organisation de leur système de sécurité sociale.

Malgré ces clauses de souplesse, les conventions relatives à la sécurité sociale souffrent d'un assez faible taux de ratification. La convention 102 a ainsi été ratifiée par seulement 41 États, parmi lesquels ne figurent ni les États-Unis ni la Russie, ni la Chine ni le Brésil, ni l'Inde. Sans doute le taux de ratification n'est-il pas un indicateur suffisant du rayonnement réel des normes de l'OIT.

Certains États ratifient les conventions sans trop se soucier de leur mise en œuvre effective, tandis que d'autres mettent au contraire en œuvre des systèmes de sécurité sociale sans être liés par une ratification.

Plus généralement, on a observé après la chute des régimes communistes une baisse des ratifications, qui n'est

<sup>47</sup> V. pour une présentation claire et concise de ces normes, M. Humblet et R. Silva, Des normes pour le XXI<sup>e</sup> siècle, Sécurité sociale, Genève, BIT, 2002, 71 p

pas propre au domaine de la sécurité sociale. L'heure a été davantage pour les États de s'engager dans les disciplines juridiques du commerce international, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles n'incitent pas à l'audace dans le domaine des droits économiques et sociaux.

La légitimité même de ces droits de l'homme, dits de seconde génération, a été violemment mise en cause par les théoriciens d'un ordre juridique mondial tout entier fondé sur les idées de compétition et de concurrence. L'OIT a tenté de réagir à cette situation nouvelle en adoptant en 1998 une déclaration relative aux principes et droits fondamentaux du travail, qui renouvelle le contexte normatif dans lequel s'inscrit son action en matière de sécurité sociale. Elle est ensuite parvenue à élaborer en ce domaine un nouveau consensus, dont la mise en œuvre juridique reste à définir.

### 1. Le nouveau contexte normatif

La Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux du travail, adoptée en 1998, rappelle aux États que leur libre adhésion à l'OIT signifie leur acceptation des « *principes et droits énoncés dans sa Constitution et dans la Déclaration de Philadelphie* » et les oblige à travailler à la réalisation des objectifs d'ensemble de l'Organisation (art. 1, a).

Ce rappel de portée générale inclut donc les droits à protection sociale proclamés à Philadelphie. Mais ce rappel est immédiatement suivi de l'énumération de quatre « *principes concernant les droits fondamentaux* », qui font seuls l'objet d'une obligation de respect, promotion et réalisation de bonne foi (art. 2) et d'une procédure de suivi (art 4).

Sont ainsi visées on le sait :

- la liberté d'association et la reconnaissance effective du droit de négociation collective;
- l'élimination de toute forme de travail forcé ou obligatoire;
- l'abolition effective du travail des enfants; et,
- l'élimination de la discrimination en matière d'emploi et de profession.

### • L'ambivalence de la déclaration de 1998

Ni la sécurité sociale, ni même la protection de la santé au travail, ne figurent dans cette liste. Quand on sait le rôle fondateur joué par la protection physique des travailleurs dans l'histoire du droit du travail, on ne peut s'étonner des critiques virulentes dont cette Déclaration

a fait l'objet<sup>(48)</sup>. En proclamant le caractère fondamental de certains droits ou principes, ce texte solennel qualifie implicitement tous les autres de secondaires et les relègue, *volens nolens*, au magasin des accessoires normatifs. Il serait cependant réducteur de ne retenir de la Déclaration de 1998 que l'insuffisance manifeste de son contenu substantiel (et ses possibles effets pervers), sans porter également attention à la nouveauté et aux virtualités de la méthode empruntée. Le mérite de ce texte est d'avoir rompu avec le *self-service* normatif autorisé par le système des ratifications. Compte tenu du caractère général du « *rappel* » de la portée normative des textes fondateurs de l'OIT fulminé par son article 1-a, cette Déclaration peut aussi bien s'interpréter dans le sens d'un premier pas en direction d'un véritable ordre public social international s'imposant à tous les États, que dans celui d'un recul des ambitions normatives de l'OIT. Ces deux interprétations sont également possibles et seule l'histoire dévoilera laquelle s'imposera.

Ce contexte juridique est évidemment la première chose à prendre en considération avant d'avancer quelque proposition normative que ce soit dans un domaine tel que la sécurité sociale, qui se trouve exclu de la liste des « *principes et droits fondamentaux* » énumérés par la Déclaration de 1998. C'est pourquoi il a paru de bonne méthode que notre groupe de travail se penche d'abord sur les transformations ainsi intervenues dans l'univers des normes internationales du travail avant d'essayer de repérer dans une seconde étape les chances et les risques d'une initiative normative de l'OIT en matière de sécurité sociale.

### • Le foisonnement normatif

Cette première étape, purement préparatoire, a permis tout d'abord de prendre la mesure du foisonnement normatif dont les questions sociales font l'objet dans le contexte de la mondialisation. Face aux initiatives publiques ou privées prises au nom de la « *responsabilité sociale des entreprises* » ou face aux normes sociales implicites imposées par les institutions du commerce et de la finance internationale (notamment les incitations au démantèlement des systèmes de protection sociale inhérentes aux plans d'ajustement structurels), l'OIT n'est plus en situation de monopole, à supposer qu'elle l'ait jamais été. Les questions qu'elle laissera en jachère ne manqueront pas d'être saisies par d'autres, sur des bases philosophiques et juridiques différentes de celles qui

<sup>48</sup> Cf. not. Ph. Alston, « Core Labour Standards » and the Transformation of the International Labour Rights Regime, The European Journal of International Law (2004), Vol. 15, n° 3, pp. 457-521.

figurent dans sa Constitution. Ceci est particulièrement vrai du domaine de la sécurité sociale, dont les enjeux économiques et financiers sont vertigineux.

#### • Une nouvelle approche de la question normative : la gouvernance

Cette réflexion générale sur les normes internationales du travail a aussi permis de cerner les chances et les risques des nouvelles pratiques juridiques qui fleurissent avec les idéaux de la « gouvernance ». Tandis que l'idée de soumission à des règles impératives générales et abstraites, qui caractérise la *dura lex*, n'a rien perdu de sa force dans le domaine du commerce international, elle se trouve au contraire contestée dans le domaine social. Au nom de la diversité des modèles sociaux et des inégalités de richesse entre les pays, ont été développées diverses formes de *soft law*, qui procèdent souvent d'initiatives privées (labels, codes de conduite), mais ont aussi pu être mises en œuvre par des institutions publiques. D'abord apparue comme technique de management des entreprises, la direction par objectifs est devenue fréquente dans le domaine des politiques publiques. La Déclaration de l'OIT de 1998 a du reste emprunté cette voie dans le domaine des droits dits fondamentaux en instituant un « mécanisme de suivi promotionnel » destiné tout à la fois à mesurer et encourager l'engagement des États dans la poursuite des objectifs qu'elle leur assigne.

Mais la référence obligée est ici la « méthode ouverte de coordination » adoptée par l'Union européenne en matière d'emploi et étendue depuis à divers domaines, dont la sécurité sociale.<sup>(49)</sup>

Cette méthode est en effet à ce jour la tentative la plus développée d'instauration d'une « gouvernance » sociale internationale, qui transcenderait les techniques juridiques traditionnelles de gouvernement. Telle qu'elle a été définie par le Conseil européen de Lisbonne en 2000, elle consiste à :

- a. définir des lignes directrices pour réaliser des objectifs fixés par les États membres ;
- b. établir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs et des critères d'évaluation par rapport aux meilleures performances ;
- c. traduire les lignes directrices en politiques nationales et régionales ; et

<sup>49</sup> Quatre objectifs ont ainsi été fixés par la commission européenne dans le domaine de la protection sociale : a) rendre le travail plus avantageux et fournir un revenu sûr ; b) garantir des retraites sûres et des régimes de retraites viables ; c) promouvoir l'intégration sociale ; et d) garantir un niveau élevé et durable de protection de la santé (Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale COM 99-347). L'expérience acquise en quelques années a conduit la Commission à publier une autre communication relative à la Rationalisation de la méthode ouverte de coordination dans le domaine de la protection sociale (COM [2003] 261 du 27 mai 2003).

- d. proposer des enseignements à partir de l'évaluation des cas concrets, c'est-à-dire doter ce système normatif d'une capacité de rétroaction fondée sur la casuistique de sa mise en œuvre. Cette méthode se trouvait formellement consacrée dans diverses dispositions du projet de Traité constitutionnel de l'Union Européenne<sup>(50)</sup>.

Ces nouvelles approches de la question normative dans le domaine social ne doivent pas être récusées a priori. Mais si l'on veut qu'elles n'affaiblissent pas la force ou la portée des droits et principes proclamés dans la Déclaration de Philadelphie et la Déclaration universelle des droits de l'homme, et qu'elles contribuent au contraire à leur mise en œuvre effective, il convient d'en subordonner l'usage à quelques précautions, que la première étape du travail du groupe a permis de mettre en évidence.

#### • Soft law / dura lex ?

La première de ces précautions est de ne pas voir dans la *soft law* une alternative, mais bien plutôt un complément de la *dura lex*. L'institution durable d'un libre marché suppose l'existence d'un cadre juridique qui prenne en compte à la fois sa dimension économique (le besoin d'échange des richesses produites par les travailleurs) et sa dimension sociale (les besoins des travailleurs qui produisent les richesses). L'histoire montre que négliger l'une ou l'autre de ces deux dimensions ne peut conduire qu'à des catastrophes majeures. Tel serait le cas d'un ordre juridique mondial qui soumettrait le commerce des choses à un droit « dur » et le sort des hommes à un droit « mou ». Les questions économiques et les questions sociales ne sont pas indépendantes les unes des autres, et il faut tenir compte dans les deux domaines de l'unité et de la diversité des sociétés humaines. Qu'il s'agisse de normes économiques ou de normes sociales, il convient donc de combiner des règles qui s'imposent à tous et d'autres qui tiennent compte des différences de situation.

#### • Mieux appréhender les pays du Sud

Une seconde précaution indispensable est de prendre réellement ces différences en compte et notamment de ne pas projeter sur les pays du Sud les catégories de pensée des pays du Nord. Cet impératif essentiel se décline sur plusieurs plans.

En premier lieu, il conduit à subordonner tout recours à des normes incitatives à l'institution de modes

<sup>50</sup> V. not. les art. III-100 (stratégie européenne de l'emploi), III-107 et III-111 (droit du travail et protection sociale)

de représentation fiables des populations visées par ces normes. Pour que la *soft law* ne soit pas un instrument de conditionnement des hommes, mais un moyen de les faire participer à l'élaboration d'un ordre juste, elle doit s'ancrer dans le principe de participation. Ceci est particulièrement vrai des travailleurs de l'économie dite informelle, qui sont les meilleurs experts de cette économie. Ils doivent donc avoir la capacité collective de peser sur le contenu des normes qui les visent si l'on veut qu'elles soient légitimes et adaptées à leurs conditions réelles d'existence.

En second lieu, il convient de se doter des moyens de connaître réellement les pratiques de travail et les systèmes de solidarité sur lesquels on prétend agir. Faute de quoi – c'est l'une des leçons amères de 40 ans de politiques dites de développement dans de nombreuses régions du monde – ni les objectifs fixés ni les méthodes mises en œuvre pour les atteindre ne correspondent à la réalité des problèmes qui se posent localement. Si elle ne procède pas d'un savoir local, la direction par objectifs se révèle au mieux inefficace ; au pire elle ne fait qu'aggraver les maux qu'elle prétend résoudre.

Sans le respect de ces deux impératifs – participation des populations concernées et mobilisation du savoir local – on ne peut espérer disposer d'indicateurs fiables permettant d'évaluer véritablement écarts et progrès dans la réalisation des objectifs. Lorsqu'ils sont imposés de l'extérieur et conçus dans l'ignorance des réalités concrètes, les indicateurs inhérents à la direction par objectifs ne sont plus des instruments de mesure, mais des normes cachées et arbitraires, qui échappent à tout débat démocratique et à toute négociation et s'imposent en lieu et place des objectifs qu'ils sont censés servir.

## 2. Le nouveau consensus sur la sécurité sociale

C'est sur la base de ces considérations qu'a été organisée la deuxième phase des travaux du groupe, dédiée à la dimension normative de l'extension de la sécurité sociale dans le monde.

Cette réflexion s'est située dans les perspectives tracées par les Résolution et Conclusions concernant la sécurité sociale, adoptées par la Conférence internationale du travail lors de sa 89<sup>e</sup> session en 2001. La tâche assignée à notre groupe consistait à examiner les possibles prolongements sur le plan juridique du « nouveau consensus » en matière de sécurité sociale, qui s'était ainsi exprimé entre les représentants des États, des employeurs et des travailleurs<sup>(51)</sup>.

<sup>51</sup> Cf. Sécurité sociale: un nouveau consensus, Genève, BIT, 2002.

#### • Les droits à protection sociale: droits fondamentaux

Ce nouveau consensus va dans le sens d'une interprétation ouverte de la Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux au travail de 1998. La Conférence internationale du travail commence en effet par affirmer que la sécurité sociale est « un droit fondamental de l'être humain » (§ 2).

Émanant de la même autorité que la Déclaration de 1998, cette disposition signifie clairement que la liste des droits fondamentaux ne s'arrête pas aux quatre « principes concernant les droits fondamentaux » visés par l'article 2 de cette dernière, et que la priorité d'action décidée pour ces quatre principes peut être étendue à d'autres questions. Cette interprétation est confortée par le fait que selon les conclusions adoptées en 2001 (§ 5) : « *Priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur* ». En abordant ainsi les droits à protection sociale, qui dépassent la seule sphère des relations de travail, la Conférence internationale du travail complète la Déclaration de 1998, qui ne traitait que des droits fondamentaux au travail.

#### • Une conception large de la protection sociale

Fidèles à la Déclaration de Philadelphie, dont elles réaffirment la pleine actualité (§ 1), les conclusions de 2001 adoptent une conception large de la protection sociale qui, intégrant les droits à éducation et formation professionnelle (notamment l'éducation initiale et la formation tout au long de la vie), envisage les prestations sociales sous l'angle du maintien sur la longue durée de la capacité des personnes (§ 3 et 7). Conception large également du point de vue du champ d'application de la sécurité sociale, qui se trouve enrichi par la référence au travail décent (§ 17) dont les virtualités sont mises en œuvre. Lier l'impératif de sécurité à l'accomplissement d'un travail et pas seulement d'un travail salarié, conduit à prendre positivement en considération, au-delà de l'emploi, le travail indépendant, le travail dans l'économie informelle (§ 5) ainsi que le travail non rémunéré de soins aux personnes qui pèse principalement sur les femmes dans le cadre des solidarités familiales (§ 8, 9 et 10). La référence au travail décent conduit à ancrer la sécurité sociale dans les principes de dignité (§ 2) et de solidarité (§ 13) et à exclure ainsi tout retour à une gestion purement individuelle du risque ou à une approche purement caritative de la misère.



### • Respecter la diversité des situations nationales

Tout en affirmant ainsi une vision commune de la sécurité sociale, le nouveau consensus qui s'est dégagé au sein de la Conférence internationale du travail fait aussi une grande place à la diversité des situations nationales. Cette diversité est d'abord celle des modèles de sécurité sociale. En affirmant qu'« *il n'y a pas de modèle unique et exemplaire* » et qu'« *il incombe à chaque société de déterminer la manière d'assurer la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé* » (§ 4), la Conférence tire utilement les leçons de l'échec des tentatives d'exportation d'un modèle déterminé dans des sociétés dont les valeurs culturelles et sociales, l'histoire, les institutions et le degré de richesse matérielle sont différentes de celles de la société « exportatrice ». Cet avertissement vaut bien sûr pour l'exportation nord/sud, mais aussi pour des exportations nord/nord ou sud/sud. En particulier, la sécurité sociale ne doit pas être un moyen d'imposer des choix de société qui relèvent de la souveraineté nationale et de la liberté individuelle.

Si par exemple l'égalité entre hommes et femmes est bien un principe dont la validité a été reconnue par tous les États membres de l'OIT, cette égalité ne doit pas s'entendre comme une identité des conditions. Ce qui signifie par exemple que les systèmes de sécurité sociale doivent être respectueux des droits des femmes qui ont consacré tout ou partie de leur vie à un travail dans la sphère familiale plutôt que dans la sphère marchande (§ 8, 9 et 10). La diversité est aussi de règle s'agissant

de la définition des risques et besoins prioritaires. La question des pensions de vieillesse est centrale dans des sociétés vieillissantes (§ 11) tandis qu'elle est presque irréaliste dans des pays où l'espérance de vie demeure très basse, notamment ceux qui doivent affronter de graves pandémies (*Sida*: § 12, *mais aussi paludisme*) sans pouvoir disposer d'un système de prévention et de soins satisfaisant ni accéder aux médicaments appropriés. D'où l'importance du principe déjà évoqué de représentation des populations concernées, qui sont seules à même de juger quels sont leurs besoins les plus pressants (§ 15).

Ni la Résolution ni les conclusions ainsi adoptées par la Conférence internationale du travail ne se prononcent sur la dimension normative de l'extension de la sécurité sociale. Elles donnent mandat au BIT de mener une campagne de promotion (§ 17) et de coopération technique (§ 19) dans le domaine de la sécurité sociale et aussi d'engager des recherches sur les voies et moyens de réaliser son extension (§ 18). Le tout dans le but d'inciter les États membres à définir une « *stratégie nationale pour atteindre l'objectif de la sécurité sociale pour tous* » (§ 16). Le travail de notre groupe se situait dans le cadre de ce mandat. Suivant la démarche intellectuelle qui avait été celle de la Conférence, nous avons tenté de concevoir un dispositif juridique susceptible d'inciter les États membres à définir une stratégie nationale de sécurité sociale. Cette stratégie doit tout à la fois s'ancrer dans les principes directeurs de la sécurité sociale, tels qu'ils se dégagent des normes existantes, et procéder de la situation propre de chaque pays.

## De la dette comme arme de dissuasion sociale massive

Par M. Jacques Rigaudiat  
conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes

### Introduction : Quelques considérations liminaires à propos de la dette publique.

C'est désormais un pont aux ânes que l'on nous assène régulièrement : l'imprévoyance dont nous ferions collectivement preuve nous entraîne tout droit vers une catastrophe, économique tout aussi bien que sociale. C'est pourquoi nous devons nous plier aux, - certes regrettables mais pourtant indispensables -, disciplines qu'imposent conjointement tant la raison que les dures nécessités d'une économie désormais mondialisée ; cela, sans même parler des règles européennes contraignantes auxquelles nous avons consenti (???) et qui ne font que traduire ces exigences de la raison.

La dette est donc de manière récurrente ainsi au cœur du débat public. Le retour sans délai à l'équilibre des finances publiques, - État, institutions de protection sociale et collectivités territoriales confondus -, voire la recherche d'excédents, afin de supposément réduire le fardeau de la dette que nous allons laisser en héritage à nos enfants. Tels sont bien les termes que l'on voudrait voir gouverner les débats. L'argument de la dette sert ainsi d'arme de dissuasion sociale massive.

Heureusement, dans ce pays que l'on sait être par nature rétif au changement, de clairvoyants et courageux dirigeants, conseillés par des experts sur ce point supposément unanimes, vont s'efforcer d'engager les réformes nécessaires pour nous en sauver. Ils vont réformer les institutions dans le but, bien sûr, de mieux les préserver, voire, tant la situation serait dramatique, de les sauver...

Ce « *story telling* » austéritaire, désormais récurrent, telle est la fable que l'on veut nous servir. Chaque année, les débats budgétaires, - budget de l'État, projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), dotations aux collectivités territoriales - sont sous l'emprise de cette obsession de la dette et du retour à l'équilibre des finances publiques. Inlassablement, chaque année, les mêmes rapports nous ressassent sans répit les mêmes avatars auxquels nous serions ainsi censés être exposés. Le clou doit être profondément enfoncé. Ainsi, comme le rappelle avec insistance la Cour des comptes de rapport en rapport, l'état de la dette : « *impose, de procéder sans retard aux nouveaux*

*ajustements nécessaires dans une démarche de partage équitable des efforts* »<sup>(52)</sup>. La nécessité commande de « *nouveaux ajustements* », de cela, il n'est pas même question de discuter ; reste juste à débattre de « *l'équitable* » répartition des « *efforts* »...

La présumée crise des dettes publiques a déjà fait l'objet d'une abondante littérature critique, tant pour en dénoncer le caractère illégitime<sup>(53)</sup>, que pour en dessiner les voies de sortie à gauche<sup>(54)</sup>. Autant le dire d'entrée, je partage très largement les arguments qui y sont avancés. Oui, la question de la dette publique est un piège, car elle ne vient pas d'une orgie de dépenses publiques, mais de l'érosion organisée des recettes des collectivités publiques, celle de la protection sociale au premier chef. Non, si crise il y a, - ce qui, s'agissant de la France, reste, on le verra, à prouver -, elle n'aura pas de sortie possible sans qu'il soit touché au service de la dette, et donc à la dette elle-même ; ni, d'ailleurs, sans sortir des politiques d'austérité qui, plus (Grèce, Espagne, Italie...) ou moins marquées, sont simultanément à l'œuvre dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne.

Mon propos n'est pas de reprendre en l'état ces raisonnements, déjà bien connus, et de les projeter sur les dépenses de protection sociale, qui constituent ici mon objet. Il est de procéder à une analyse d'un genre sensiblement différent, en prenant au sérieux, et en quelque sorte « *de l'intérieur* », ce qui nous est dit de la dette publique par les différents documents officiels. Une lecture, en somme, « *symptomale* », tant il reste vrai que, sur ce sujet comme sur tous les autres, lire, c'est non pas prendre le discours pour ce qu'il se donne, mais, dans sa matérialité, « *discerner, dans l'apparente continuité du discours, les lacunes, les blancs et les défaillances de la rigueur, les lieux où le discours (...) n'est que le non-dit de son silence, surgissant dans son discours même* »<sup>(55)</sup>. C'est

52 Rapport 2017 sur la sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2017, pp. 16-17.

53 Par exemple, F. Chesnais, « Les dettes illégitimes : Quand les banques font main basse sur les politiques publiques », Raisons d'agir, 2011

54 Par exemple, Attac, « Le piège de la dette publique, comment s'en sortir », Les liens qui libèrent, 2011.

55 L. Althusser, E. Balibar, « Lire le Capital », Tome I, p. 183, Petite bibliothèque Maspéro, 1973.

donc à cela, à ce « retour de la vérité dans la faille d'un savoir », comme le disait Lacan que nous allons nous attacher.

Entendons bien : « *Il ne s'agit pas du problème classique de l'erreur, mais d'une manifestation concrète à apprécier cliniquement, où se révèle non un défaut de représentation, mais une vérité d'une autre référence que ce, représentation ou pas, dont elle vient troubler le bel ordre* »<sup>56</sup>.

C'est là un programme exigeant, et d'abord pour le lecteur, car il suppose de se plonger dans les rapports officiels de toutes natures qui traitent de la dette publique, d'en comparer les discours pour en montrer les non-dits, les hésitations et les lapsus ou les contradictions, ce que l'un occulte et l'autre pas, pour en retrouver le sens<sup>57</sup>. Il est possible. Ces documents doivent, en effet, remplir une triple mission : informer en toute transparence les marchés par des comptes certifiés « conformes et sincères », rassurer Bruxelles sur le respect – actuel ou futur – des normes Maastrichtiennes, et inquiéter le citoyen soucieux d'une gestion de bon père de famille. Heureusement pour nous, cela ne va pas sans quelques contradictions...

Il n'est, on le sait, de sadisation réussie que dans la complicité de la victime ; cela suppose d'entretenir chez elle l'illusion d'une séduction, qui seule autorise son consentement. C'est pourquoi, la meilleure façon de lui permettre d'y échapper est encore de lui montrer la perversité du séducteur...

## 1. De quoi la dette est-elle le nom ?

### 1.1. De quoi parle-t-on ?

La notion de dette publique est aujourd'hui totalement assimilée à celle « maastrichtienne », qui a été imposée il y a un quart de siècle par les institutions européennes et alors acceptée (de justesse) par référendum. Il s'en faut pourtant de beaucoup pour que cette vision restrictive qui ne se préoccupe que de la seule dette brute (cf. Encadré 1), hors de tout décompte des actifs détenus et des créances possédées, hors aussi de tout examen des possesseurs des titres concernés, doive être seule à considérer.

C'est que la vision qui préside au suivi maastrichtien, se veut purement comptable : elle ne se soucie en rien des dynamiques économiques - d'investissement, ou contra-cycliques - que peut porter l'endettement public.

56 J. Lacan, « Du sujet enfin en question », Écrits I, pp. 231-232.

57 En s'efforçant, évidemment, de ne pas oublier la leçon de Lacan sur ce point : « le symptôme ne s'interprète que dans l'ordre du signifiant. Le signifiant n'a de sens que dans sa relation à un autre signifiant (...) la vérité, c'est ce qui s'instaure de la chaîne signifiante ».

### Encadré 1. Surveiller et punir : la dette publique et le traité de Maastricht

Conformément au règlement du Conseil de l'Union Européenne du 22 novembre 1993, relatif à l'application du protocole sur la procédure concernant les déficits excessifs annexé au traité instituant la Communauté européenne, comme tous ses partenaires, **la France est tenue de notifier chaque année à l'Union Européenne le déficit et la dette des administrations publiques exprimés en points de PIB.**

De surcroît, le règlement du Conseil du 28 juin 2004 concernant l'élaboration et la transmission de données sur la dette publique trimestrielle ajoute à cette exigence **la publication de données à périodicité trimestrielle.** En pratique, ces indicateurs sont établis par l'Insee et transmis à l'organisme européen de statistiques Eurostat. Fondées sur des sources comptables moins complètes que les comptes annuels, les montants de dette trimestrielle peuvent être révisés plusieurs trimestres de suite. À la date de rédaction de cet article, les dernières données trimestrielles publiées sont celles relatives au deuxième trimestre 2017.

Les données de dette publiées par l'Insee sont déclinées selon **les quatre sous-secteurs de la comptabilité nationale – État, organismes divers d'administration centrale (ODAC), administrations publiques locales (APUL) et administrations de sécurité sociale (ASSO) –** et consolidées au niveau de l'ensemble des administrations publiques, la consolidation consistant à exclure de la valeur de la dette les éléments de passif d'une administration détenus par une autre administration.

En comptabilité nationale, la dette des administrations publiques est déclinée selon deux concepts :

- la **dette brute**, dont on ne soustrait pas les actifs financiers que détiennent les administrations publiques.
- la **dette nette, qui déduit de la dette brute les actifs financiers présentant un fort degré de liquidité**, à savoir la trésorerie, les placements à court terme, mais également les actifs exigibles, tels que les crédits et les titres de créances négociables que les administrations publiques détiennent sur des acteurs privés. Ces instruments financiers sont évalués à leur valeur de marché.

Les administrations publiques possèdent par ailleurs d'autres formes d'actifs financiers liquides qui, en raison de leur volatilité, n'entrent pas dans le périmètre de la dette publique nette calculée par l'Insee. Il s'agit des actions d'entreprises cotées et des titres d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPCVM).

**Seule la dette brute, dite aussi dette au sens de Maastricht, est placée sous surveillance institutionnelle européenne.**

donc que son application les conforte ; pas d'étonnement excessif non plus qu'elle vienne les mettre en péril...

### Encadré 2. Quand les bornes sont franchies, il faut de nouvelles limites : le TSCG<sup>58</sup>

L'exposé des motifs du TSCG explicite très clairement ce qui y est en jeu : comment sauvegarder la discipline maastrichtienne alors que, au lendemain de la crise de 2007, elle craque de toutes parts. Les pays membres de ce traité intergouvernemental s'y déclarent en effet : conscients de :

**« la nécessité pour les gouvernements de maintenir des finances publiques saines et soutenables et de prévenir tout déficit public excessif d'une importance essentielle (...) de la nécessité de faire en sorte que leur déficit public ne dépasse pas 3 % de leur produit intérieur brut ET que leur dette publique ne dépasse pas 60 % de leur PIB aux prix du marché, ou diminuée à un rythme satisfaisant pour se rapprocher de cette valeur de référence ».**

En ces quelques mots, l'essentiel est dit : ce dont il s'agit est de faire revenir les pays au plus vite vers la norme initiale de 60 %. Pour cela sont édictées des règles dont le texte même du TSCG nous dit et redit à satiété le caractère contraignant :

- introduction dans les systèmes juridiques nationaux de « **dispositions contraignantes, permanentes et de préférence constitutionnelles** », permettant de mettre en œuvre la fameuse « règle d'or » de l'article 3 du TSCG selon laquelle **« la situation budgétaire des administrations publiques d'une partie contractante est en équilibre ou en excédent »,**
- procédure européenne pour déficit excessif **« à l'égard des états-membres dont la monnaie est l'euro et dont le rapport entre le déficit public prévu ou effectif dépasse 3 % tout en renforçant considérablement l'objectif de cette procédure, qui est d'inciter et au besoin de contraindre l'état membre à réduire le déficit éventuellement constaté »,**
- **« obligation pour les états membres dont la dette publique dépasse la valeur de référence de 60 % de la réduire à un rythme moyen d'un vingtième par an ».**

Tels sont donc les abandons de souveraineté qui ont alors été consentis. On soulignera au passage que, expériences française et hollandaise de 2005 aidant, le TSCG est un traité intergouvernemental et non un traité modifiant les traités européens, ce qui aurait signifié le risque de nouveaux référendums nationaux !

Si elle se prétend donc strictement comptable et vise à sanctionner tout écart à une norme arithmétique apparemment objective, la fameuse règle du « pas plus de 60 % du PIB », c'est pour mieux masquer qu'elle est en fait purement morale et punitive : les 60 % n'ont pas, n'ont jamais eu, le moindre sens, ni économique, ni financier. Cette borne dérisoire a d'ailleurs été allègrement franchie par la plupart des pays de l'Union et beaucoup d'autres, au lendemain de la crise de 2008.

Comme chacun sait, lorsque les bornes sont franchies, il n'y a plus de limites. Impératif disciplinaire aidant, il fallut donc s'en fixer de nouvelles. Ce fut le rôle du traité sur la stabilité, la coordination, et la gouvernance de l'Union économique et monétaire (TSCG) de 2012 (cf. Encadré 2). Les contraintes ainsi imposées par l'UE et consenties par les gouvernements et les majorités des représentations nationales sont considérables et sans précédent.

Comme l'indique sans fard, sous l'intitulé « procédure de déficit excessif », le site officiel de la Commission, « Europa » : **« Entre 2011 et 2013, l'UE a introduit des règles plus strictes pour contrôler de plus près les dettes et déficits publics et veiller ainsi à ce que les états-membres ne vivent pas au-dessus de leurs moyens ».**

Ah les braves gens, quelle bienveillance : que les états-membres « ne vivent pas au-dessus de leurs moyens » ! Pas sûr, toutefois, que le communicant qui a trouvé ou retranscrit cette formule ait eu pleinement conscience de ce dans quoi l'Union européenne s'engageait ainsi...

### 1.2. Le socle silencieux : l'érosion des ressources publique.

En effet, ne pas « vivre au-dessus de ses moyens », c'est tout d'abord prendre « les moyens », - les ressources -, comme le donnait de départ : les ressources sont fixées, les objectifs, - les dépenses -, doivent s'ajuster en conséquence. Aucun principe d'efficacité ou d'économicité dans tout cela, aucune place non plus pour le politique : l'impératif est aveugle et purement et complètement comptable. Dans sa paisible évidence, cette maxime bourgeoise qui retranscrit de façon bonace l'article 3 du TSCG (cf. Encadré 2) est d'abord une norme et un impératif.

Elle vient, au passage, mettre cul par-dessus tête cette autre maxime qui veut faire en sorte qu'il en aille « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins ». Qui tout à la fois désigne la position politique qui vise à construire une société socialiste et une action publique redistributive offrant prestations sociales et services collectifs hors de tout calcul marchand. En ce sens, cette proposition de l'UE se reconnaît donc clairement de droite. Mais surtout, de par son principe même, elle vient en contradiction avec ce qui est (était ?) au fondement de l'État social, et en premier lieu de nos systèmes de protection sociale. Peu de chances

58 Pour une analyse complète et très pédagogique du TSCG, le livre de P. Le Hyaric : « L'Europe des peuples nous appelle ! », Éditions de l'Humanité, 2012, reste à mes yeux une référence incontournable.



Au-delà de ces premières considérations qui tiennent aux principes, cette formule ne parle que des dépenses et passe sous silence les ressources. Elle vient ainsi oblitérer, occulter, dénier, – à moins que ce ne soit forclure –, la réalité qui lui sert de toile de fond : l'érosion continue des ressources publiques. Celle-ci, dont on ne parle donc pas, en est le blanc, le vide. En cela, elle en est aussi son point zéro, son véritable point de départ.

La réalité de cette érosion est parfaitement documentée et j'ai moi-même, comme beaucoup d'autres, eu suffisamment, – et depuis longtemps –, l'occasion d'y insister pour ne pas y revenir longuement ici. Qu'il me suffise donc de rappeler ce que j'écrivais en 2012<sup>(59)</sup>, analyse qu'au lendemain de la quasi-suppression de l'impôt sur la fortune et de celle programmée de la taxe d'habitation je n'ai évidemment pas la moindre raison de modifier : « *la régression de la fiscalité d'État est ainsi l'une de sources principales de l'endettement public. Appauvri, l'État doit donc soit dépenser moins, soit s'endetter* »<sup>(60)</sup>. La suite s'en déduit aisément : en fermant la porte de l'endettement, l'Union Européenne n'en laisse qu'une seule ouverte : la remise en cause de la dépense.

Qu'il me soit enfin permis ici de rappeler, – car je ne reviendrai plus sur ce point par la suite –, ce qu'écrivait alors G. Carrez à l'occasion du débat budgétaire de 2010 : qu'en l'absence de cadeaux fiscaux le déficit budgétaire aurait été de 3,3 % en 2009, au lieu de 7,5 %, et que la France aurait même connu un léger excédent budgétaire en 2006, 2007 et 2008... Compilant moi-même les trois rapports du Conseil des prélèvements obligatoires ayant trait au sujet de la fraude et de l'évasion fiscales<sup>(61)</sup>, j'ai alors estimé que « *les montants financiers concernés par une remise en ordre de la fiscalité sont, a priori vraiment considérables : de l'ordre de 250 à 260 Md €, soit 13 % du PIB* »<sup>(62)</sup>. Traduisons : **recupérer quatre mois de fraude et d'évasion fiscale et sociale suffirait à couvrir le déficit annuel des administrations publiques... Lutter efficacement contre ces deux fléaux, ce serait tout à la fois rééquilibrer les comptes et avoir les moyens de rembourser la totalité de la dette en moins d'une quinzaine d'années!**

« Ne pas vivre au-dessus de ses moyens », de cette maxime héroïque, l'érosion des ressources publiques

59 « Changer vraiment ! Quelles politiques économiques de gauche », J.M. Harribey, P. Khalfa, Ch. Marty, G. Etiévent, N. Holecblat, M. Husson A. Lipietz et J. Rigaudiat ; Fondation Copernic, juin 2012.

60 Op. cit. p. 25

61 « La fraude aux prélèvements obligatoires », mars 2007 ; « Les prélèvements des entreprises dans une économie globalisée », octobre 2009 ; « Entreprises et niches fiscales et sociales », octobre 2010. Le Conseil des prélèvements obligatoires est un organisme d'études placé auprès de la Cour des comptes. Ses rapports sont en ligne sur le site de la Cour.

62 Op. cit., p. 28.

est donc le socle, impavide et silencieux mais, de ce fait même, omniprésent du discours de la dette.

### 1.3. Le discours de la dette : la voix – la voie – de la servitude volontaire.

Enfin, « ne pas vivre au-dessus de ses moyens », ne pas s'endetter, c'est aussi inévitablement forcer l'allusion au bon sens bourgeois, qui veut que l'on vive à « selon sa condition » et fait de la gestion de « bon père de famille » le point central de toute économie. Mais dans cette famille-là, les états-membres sont des fils prodiges potentiels, et l'UE – et avec elle la Commission qui l'incarne – l'autorité qui « veille » à ce que les inévitables débordements demeurent dans les bornes que la prudence et la vigilance des commissaires permettront de juger acceptables. La Commission se glisse ainsi subrepticement dans la peau du père (des peuples ?) pour mieux faire accepter sa loi. De faire consentir à l'autorité paternelle qu'elle n'est pas. De faire, en somme et pour parler comme La Boétie, consentir à une servitude volontaire.

Cette métaphore organiciste, qui fait des nations des familles, des peuples des enfants et de leurs dirigeants des pères putatifs ne fait que réactiver un grand classique réactionnaire qui n'a pas grand-chose à voir avec la démocratie. Elle voudrait, de surcroît, faire prendre des vessies pour des lanternes. Car la bienveillance paternelle qu'elle affiche sur le site de la Commission à l'attention du grand public n'est pas vraiment à l'ordre du jour ! Les textes des traités, – mais encore faut-il les lire – parlent, eux, de « nécessité », de « dispositifs contraignants », « d'inciter et, au besoin de contraindre », voire « d'obligation » de réduire la dette selon un rythme imposé (cf. Encadré 2)...

Il y a donc tromperie sur le pacte, qui n'est familial que par une métaphore fallacieuse, comme sur la loi, qui n'est en rien celle du Père, mais a tout à voir avec un fantôme proprement sadique. Celui d'une contrainte que l'on impose – et serait donc subie –, mais que l'on voudrait pourtant attendue, – sans révolte donc – et si possible même reconnaissante envers le persécuteur, ainsi délié de toute culpabilité. C'est d'ailleurs en cela que sadisme il y a !

Ce cadre est d'ailleurs désormais tellement intériorisé, qu'il apparaît même à certains qu'il faille surenchérir dans la contrainte disciplinaire voulue par les institutions européennes, en segmentant encore plus étroitement la dépense publique. Pour cela, il est proposé de resserrer la contrainte en mettant des cloisons étanches au sein des dépenses publiques ; chacun des sous-périmètres, – et non plus l'ensemble considéré dans sa globalité –, étant alors soumis aux impératifs d'équilibre de l'article 3 du TSCG. Ainsi, la Cour des comptes vient-elle de

proposer : « *L'interdiction par un texte de niveau organique d'un portage par l'ACOSS<sup>(63)</sup> de tout déficit d'origine structurelle (qui) constituerait un levier majeur pour prévenir l'installation de déficits autres que ceux liés à la dégradation du cycle économique. Ces derniers devraient être pour leur part supportés par des dispositifs spécifiques de lissage des variations conjoncturelles de recettes.* »<sup>(64)</sup>

Cet état de droit là est le cadre général qui nous est désormais imposé. En cela, il représente une mutation considérable et quasiment silencieuse de nos institutions. Il acte, en effet, l'avènement d'un type institutionnel à maints égards nouveau : une démocratie représentative nationale amputée de sa pleine souveraineté économique sur la sphère publique<sup>(65)</sup>.

L'endettement n'est donc ainsi mis en avant que pour mieux être dénoncé. Il est le résultat déplorable d'une imprévoyance prolongée, de l'accumulation des déficits, la triste note de frais que nous laisserons en héritage à nos enfants ; le signe de notre culpabilité, de ce dont nous devrions avoir honte. Il est la mesure des efforts et de la peine auxquels il nous faut consentir à être assujettis. La contrainte d'équilibre comptable de nos institutions publiques, qu'impose l'article 3 du TSCG, se veut, en somme, signe de vertu...

Tableau 1. L'endettement public au sens de Maastricht

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 T2
<b>Dette publique (en Md €)</b>	1 754	1 868	1 953	2 038	2 098	2 147	2 232
<b>PIB en valeur</b>	2 059	2 087	2 115	2 148	2 194	2 229	
<b>Dette publique (points de PIB)</b>	<b>85,2</b>	<b>89,5</b>	<b>92,3</b>	<b>94,9</b>	<b>95,6</b>	<b>96,3</b>	<b>99,2</b>
<b>Croissance du PIB (volume en %)</b>	2,1	0,2	0,6	0,9	1,1	1,2	

Source : Cour des comptes, *Situation et perspectives des finances publiques, juin 2017*, et, pour T2 2017, INSEE, *Informations rapides n° 258*, 29 septembre 2017

63 L'ACOSS est en quelque sorte la banque de la sécurité sociale : elle collecte les cotisations, les répartit entre les branches et assure le financement partiel des déficits en recourant à l'endettement.

64 Rapport sur la sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2017, p. 16.

65 Qui vient ainsi compléter le dessaisissement de la puissance publique par le développement des « autorités administratives indépendantes » ; dotées de pouvoirs institutionnels, dont l'activité est hors de tout contrôle et de toute sanction démocratiques.

## 2. De quoi la dette est-elle la mesure ?

### 2.1. Des infortunes de la vertu et de la prospérité du vice : vers les 100 %.

« *Le déficit public a diminué en 2016 de 0,2 point du Produit intérieur brut (PIB) pour s'établir à 3,4 points de PIB. Ce repli du déficit est plus modéré que la diminution, déjà peu importante, de 0,3 point par an en moyenne constatée sur la période 2011-2016. L'amélioration résulte d'une augmentation des dépenses inférieure à celle du PIB, pour une part imputable à des facteurs exceptionnels, et notamment à la poursuite de la baisse des taux d'intérêt. La dette publique a encore augmenté en 2016, atteignant 96,3 points de PIB. Elle s'est accrue de 32 points par rapport à 2007, et de 11 points par rapport à 2011.* »<sup>(66)</sup>

C'est ainsi que s'ouvre le dernier en date des constats de la Cour des comptes au sujet de la dette publique. Au regard des règles de Maastricht et du TSCG réunies, la France est assurément bien loin d'être dans les clous : le déficit d'ensemble persiste, et, de surcroît, reste supérieur aux 3 % prescrits par les diafoirus européens. Bref, plutôt que se réduire et s'engager vers l'horizon des 60 %, l'endettement public s'accroît. S'il est aujourd'hui un horizon, c'est bien plutôt à brève échéance celui des 100 %. La vertu a décidément bien du mal à se frayer un chemin...

Mais si le vice a ainsi été amené à prospérer c'est, comme l'indique la Cour, très largement sous l'effet de la crise de 2007 : 32 points de dette supplémentaire depuis lors ! Il suffit de savoir faire une soustraction : 96,3-32 = 64,3. Jusque-là, comme tant d'autres, la France tangentait donc les canons de la beauté bruxelloise.

66 La situation et les perspectives des finances publiques, audit, Cour des comptes, juin 2017, p. 21.

## 2.2. La France, mauvaise élève?

Sauf à s'engager dans des politiques d'austérité drastique, l'explosion de la dette est donc le résultat le plus certain de la crise économique. S'il en est ainsi, c'est pour deux raisons essentielles.

La première tient au fait que les dépenses publiques représentent une dépense contra-cyclique : en se maintenant, elles viennent par leur inertie, soutenir une croissance défaillante. C'est tout particulièrement vrai des administrations de sécurité sociale. Elles visent à

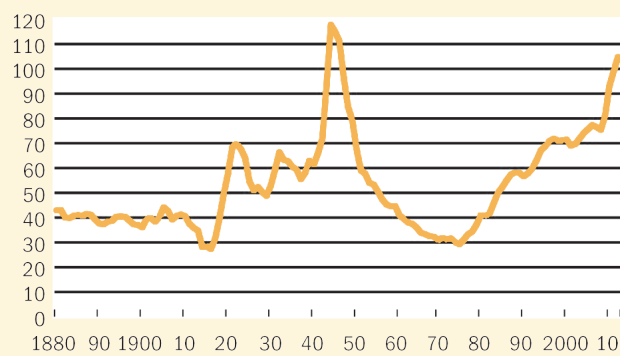
satisfaire des besoins, non à répondre à des exigences de rentabilité ou de profit. Ainsi, les dépenses des régimes maladie ou vieillesse ne varient nullement en fonction de la conjoncture économique ; alors que leurs ressources sont, au contraire, directement dépendantes de l'évolution des salaires et de l'emploi. Les dépenses publiques représentent, au prix d'un déficit (et donc d'un endettement accru), un élément considérable d'amortissement des crises et de soutien de la conjoncture. Il en va ainsi parce que leur logique de fond n'est pas économique, mais sociale, au sens le plus large de ce terme.

### Encadré 3. Dette publique : le constat du FMI

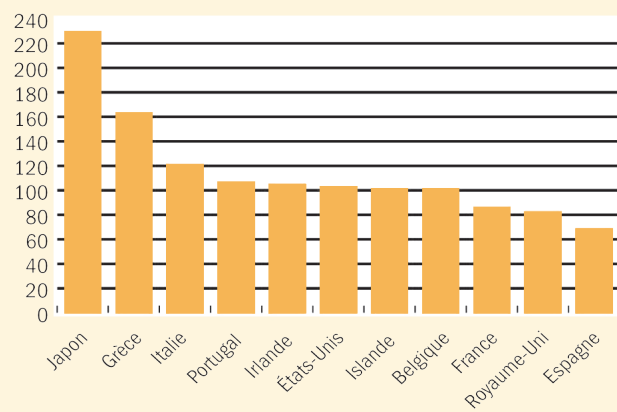
#### De plus en plus élevée

En pourcentage du PIB, la dette publique brute des pays avancés se rapproche des sommets historiques ; le ratio dette/PIB de plusieurs pays avoisine ou dépasse actuellement 100 %.

(niveaux historiques d'endettement; moyenne pondérée par le PIB, en dollars de 2011 et en pourcentage)



(ratio dette/PIB des pays ci-dessous en 2011; en pourcentage du PIB)



Sources : Abbas et al., 2010, "Strategies for Fiscal Consolidation in the Post-Crisis World" (Les stratégies de rééquilibrage budgétaire dans le monde post-crise), FMI, dossier n° 10/04 du Département des finances publiques; calculs des services du FMI

Source : Bulletin du FMI, « Quelques leçons de l'histoire pour maîtriser la dette publique », 27 septembre 2012

On ne peut impunément les manipuler en fonction de la conjoncture immédiate. On verra ci-après que c'est d'ailleurs l'argumentaire de l'UNEDIC pour expliquer le déficit qui est le sien. De surcroît, et c'est la seconde raison, l'action publique peut être mobilisée de façon volontariste pour lutter contre la crise, ce qui creuse temporairement le déficit, mais stabilise la croissance et préserve l'emploi : accroissement des investissements dans des infrastructures, aide sociale... Au lendemain de la crise de 1929, c'était le fondement même du New Deal de Roosevelt. En irait-il autrement au lendemain de la plus grande crise que le monde ait connu depuis...

1929?<sup>(67)</sup> Depuis le TSCG, c'est en tout cas une piste qui est écartée.

Quoi qu'il en soit, force est de constater que face à la crise il en a été des nations comme des animaux malades de la peste chers à La Fontaine : « *ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés* ». Tous, partout sans nulle exception, se sont alors considérablement endettés (cf. Encadré 3).

67 On pourra objecter que la mondialisation et l'ouverture des frontières interdisent les relances keynésiennes dans un seul pays. Certes, mais c'est, par là même, souligner la totale impuissance de l'Union européenne, zone économique largement intégrée et faiblement ouverte sur son extérieur, à engager la moindre action de relance coordonnée. Les 300 Md € du plan Juncker de 2012 n'ont jamais été autre chose qu'un pur affichage. L'explosion de l'endettement des pays de l'Union est ainsi l'une des conséquences de son impotence.

Les indications générales sur ce sujet ne sont d'ailleurs pas aussi faciles à trouver qu'on pourrait le penser. Si l'Union européenne publie, via son office statistique, Eurostat, les données propres à sa zone, qui sont donc aisément accessibles ; l'OCDE, en revanche, ne publie plus les statistiques concernant la dette publique de ses pays membres<sup>(68)</sup> ! Sans doute y a-t-il été estimé que publier des données montrant que dans nombre de pays la dette publique dépasse allègrement, non seulement la norme maastrichtienne mais aussi le montant de leur PIB, sans qu'une catastrophe majeure y advienne, aurait été de mauvaise pédagogie. Comment nos sourcilieux censeurs pourraient-ils, en effet, justifier que le Japon soit, sans dommage, plus mauvais élève que la Grèce ; ou que les États-Unis fassent niveau de dette commun avec l'Irlande et le Portugal, Comment, enfin, expliquer que l'Espagne soit dans le collimateur austéritaire, alors qu'elle est moins endettée que le Royaume-Uni ? Complicé, pour le moins !

Le FMI, qui n'a heureusement pas ces pudeurs de jeune fille, reconnaît sans fard que la moyenne des dettes publiques dans les « pays avancés » est supérieure à 100 % du PIB, et qu'actuellement, elle s'établit même en moyenne aux alentours de 125 % dans les pays les plus avancés<sup>(69)</sup>.

Tel est donc le cadre général dans lequel toute réflexion sur la dette publique doit s'inscrire.

### 3. La dette sociale.

#### 3.1. La vraie place de la dette sociale.

Dans l'ensemble de la dette publique, entendue au sens de Maastricht, **la dette sociale**, celle des administrations de sécurité sociale (ASSO), représente aujourd'hui (cf. Tableau 2) un montant l'ordre **232 Md €, soit environ 10 % du total**. La statistique maastrichtienne,

la dette « brute », est, on l'a vu, l'indicateur institutionnel de référence, la mesure de la vertu et le guide de déclenchement des foudres disciplinaires européennes. Il s'en faut pourtant de beaucoup pour qu'il puisse passer pour une mesure ayant véritablement un sens économique. Il y a à cela de nombreuses raisons, le tableau 2, construit à partir des données officielles, illustre les deux principales d'entre elles.

Tout d'abord, les administrations possèdent des actifs « liquides », il faut à tout le moins les en déduire pour retrouver un minimum de bon sens économique (cf. encadré 1). C'est tellement vrai, que chaque trimestre, l'Insee, – qui a sans doute quelque remords à ne publier qu'une statistique aussi fruste aux yeux de ses propres experts –, publie simultanément les chiffres de **la dette brute** (maastrichtienne) et ce que les comptes nationaux appellent **la dette nette**.

En second lieu, – et c'est, on va le voir, particulièrement important s'agissant des ASSO, – les diverses administrations possèdent d'autres actifs financiers, certes moins liquides que leurs trésoreries, mais néanmoins bien tangibles : des actions ou des titres d'organismes de placement collectif (OPC), qui pourraient être réalisés si nécessaire. Le résultat de la soustraction de la dette de l'ensemble de ces différents actifs constitue ce que les analystes financiers appellent le **passif net, ou la situation financière nette**. **Cet agrégat représente le cumul des déficits passés restant à financer**.

Pour éviter autant que faire se peut la confusion entre des concepts aux dénominations proches, j'ai ici appelé cette *situation financière nette*, **la dette super nette** (cf. Tableau 2), dont le chiffre, même s'il est aisément reconstituable à partir des données de l'INSEE, n'est nulle part publié en tant que tel.

68 Lorsqu'on interroge la base de données de l'OCDE, sous l'item « dette publique » apparaît une phrase en gros caractères rouges masquant les données, d'ailleurs floutées, et indiquant « the updates and revisions for OECD central government debt database have been suspended. This dataset is no longer updated ». Tout commentaire serait superflu...

69 Pays les plus avancés : RFA, Canada, États Unis, France, Italie, Japon, Grande-Bretagne. Ce constat est celui du « Rapport 2017 sur les perspectives et politiques économiques mondiales », FMI, octobre 2017, p. 12.



**Tableau 2. La répartition de la dette publique de la France au deuxième trimestre 2017**

en Md €	1. Dette brute	Répartition	2. Dette nette	3. Actions et OPC détenues	2 - 3 = 4 Dette «super nette»	Répartition
État	1 790,4	80,2 %	1 649,7	60,9	1 588,8	89,8 %
ODAC <sup>(70)</sup>	11,5	0,5 %	-1,5	35,3	-36,8	-
Collectivités locales	197,5	8,9 %	185,1	0,1	185,0	10,4 %
Administrations de sécurité sociale	232,4	10,4 %	168,6	137,4	31,2	1,8 %
<b>TOTAL</b>	2 231,7	100,0 %	2 002,0	233,7	1 768,3	100,0 %

Source : INSEE, *Informations rapides*, n° 258, 29 septembre 2017.

Une fois tenu compte de ces deux éléments, on obtient donc au total, une dette «super nette», nette de tous les actifs financiers, qu'ils soient immédiatement liquides ou pas<sup>(71)</sup>. Le paysage en est assez fortement modifié. D'abord, parce que la dette publique ne représente plus désormais, pour prendre ce repère devenu habituel, que 79 % du PIB. Ensuite, parce que la position relative des uns et des autres en est bouleversée : ainsi, les ODAC sont dans leur ensemble créanciers nets de près de 37 Md €<sup>(72)</sup>, soit moins de 2 % de la dette totale.

Quant aux ASSO, prises dans leur ensemble, leur dette représente moins de 2 % de l'ensemble, pour un montant qui n'est plus que de 31 Md €, à comparer aux 232 Md € selon Maastricht ! On va maintenant voir ce que ce chiffre représente et à quel point il est intéressant et significatif...

Dès lors qu'elle est instituée en norme, la notion de dette brute apparaît ainsi pour ce qu'elle est : un critère purement politique, et un majorant artificiel permettant de mieux culpabiliser les opinions publiques.

70 Les ODAC, *organismes divers d'administration centrale*, ou opérateurs de l'État, sont une catégorie d'établissements publics au sens de la comptabilité nationale. Elle regroupe des organismes auxquels l'État a donné une compétence fonctionnelle spécialisée au niveau national. Contrôlés et financés majoritairement par l'État, ces organismes ont une activité principalement non marchande. Leur diversité est extrême, puisqu'ils vont de l'ADEME à la Comédie française, en passant par l'ANPE ou l'Agence des participations de l'État.

71 On se doit ici d'ajouter que par rapport à l'analyse comptable habituelle, l'approche de Maastricht est fautive et orientée. Pour les comptables, dans l'analyse de bilan, la «dette brute», contrairement à la «dette nette», ne fait pas l'objet d'une analyse particulière. Encore faut-il préciser que la «dette nette» des comptables se définit comme : la différence entre les dettes bancaires et financières, diminuées des disponibilités et valeurs mobilières de placement, ce que, par commodité, j'ai ici appelé la «dette super nette».

72 Rappelons, ceci expliquant cela, que parmi les ODAC figure l'Agence des participations de l'État.

### 3.2. C'est la faute à la Sécu !

Dans son principe, la question de la dette «sociale»<sup>(73)</sup> ne se limite pas à la seule dette des administrations de sécurité sociale. L'État et les collectivités locales interviennent, en effet, également dans le champ social au travers de dispositifs qu'ils financent. Ainsi, en 2014, l'État et les administrations centrales versaient 13 % des prestations de protection sociale (pensions civiles et militaires, supplément familial de traitement, mais aussi allocation aux adultes handicapés et désormais la quasi-totalité des allocations logement), tandis que les collectivités territoriales en assumaient 5 % (revenu de solidarité active, prestation de compensation du handicap...). Toutefois, comme l'a récemment rappelé un rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS) : «pour l'État, on ne peut isoler la contribution des dépenses d'intervention sociale à la formation de sa dette en l'absence de principe d'affectation des recettes aux dépenses. Quant aux collectivités locales, elles n'ont pas la faculté de s'endetter pour financer des dépenses de fonctionnement, ce qui exclut l'essentiel leurs dépenses sociales du champ de l'endettement»<sup>(74)</sup>. On s'en tiendra donc au seul champ des ASSO.

Sous un intitulé parfaitement controuvé : «la contribution du régime général au besoin de financement des ASSO»<sup>(75)</sup> (cf. Tableau 3), la Commission des comptes de la Sécurité sociale présente un tableau synthétique commode pour notre propos.

73 Cette partie de mon exposé doit beaucoup à un récent rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale : «Rapport sur les perspectives de financement à moyen-terme de la protection sociale», juin 2017.

74 Rapport du HCFIPS, précité, p. 90.

75 Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juillet 2017, p. 182 et suivantes.

Il nous servira ici de guide, si ce n'est, – comme on va le voir – qu'il s'agit d'une boussole indiquant... le sud !

L'histoire qui y est racontée se veut simple : le régime général (RG) connaît un déficit chronique, comme à un moindre titre les ODASS (i.e., essentiellement, les hôpitaux). Au total, même si les autres régimes sont

globalement et nettement excédentaires, même si le déficit du RG se réduit, le besoin de financement est toujours là et nécessite le recours à un endettement accru. Une cause essentielle donc à cela : le déficit du régime général, «ce pelé, ce galeux dont venait tout le mal». Haro sur le baudet, donc.

**Tableau 3. Le besoin de financement des ASSO depuis 2013, selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale**

En Md €	2013	2014	2015	2016
Besoin de financement du RG + FSV	-14,1	-11,5	-11,1	-8,4
Capacité de financement des autres régimes	+6,4	+5,8	8,1	+7,8
Besoin de financement des ODASS	-1,1	-2,0	-1,7	-2,3
<b>Besoin de financement total des ASSO</b>	<b>-8,8</b>	<b>-7,8</b>	<b>-4,7</b>	<b>-2,9</b>

Source : INSEE, *Informations rapides*, n° 258, 29 septembre 2017.

En fait, pour comprendre ce qui se joue dans cette présentation où les dés sont pipés, il faut savoir ce qui relève du RG et du FSV ; savoir que, derrière les «autres régimes», il y a tout aussi bien l'UNEDIC, que la CADES. Encore faut-il pour cela aussi savoir ce que sont les organismes qui se cachent derrière ces sigles, quelle est leur situation financière et quel est exactement le rôle de chacun.

C'est ce que nous allons maintenant tenter d'éclaircir.

**Mais avant cela, une remarque liminaire :** parmi les ASSO, figurent les hôpitaux. La dette des établissements publics de santé est évaluée à 29,3 Md € à fin 2015. Il faut remarquer que «L'accumulation de cette dette est largement la contrepartie de l'effort d'investissement des hôpitaux, qui a été très soutenu sous l'impulsion des plans nationaux d'investissement (plans «Hôpital 2007» et «Hôpital 2012»). Ces plans d'investissement ont peu mobilisé le levier de l'autofinancement, mais se sont traduits par la constitution d'actifs importants en termes immobiliers ou d'équipements»<sup>(76)</sup>. L'essentiel de cet endettement étant ainsi gagé par des actifs matériels et étant retracé dans l'agrégat d'ensemble, il ne fera pas l'objet d'un examen particulier.

On se limitera donc ici à l'analyse détaillée des deux sources principales de l'endettement des ASSO : **l'UNEDIC et les régimes de sécurité sociale.**

76 Rapport du HCFIPS précité, p. 106.

### 4. Éloge de la vertu n'est pas gage de bonne conduite : l'UNEDIC.

#### 4.1. L'UNEDIC «vit au-dessus de ses moyens».

A la situation des régimes de sécurité sociale, – et plus spécialement à celle du régime général et des autres régimes – qui va ensuite être examinée –, il convient donc d'ajouter celle de l'UNEDIC, qui gère l'assurance chômage et est un régime particulier. Association loi de 1901, gérée par les partenaires sociaux, et plus particulièrement encore par le MEDEF et la CFDT qui alternent à sa présidence, l'UNEDIC est supposée pouvoir vivre son existence sans l'appui des autorités publiques. La réalité est évidemment quelque peu différente. D'abord, parce que les conventions, passées régulièrement entre les partenaires sociaux qui gèrent l'association, ne sont pas indifférentes aux Pouvoirs publics. Ceux-ci doivent, en effet, les valider et ont seuls le pouvoir «d'étendre» leur application ; c'est-à-dire de les rendre d'application obligatoire, – ainsi que les cotisations y afférentes –, dans l'ensemble des branches et des entreprises. A cette première raison structurelle, s'ajoute désormais une seconde : la situation financière passablement dégradée de l'association a rendu nécessaire de l'adosser à la garantie de l'État, afin d'en rendre le financement moins onéreux sur les marchés financiers.

Si le MEDEF est en effet l'un des chantres de la rigueur et le parangon, sinon de toutes les vertus, du moins de la gestion rigoureuse, il s'en faut pourtant de beaucoup pour qu'il mette toujours ses préceptes pleinement

en application. Pris entre deux feux : augmenter les cotisations pour faire face aux effets destructeurs de la crise des subprimes sur l'emploi et respecter la discipline européenne sur les déficits, ou laisser filer les déficits,

les gestionnaires de l'UNEDIC ont retenu le second terme de l'alternative que les circonstances leur dictaient. Entre deux maux, ils ont choisi celui qui leur semblait le moindre. Ils ont donc choisi le déficit et l'endettement.

**Tableau 4. La situation financière de l'UNEDIC**

en M €	2016	2017	2018	2018	2020
<b>Recettes</b>	35 146	35 935	37 044	37 909	38 845
<b>Dépenses</b>	39 503	39 581	39 996	39 782	39 607
<b>Solde courant</b>	-4 357	-3 646	-952	-1 874	-761
<b>DETTE</b>	<b>29 985</b>	<b>33 561</b>	<b>36 460</b>	<b>38 289</b>	<b>39 050</b>

Source : *Les perspectives financières de l'assurance chômage 2017-2020*, UNEDIC, juin 2017, p. 32.

L'UNEDIC accumule ainsi des déficits conséquents depuis 2009, qui viennent d'ailleurs s'ajouter à ceux déjà enregistrés entre 2002 et 2005. A fin 2017, l'endettement de l'UNEDIC (cf. Tableau 4) est de l'ordre de 35 Md €, soit quelque 85 % de son activité et près de 11 mois de versement de ses prestations. Pas très maastrichtien ! Pour parler comme la Commission européenne : l'UNEDIC « vit au-dessus de ses moyens. »

#### 4.2. La reconnaissance des vertus cachées du vice : le déficit conjoncturel.

Étant largement hors des clous de la discipline européenne et partie prenante à la dette publique, l'UNEDIC est, comme chacune de nos institutions, contrainte de présenter chaque année à Bruxelles des « perspectives financières pluriannuelles ». Celles-ci permettent à la Commission de fixer son diagnostic sur le « déficit excessif » des états-membres et l'éventuelle mise en œuvre des procédures contraignantes qui lui sont associées dans les traités.

Bien consciente qu'il lui faut se défendre et s'exonérer, sinon de toute responsabilité, du moins de toute véritable faute, l'UNEDIC a ainsi développé un argumentaire propre. Il est particulièrement intéressant et révélateur ; on aurait d'ailleurs pu espérer que nos gouvernements s'en saisissent eux-mêmes pour les institutions publiques qui sont sous leur responsabilité...

Sous l'intitulé : « De l'intérêt de décomposer le solde de l'assurance-chômage en parties structurelle et conjoncturelle »<sup>(77)</sup> l'UNEDIC explique que « les dépenses

*d'assurance chômage sont très sensibles à la conjoncture puisqu'elles dépendent de l'ampleur du chômage : 83 % des dépenses correspondent directement aux allocations versées et 9 % sont des cotisations versées aux caisses de retraites complémentaires pour les chômeurs indemnisés, versements proportionnels aux allocations versées. En période de crise, le chômage s'amplifiant, ces dépenses s'accroissent (...). De manière analogue, les recettes de l'Assurance chômage sont liées aux fluctuations économiques : les recettes proviennent à hauteur de 97 % des contributions, qui correspondent à une proportion de la masse salariale ; or la masse salariale résulte elle-même des mouvements de l'emploi et de l'évolution des salaires. En période de crise économique, l'emploi se contracte, la masse salariale aussi et les recettes sont impactées négativement. De ce fait, l'assurance chômage constitue un puissant stabilisateur social et économique (...). Un régime d'assurance chômage équilibré est un régime où les années de déficit financier sont compensées par les années d'excédents. Isoler la partie conjoncturelle du solde amène à mieux comprendre dans quelle mesure la conjoncture impacte l'équilibre du régime d'assurance chômage au cours du temps et permet ainsi de se fixer un objectif en termes de pilotage : l'important est d'obtenir un solde structurel à l'équilibre. »*

Ainsi, le rôle conjoncturellement stabilisateur d'un régime de protection sociale est-il officiellement reconnu et – pour une fois – défendu. La place propre de l'assurance-chômage y est évidemment pour beaucoup : en période de crise, le chômage augmente et avec lui les indemnités, de leur côté, les cotisations se réduisent ou se tassent ; les finances du régime se trouvent ainsi prises dans un effet de ciseaux. Il serait pour le moins paradoxal – et politiquement intenable – qu'au motif européen de l'équilibre des comptes les prestations chômage soient réduites ! Sauf à remettre en cause le

77 « Les perspectives financières de l'assurance-chômage, 2017-2020 », UNEDIC, juin 2017, pp. 38-46.

principe même de l'assurance-chômage, il faut donc se résigner à consentir une exception temporaire aux canons de la beauté européenne.

#### 4.3. Face, je gagne, pile, tu perds : le solde structurel.

Le problème avec cette décomposition, c'est que, face au solde conjoncturel, – s'il est négatif, il est néanmoins tolérable pour la Commission européenne car supposé temporaire –, il en existe un autre, le solde structurel, qui ne l'est pas : sa permanence contrevient ostensiblement aux exigences de la règle d'or de l'article 3 du TSCG. Or, isoler le premier, c'est, ipso facto, faire venir le second en pleine lumière. Autant dire, au passage, que tout l'art des experts se déploie ici. Soit, s'ils sont du côté de la sadisation des peuples, pour faire apparaître le solde conjoncturel le plus faible et en rajouter dans le solde structurel ; soit, et c'est ici la fonction de ceux de l'UNEDIC, pour maximiser le rôle de la conjoncture dans l'apparition des déficits. Inutile de dire que la bataille entre économistes autour de la mesure de « l'output gap », « l'écart de production », – écart entre un PIB potentiel, sensé pleinement utiliser les facteurs de production – et le PIB réel – est une bataille particulièrement vive et incertaine<sup>(78)</sup>. Au-delà des batailles d'universitaires, elle est surtout lourde d'enjeux !

Force en tout cas a été pour les experts de l'UNEDIC de reconnaître leur échec : « Depuis 2010, les soldes conjoncturels et structurels sont négatifs. Le solde structurel hors charges d'intérêt est en moyenne de -1,5 Md €

78 S'agissant de concepts particulièrement volatiles, rien, en effet, ne permet ici d'avoir de véritables assurances sur le bien-fondé de telle ou telle méthode ni d'ailleurs des résultats. Les économistes de l'UNEDIC s'en expliquent assez clairement : « la mesure de l'écart de production dépend de nombreuses hypothèses et la décomposition du solde entre parties structurelle et conjoncturelle présente une marge d'incertitude importante. Et ce pour plusieurs raisons : la mesure du PIB potentiel : les principales organisations internationales et les exécutifs nationaux et européens réalisent des mesures de PIB potentiel. Ces mesures varient sensiblement selon les sources (Commission européenne, OCDE, FMI, etc.). Nous utilisons ici la mesure fournie par la Commission européenne, mesure de référence. La réactivité des dépenses et des recettes d'assurance chômage à la conjoncture (élasticité) : à PIB potentiel donné, le calcul du solde structurel est très sensible à l'élasticité des dépenses et des recettes d'assurance chômage à l'output gap, c'est-à-dire à l'amplitude de variation des dépenses et des recettes lorsque l'output gap varie. Cette amplitude de variation n'est pas une grandeur aisément mesurable. Elle ne peut qu'être estimée par un modèle. Elle est donc elle aussi sujette à une certaine marge d'incertitude. Le calcul de l'indicateur d'output gap dépend non seulement du PIB potentiel, mais aussi de la mesure du PIB effectif (ou réel). Ainsi, aux difficultés de choix de la méthode, se rajoute l'incertitude liée aux révisions qui peuvent intervenir plus tard sur le PIB réel mesuré par l'Insee. Ce dernier est en effet régulièrement révisé sur les années les plus récentes. Ainsi, au mois d'avril, le PIB effectif mesuré par l'Insee a été révisé à la hausse sur les années 2014, 2015 et 2016, alors que la mesure d'output gap de la Commission européenne est antérieure. Le solde structurel est d'autant plus volatil qu'il est étudié sur des années récentes. On peut considérer que jusqu'en 2014 l'historique de la décomposition du solde est fiable et stabilisé ; les années plus récentes sont en revanche à considérer avec précaution. »

entre 2010 et 2016. »<sup>(79)</sup> La science économique a donc fini par parler : l'UNEDIC présente non seulement un déficit conjoncturel, mais aussi un déficit structurel... Il est de l'ordre de la moitié du déficit constaté.

Ce qu'il y a de bien avec la norme européenne – « ne pas vivre au-dessus de ses moyens » – c'est que le deal est lose-lose, perdant-perdant, pour les peuples. Si le solde structurel est positif, c'est que l'institution vit au-dessus de sa condition ; il y a excès de ressources, qu'il convient donc de réduire. Si, à l'inverse, il est négatif – comme ici –, c'est que l'institution vit au-dessus de ses moyens ; il faut raboter les prestations à due concurrence, afin de ramener le « solde structurel » à zéro. En somme, pour Bruxelles : face je gagne, pile tu perds !

Le choix a effectivement été celui-là et s'est matérialisé dans la convention 2017. Comme l'écrit l'UNEDIC : « selon le chiffrage présenté dans l'analyse de l'impact de la convention 2017, la mise en œuvre des nouvelles règles d'Assurance chômage conduit à réduire le solde structurel de 930 M € par an, ce qui correspond aux économies réalisées en régime de croisière. » L'application de cette nouvelle convention combinée avec la réforme des règles entre états européens pour les travailleurs transfrontaliers décidée par Bruxelles aboutit à ce que les « deux mesures cumulées permettraient de résorber presque totalement le solde structurel de l'Assurance chômage moyen ». Bref, ce que la convention de 2009 avait apporté, – notamment avec la fin des filières et le raccourcissement de la durée d'affiliation pour l'ouverture d'un droit –, celle de 2017 est venue financièrement le contrebalancer.

#### 5. « Ce pelé, ce galeux » : le régime général.

La possibilité de recours à l'endettement des régimes de sécurité sociale est très encadrée (cf. Encadré 4), qu'il s'agisse de répondre à des besoins de trésorerie ponctuels en faisant appel à l'ACOSS, ou de couvrir des besoins de financement de nature plus permanente via la reprise de leur dette par la CADES. De ce fait, le financement des déficits et le recours à l'endettement de ces organismes sont passablement alambiqués, car indirect et se faisant, de surcroît, selon des modalités mouvantes au fil du temps.

Pour s'en tenir à l'essentiel, on retiendra que les régimes transfèrent leurs déficits dans des conditions définies, soit auprès de l'ACOSS, – la « banque » de la Sécu –, soit auprès de la CADES (cf. Encadré 5). Ces organismes ont, eux, recours à l'emprunt auprès du

79 UNEDIC, op. cit., p. 41.



système financier et portent donc la dette sociale. Enfin, mais pour le seul régime vieillesse, un refinancement partiel était possible auprès du Fonds de réserve des retraites (FRR) qui, ayant été doté de ressources propres, a acquis des valeurs financières. C'est ainsi qu'il a financé partiellement les retraites du régime général par la vente de ses actifs financiers et l'utilisation des revenus qu'il en tire. Toutefois, depuis la LFSS de 2011, ce rôle originel a totalement disparu (cf. Encadré 6). **Désormais, l'ensemble de la dette, – autre que les besoins de trésorerie, dont l'ACOSS a la charge –, est portée par la CADES.** Le FRR, qui ne finance donc plus, en aucune façon, les retraites, apporte à cette dernière des ressources en vendant partie de ses actifs, ou en utilisant les produits financiers qu'il en tire.

#### Encadré 4. Les organismes de sécurité sociale et l'endettement

En application de l'article LO. 111-3 du Code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale peut autoriser, de façon limitative, les organismes de sécurité sociale dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, à recourir à des « ressources non permanentes », dans la limite de montants déterminés chaque année. Les articles L.139-3 à L.139-5 du Code de la sécurité sociale précisent que les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes habilités par la loi de financement « ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois ». En cohérence avec ces principes, l'Acoss n'est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à n'émettre des titres de créances négociables, que d'une durée d'au plus un an.

Seuls cinq organismes ont été autorisés par la LFSS pour 2017 à recourir à l'emprunt : **l'agence centrale des organismes de sécurité sociale** (Acoss) pour le régime général, mais aussi pour les organismes dont

#### 5.1. A la recherche du déficit perdu de la Sécurité sociale.

La situation actuelle des déficits des régimes de sécurité sociale est assez claire. Tout d'abord, en 2016, après plus d'une décennie de déficits, **la CNAV** est redevenue excédentaire (+0,9 Md €) et le restera en 2017. Elle y serait d'ailleurs parvenue dès 2015, si cette année n'avait pas été marquée par l'intégration financière de la branche retraite du RSI au régime général. Pour la Commission des comptes de la sécurité sociale, cette situation nouvelle « s'explique par les effets du relèvement progressif de l'âge de départ en retraite sans décote de 60 à 62 ans, qui entraîne des reports de liquidation pour les générations concernées, et par le début du relèvement progressif de 65 à 67 ans de l'âge de départ à taux plein pour la première génération concernée, celle née au second semestre 1951. Enfin la faible inflation se traduit par des revalorisations des prestations d'ampleur très limitée (+0,08 % en moyenne annuelle en 2016, après +0,03 % en 2015) »<sup>(80)</sup>.

elle assure la couverture des besoins de trésorerie, **la caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA), la **caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines** (CANSSM), la **caisse nationale des industries électriques et gazières** (CNIEG) et la **caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF**. Quant aux autres régimes, les uns, sont financièrement intégrés au régime général, les autres, n'ont pas besoin d'une telle autorisation d'emprunt, leur profil de trésorerie actuel ne le justifiant pas.

Ces règles ont vocation à limiter le recours à l'emprunt à la stricte couverture de besoins de trésorerie. Dans les faits, cependant, même si **l'essentiel de la dette du régime général a été transférée à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**, elles n'interdisent pas à l'Acoss de porter une dette de nature plus permanente, à la condition que son financement ne mobilise que des instruments à maturité de moins d'un an – ce qui oblige à la refinancer régulièrement. Enfin, pour être complet, les conventions régissant les régimes de retraite complémentaire ne leur permettent pas le recours à l'emprunt.

80 Commission des comptes de la Sécurité sociale, op. cit., p. 21.

#### Encadré 5. La CADES

**La caisse d'amortissement de la dette sociale** (Cades), a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996, afin d'amortir, sur une durée limitée et grâce à des ressources dédiées, les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi. De fait, la quasi-totalité des dettes qui lui ont été transmises sont celles du régime général. Il est à noter, toutefois, que **l'intégration financière d'un nombre croissant de régimes au régime général aboutit à ce que le déficit transféré à la Cades comprend les déficits des régimes financièrement intégrés.** En application de l'article 4 bis introduit en 2005 dans l'ordonnance du 24 janvier 1996, chaque nouveau

transfert de dette doit être accompagné d'un transfert de ressources suffisantes pour ne pas repousser l'horizon d'amortissement de la dette sociale, aujourd'hui estimé à 2024. En l'absence de nouvelle reprise de dette prévue en 2017, **le montant global des reprises opérées par la CADES depuis sa création atteindra près de 260,5 Md €** au 31 décembre 2017. A cette date, la caisse devrait avoir amorti 139,5 Md €, soit près de 54 % de la dette reprise et près de 6,1 points de PIB. Il lui resterait alors 121 Md € à rembourser soit 5,3 points de PIB.

#### Encadré 6. Le FRR

**Le fonds de réserve pour les retraites** (FRR) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à l'horizon 2020. Tel était son rôle originel. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a, de surcroît, pour mission de gérer pour le compte de la CNAV, jusqu'en 2020, 40 % de la soulte versée au régime général par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), en contrepartie de l'adossement du régime spécial de retraite des IEG.

Toutefois, **depuis la LFSS pour 2011, dans le cadre du transfert à la CADES des déficits de la CNAV et du FSV sur la période 2011-2018**, la LFSS pour 2011 a prévu la mobilisation anticipée des ressources du fonds. D'une part, le produit de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital dont bénéficiait le FRR a été réaffecté à la CADES à compter de 2011, **le fonds ne dispose donc plus de recettes autres que ses produits financiers.** D'autre part, **le FRR effectue des versements annuels au profit de la CADES – depuis 2011 et jusqu'en 2024 – à hauteur de 2,1 Md € au titre de la réalisation progressive de ses actifs.** Pour répondre à ces nouveaux engagements vis-à-vis de la CADES, **le fonds a mis en œuvre, depuis décembre 2010, une politique d'investissement fondée sur une nouvelle allocation**

**stratégique de son portefeuille d'actifs.** Il est désormais structuré en une *poche dite « de couverture »*, composée d'actifs obligataires, et une *poche dite « de performance »* regroupant des actifs diversifiés visant un surcroît de rendement. Au 31 décembre 2016, le portefeuille d'actifs du FRR se composait, pour 51 %, d'actifs de performance – dont 75 % sont des actions – et pour 49 % d'actifs obligataires de couverture, comprenant pour moitié des titres d'émetteurs souverains. A la même date, **la valeur de marché des actifs du FRR s'établissait à 36,0 Md €,** dont 4,8 Md € correspondent à la soulte des industries électriques et gazières. La valeur des actifs du fonds était de 36,3 Md € un an auparavant. Elle connaît ainsi une baisse nette de 0,3 Md € sur l'année. Le surplus, qui est **la valeur de l'actif net du fonds déduit de son passif actualisé** (lui-même en baisse continue du fait de la réduction année après année du montant restant à verser à la CADES), **progressive de 1,1 Md €, à 14,3 Md €.** Un surplus positif témoigne de la capacité du Fonds à couvrir son passif, et **permet d'envisager une valorisation importante lorsque le fonds aura honoré ses engagements actuels, à l'horizon 2024.** Par ailleurs, un surplus qui croît signifie que **le rendement obtenu dépasse les décaissements de l'exercice.** Pour l'année 2016, **la performance d'ensemble du FRR atteint 5,0 % et est de 8,2 % pour la seule poche de performance.**

A ces raisons austéritaires, j'ajoute pour ma part le début de la fin de la bosse démographique due aux départs en retraite des enfants du « baby-boom » de l'immédiat après-guerre. Cet équilibre retrouvé apparaît ainsi désormais structurel.

Pour ce qui est des autres branches du RG, celle des accidents du travail et maladies professionnelles est en

excédent (+2,4 Md € en 2017), et la branche famille est quasiment à l'équilibre. Hors la branche maladie, toutes les autres branches du RG se présentent donc aujourd'hui en excédent. Au total, le déficit de l'ensemble RG+FSV est ainsi dû pour moitié à la branche maladie et pour moitié au FSV (cf. Tableau 5). En l'état actuel des prévisions, le RG devrait désormais être en nette,

voire large, excédent. Quant aux autres régimes de base, ils sont eux aussi structurellement en léger excédent, d'autant plus facilement, d'ailleurs, que ceux en difficulté ont été progressivement intégrés au RG.

**Tableau 5. Les déficits, réalisés et prévus, du régime général et du FSV, 2012-2021**

en Md €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maladie	-5,9	-6,8	-6,5	-5,8	-4,8	-4,1				
Accidents du travail	-0,2	+0,6	+0,7	+0,7	+0,8	+0,9				
Retraites	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	+0,9	+1,0				
Famille	-2,5	-3,2	-2,7	-1,5	-1,0	+0,5				
<b>Total RG</b>	<b>-13,3</b>	<b>-12,5</b>	<b>-9,7</b>	<b>-6,8</b>	<b>-4,1</b>	<b>-1,6</b>	<b>+1,2</b>	<b>+3,5</b>	<b>+6,6</b>	<b>+10,3</b>
FSV	-4,2	-2,9	-3,5	-3,9	-3,6	-4,0	-3,4	-2,7	-1,4	-0,8
<b>RG + FSV</b>	<b>-17,5</b>	<b>-15,4</b>	<b>-13,2</b>	<b>-10,8</b>	<b>-7,8</b>	<b>-5,5</b>	<b>-2,2</b>	<b>+0,8</b>	<b>+5,2</b>	<b>+9,5</b>

Sources : Jusqu'en 2017 : Commission des comptes de la sécurité sociale, juillet 2017 ; de 2018 à 2021, PLFSS pour 2018, Annexe 9, p. 32

Au total, actuellement le déficit d'ensemble des régimes de sécurité sociale est imputable à la branche maladie et au FSV. Dans l'avenir proche, le RG étant globalement excédentaire, ce déficit sera totalement imputable au seul FSV.

La situation de déficit permanent du FSV est à vrai dire parfaitement anormale. Le fonds de solidarité vieillesse assure, en effet, le financement d'avantages vieillesse non contributifs, qui relèvent de la solidarité nationale :

- des prises en charge de cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (13,2 Md €, en 2017) : les périodes de chômage (11,4 Md €), de service national, d'indemnités journalières et d'invalidité, ainsi que, à partir de 2015, les périodes d'apprentissage et de formation professionnelle des chômeurs ;

- des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse (3,1 Md €), des majorations de pensions pour conjoint à charge (jusqu'en 2016) et d'une partie du minimum contributif (2,5 Md €) à compter de 2011. Une prime exceptionnelle de 40 € a été versée aux retraités modestes en 2014. Cette dernière étant un dispositif de solidarité, il a paru justifié de la faire entrer dans le périmètre des missions du FSV. Ces diverses charges, qui représentent un total 20 Md €

en 2017, sont toutes<sup>(81)</sup> de solidarité nationale et leur financement ne devrait pas incomber aux régimes. Dit autrement, l'État devrait assurer l'équilibre du FSV. En ne le faisant pas, il transfère indûment et subrepticement son propre déficit – et donc son endettement – sur la sécurité sociale.

Au final, en 2016, tous régimes (RG et tous autres régimes de base) confondus et hors FSV, le déficit de la sécurité sociale a été de 3,4 Md €, à comparer à une masse de prestations de près de 500 Md €<sup>(82)</sup>. Le déficit de la Sécu a donc alors été de 0,7 % de son activité, – soit deux jours et demi de prestations, et de... 0,15 % du PIB.

De plus, en l'état actuel des prévisions, tous régimes confondus, c'est désormais un excédent qui devrait être constaté, et ce dès 2017. Avec son retour, la source de cette part de la dette sociale sera tarie. Seule demeurera alors celle de l'UNEDIC...

## 5.2. Du déficit à l'endettement.

L'essentiel de la dette des organismes sociaux résulte des deux cycles de déficits du régime général. D'abord, de 1993 à 1996, années de très fort creux, qui marque

81 À l'exception du minimum contributif pris en charge pour partie par le FSV depuis la LFSS pour 2015, Il est prévu que cette prise en charge soit progressivement réduite et cesse en 2020.

82 Les prestations versées en 2016 représentent un montant de 372,8 Md € pour le RG et de 126,2 Md € pour les autres régimes ; le total est ainsi de 499 Md €.

un important décrochage à la hausse dans le niveau des déficits par rapport aux quinze années antérieures (avec des déficits compris entre 8 et 10 Md € entre 1993 et 1996). Ces déficits ont été temporairement résorbés au tournant des années 2000 sous l'effet, en particulier, d'une évolution exceptionnelle de l'emploi, dans laquelle la réduction du temps de travail a joué tout son rôle. Mais le retour, dès 2003, à des niveaux de déficit annuel oscillant autour de 10 Md €, leur très brutale augmentation suite à la crise économique de 2008-2009, puis leur reflux par paliers expliquent l'augmentation importante de l'encours de la dette portée par la Cades et l'Acoss jusqu'en 2015.

Les modalités de financement de la dette de la sécurité sociale sont passablement complexes, elles ont, de surcroît, été modifiées à plusieurs reprises par les lois de financement de la sécurité sociale (cf. Encadrés 4, 5, 6 et 7).

### 5.2.1. De la vanité de la vertu : les besoins de trésorerie et l'endettement à court terme.

S'agissant des besoins de trésorerie et donc de la dette à court terme (moins de 12 mois), depuis 2016 et l'importante opération de reprise de déficits cumulés du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse effectuée sur l'exercice par la CADES, l'ACOSS ne porte plus que des besoins de trésorerie. Sa dette n'est donc désormais que de court terme et elle est à cet égard la source quasi unique de financement pour les caisses dont elle mutualise les trésoreries. Au 31 décembre 2016, son solde de trésorerie s'est établi à 17,3 Md €. Pour couvrir

ce besoin, le législateur a autorisé l'Agence à recourir à l'emprunt, pour un encours maximum de 33 Md € sur l'exercice 2017, ce qui lui permet de gérer la trésorerie du régime général et de participer au financement des besoins de trésorerie d'autres régimes obligatoires de base (CCMSA, CANSSM, CNIEG).

La situation qui prévaut sur les marchés financiers depuis quelques années, a entraîné un bouleversement radical des modalités de refinancement de l'ACOSS. Alors qu'en 2010, encore, elle se refinançait à 72 % par des avances de la CDC et à 12 % par des billets de trésorerie publics, les appels au marché monétaire ne représentant que 16 %. En 2017, la CDC n'intervient plus que pour 4 % des financements de l'ACOSS et les billets de trésorerie publics pour 3 %, quand les marchés financiers en représentent, eux, 92 %. Pour qui pouvait en douter, la financiarisation est bel et bien ici aussi en marche !

La décision de la Banque centrale européenne (BCE) de septembre 2014 d'abaisser ses taux directeurs a, en effet, entraîné une baisse inédite des taux interbancaires, sur lesquels reposent la majorité des financements accordés sur les marchés monétaires. La baisse a été continue depuis cette date et, de ce fait, les taux d'intérêt ont été négatifs sur l'ensemble des années 2015, 2016 et 2017. Le taux de référence (l'EONIA)<sup>(83)</sup> auquel l'Agence emprunte sur le marché monétaire s'est ainsi établi à -0,320 % sur l'ensemble de l'année 2016, ce qui a permis à l'ACOSS de se financer à un taux moyen annuel de -0,458 %.

### Encadré 7. L'ACOSS et les besoins de trésorerie

La trésorerie des différentes branches du régime général est gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Elle est affectée non seulement par les opérations d'encaissements et de décaissements de ce régime (avec un suivi individualisé par branche en application de l'article L. 225-1 du Code de la sécurité sociale), mais également par un certain nombre d'opérations pour compte de tiers dont le volume a fortement crû au cours de la dernière décennie : recouvrement de la CSG pour le compte du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), des autres régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; recouvrement de la contribution pour le remboursement de la

dette sociale (CRDS) pour le compte de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ; recouvrement de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; recouvrement des cotisations d'assurance maladie et retraite des artisans et commerçants pour le compte du régime social des indépendants (RSI) dans le cadre de l'interlocuteur social unique (ISU) ; recouvrement des contributions d'assurance chômage pour le compte de l'UNEDIC depuis 2011 ; recouvrement pour le compte des collectivités locales, hors du champ social, du versement transport (VT) ; versement de prestations pour le compte de l'État ou des départements (aide

83 European Over Night Interest Average : correspond à la moyenne pondérée des taux sur le marché monétaire au jour le jour sur le marché européen. L'EONIA moyen sur les neuf premiers mois de l'année 2017 s'est établi à -0,35 %.



médicale d'État, allocation adulte handicapé, prime d'activité...). En 2018, l'ACOSS sera chargée, à titre transitoire et dans l'attente des négociations sur l'avenir de l'assurance chômage, de verser une compensation à l'UNEDIC en contrepartie de la baisse des contributions salariales d'assurance chômage.

Cette gestion commune de trésorerie s'opère via un compte courant central de l'ACOSS ouvert auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). En dernier recours, il peut toutefois être nécessaire de couvrir un besoin de trésorerie par le recours à des financements bancaires ou de marché, qui ne peuvent que regrouper des prêts de moyen terme d'une durée inférieure à un an, des avances de trésorerie de court terme (de plusieurs jours à quelques semaines) ainsi que des découverts autorisés.

Comme doivent le reconnaître les rédacteurs du PLFSS : « Cette situation a permis à l'ACOSS, davantage encore que l'année précédente, d'obtenir des marges négatives, ce qui conduit à constater des produits financiers sur les emprunts (115 M €) et des charges sur les placements et dépôts de marché (23 M €). (...) Grâce à cette situation exceptionnelle, de la même manière qu'en 2015, l'ACOSS a pu obtenir un résultat de trésorerie 2016 positif de 91,7 M €, réalisé à partir du financement des besoins de court terme des branches du régime général (...) il est ainsi envisagé un résultat de trésorerie prévisionnel positif à hauteur de 134 M € sur l'exercice 2017 »<sup>(84)</sup>. Autrement dit, **depuis maintenant trois pleines années, emprunter – et donc s'endetter – rapporte... au débiteur!** De la prospérité du vice et de la vanité de l'éloge de la vertu...

Le recours des caisses concernées aux instruments bancaires permet de constituer un socle de financement plus long que le dispositif actuel de mutualisation entre caisse, limité aux avances infra-mensuelles (à l'exception de la CCMSA et de la CANSSM, qui ne sont pas concernées par cette borne infra-mensuelle de financement auprès de l'Agence centrale, en application des dispositions de l'article L. 225-1-4). Toutefois, au regard des conditions potentiellement coûteuses de financement auprès des banques que supportent ces caisses, le principe est de n'y avoir recours qu'en complément des capacités de l'ACOSS, les avances de cette dernière devant constituer le socle de financement. Parmi les régimes habilités à emprunter, la CPRP SNCF demeure en 2017 la seule caisse couvrant exclusivement ses besoins de trésorerie via des financements bancaires.

### 5.2.2. La possibilité d'une île : la fin programmée de l'endettement à long terme.

En vingt ans, depuis sa création en 1996, la CADES a vu plus que décupler la dette qu'elle est chargée de porter ; sur cette période, celle-ci est, en effet, passée de 23,2 Md € à 260,469 Md € (Tableau 6). Depuis 2016, elle est stabilisée à ce montant. Tout, – et en particulier les perspectives qui viennent d'être évoquées concernant l'évolution des déficits de la Sécurité sociale –, laisse aujourd'hui à penser que c'est là un montant qui va demeurer inchangé. Le financement courant des régimes étant désormais normalement assuré sans difficulté majeure par l'ACOSS.

Tableau 6. La situation de la dette sociale portée par la CADES

en Md €	1996	2015	2016	2017	2018
<b>1. Dette portée</b> <sup>(85)</sup>	23,2	236,9	260,5	260,5	260,5
<b>Résultat net d'exploitation = Amortissement annuel</b>	2,2	13,5	14,4	14,8	15,2
<b>2. Amortissement cumulé</b>	2,2	110,2	124,7	139,5	154,7
<b>1-2= 3 Reste à amortir au 31/12 N</b>	21,0	126,7	135,8	121,0	105,8

Source : annexe VIII au PLFSS pour 2018

84 Annexe 9 au PLFSS pour 2018, pp. 11-12.

85 Reste à souligner au passage que, dans ce total : 23,4 Md € correspondent à la reprise d'une dette de l'État envers les régimes (cf. note 7, bas de page 22, annexe VIII PLFSS 2018) et que, in fine, le FSV, c'est-à-dire l'État, se sera quant à lui déchargé d'environ 30 Md € de déficit sur les régimes.

Grâce à son financement, - les produits de la CRDS et de la fraction de CSG qui lui sont alloués, ainsi que les 2,1 Md € forfaitairement versés par le FRR -, le résultat net de la CADES est désormais de l'ordre de 15 Md € par an. Les prévisions pluriannuelles tablent même sur 17,5 Md € à l'horizon 2021. Telle est sa capacité d'amortissement, c'est-à-dire de remboursement de la dette qu'elle porte.

Dans ces conditions, l'extinction de la dette de la CADES est une certitude programmée. Comme l'indique le PLFSS pour 2018, « L'extinction de la dette de la CADES dépend essentiellement de trois paramètres : le rendement de la ressource, l'évolution des taux d'intérêt et le taux d'inflation. Ces paramètres sont utilisés par le modèle de gestion « actif-passif » de la CADES pour réaliser 8 000 simulations d'amortissement complet de la dette. Dans seulement 5 % des cas, la mission de la CADES ne serait pas terminée avant 8 ans (soit en 2025). Également dans 5 % des cas, l'amortissement serait achevé au plus tard au bout de 6 ans (soit en 2023). Dans le scénario médian (...), la CADES aura amorti l'intégralité de la dette qui lui a été transférée au bout de 7 ans (...). Au vu de ces éléments prévisionnels, et toutes choses égales par ailleurs, **la CADES aura amorti la totalité de la dette sociale qui lui a été transférée en 2024** ».<sup>(86)</sup>

En l'état actuel de ces prévisions officielles, le remboursement complet de la dette de la sécurité sociale devrait donc être effectif début 2024. A cette date, les ressources qui lui sont allouées : la CRDS (7,1 Md € en 2017) et une fraction de la CSG (7,9 Md €) seront alors libres de toute affectation... Reste seulement à savoir si ces quelques 15 Md € de ressources annuelles seront utilisées à améliorer les remboursements maladie, les prestations familiales et les retraites, à moins, bien sûr, qu'elles ne le soient, comme c'est à craindre, pour... réduire « le poids insupportable des charges sociales »!

### 5.3. De la prospérité du vice : les actifs du FRR.

Contrairement à ce que son intitulé maintenu le laisse penser, le FRR est désormais tout sauf un fonds destiné

aux retraites. Ne servant plus, depuis la réforme de 2011, qu'à abonder annuellement de 2,1 Md € la CADES jusqu'en 2024, il est devenu un pur acteur financier, voire un spéculateur actif. De cette transformation témoigne le cadre nouveau de gestion qui a alors été défini. Cette réforme a, en effet, « conduit l'établissement à mettre en place un cadre de gestion de ses placements dont l'objectif est de maximiser le surplus (actif-passif) tout en couvrant ce passif. Cette gestion se traduit par une décomposition de l'actif en :

- une poche dite de « couverture » essentiellement obligataire, destinée à assurer de manière très sécurisée le paiement de la plus grande partie des engagements annuels du FRR (...);
- une poche dite de « performance » visant un rendement supplémentaire, grâce à des actifs dynamiques et diversifiés et représentant 51 % de l'actif.»<sup>(87)</sup>

La poche de couverture contient des instruments de taux à risque de crédit très limité : des obligations de l'État français (OAT) et des obligations d'entreprises de qualité en euros ou en dollars. La poche de performance est actuellement composée d'actions des pays développés et émergents, d'obligations d'entreprises à haut rendement, d'obligations des pays émergents et d'actifs non cotés (capital investissement, dette privée, immobilier et infrastructures). Au 30 juin 2017, le portefeuille se décomposait de la façon suivante : 53,7 % d'actifs de performance et 46,3 % d'actifs obligataires et de trésorerie. Récemment le FRR a, de surcroît, obtenu l'autorisation d'investir dans des actifs non cotés français (capital investissement, dette privée, infrastructure, immobilier), afin de soutenir le développement de l'économie française ; il est ainsi amené à jouer un rôle certainement louable dans le développement de l'économie, mais quand même bien éloigné de sa mission initiale... Le premier semestre 2017 a vu une hausse sensible des rendements de l'ensemble des actifs de performance, et notamment des actions (+12,2 % en zone euro, +10,4 % dans les pays émergents, +7,8 % en Amérique du Nord, +5,5 % au Japon...).

Tableau 7. Valeur de marché de l'actif et résultat financier du FRR

en Md €	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Actif au 31/12 (au 31/6 pour 2017)</b>	36,3	37,2	36,3	36,0	35,4
<b>Résultat financier net</b>	1,9	1,5	1,6	0,8	1,9
<b>Somme cumulée des versements à la CADES</b>	6,3	8,4	10,5	12,6	14,7

Source : annexe VIII au PLFSS pour 2018, p. 17

86 annexe VIII au PLFSS pour 2018, pp. 33-34.

87 annexe VIII au PLFSS pour 2018, p. 11.

Au 30 juin 2017, la valeur de marché du portefeuille du FRR (y compris la soulte IEG) était de 35,4 Md €, après déduction du septième versement de 2,1 Md € à la CADES effectué le 25 avril 2017 (cf. Tableau 7). A cette même date, l'actif net du FRR, – différence entre son actif (son portefeuille d'actions et d'obligations) et son passif (les versements à la CADES restant à faire et la soulte IEG) –, s'établit, en hausse, à 15,7 Md €.

Il faut bien comprendre l'importance et la double signification de ce chiffre. Il veut d'abord dire que si le FRR fermait aujourd'hui ses portes et rétrocédait à la CADES l'ensemble des versements qui lui incombent et à la CNAV les 40 % de la soulte IEG qu'il gère, il resterait encore 15,7 Md € en caisse, absolument libres de toute affectation. Quant à l'augmentation continue de cet actif net depuis 2014, elle signifie que, en dépit du versement de 2,1 Md € à la CADES de 2017, la valorisation du portefeuille s'est poursuivie, pour l'essentiel grâce à un résultat net financier de 1,9 Md € (cf. Tableau 6). En l'absence de toute ressource affectée, ce résultat positif est donc totalement dû à l'activité financière du fonds et au rendement de ses actifs. Merci la financiarisation...

Traduisons. En l'état actuel des choses, le FRR dispose aujourd'hui d'un actif de 35,4 Md €. A l'horizon 2024, date prévue du dernier versement à la CADES, -qui aura elle-même normalement alors achevé sa mission, comme on vient de le voir-, en tenant compte de ressources tirées des seuls placements de l'ordre de 2 Md € par an et d'une éventuelle valorisation boursière de son portefeuille, le FRR devrait alors disposer d'un magot, que l'on peut raisonnablement estimer devoir être de 25 à 35 Md €, absolument libre de toute affectation. Sera-t-il affecté alors à l'amélioration des retraites, comme la mission initiale du Fonds le voulait? La question est posée...

#### **Conclusion : Ce que nous voulons et que la logique de Maastricht n'autorise pas.**

Au total, au terme de cette analyse de la situation financière de la **Sécurité sociale**, sans être parfaitement certaines, les perspectives qui s'offrent à elles sont largement rassurantes. On se trouve ainsi bien loin du

bilan alarmé de la Cour des comptes: «*À court terme, le rétablissement des comptes sociaux exige en tout état de cause des mesures immédiates de redressement pour enrayer la dégradation des perspectives financières et accélérer le retour à l'équilibre. Elles devront s'accompagner de la définition d'un schéma global d'amortissement de la dette à court terme accumulée à l'ACOSS à cet horizon, qui nécessite des choix rapides pour éviter d'en reporter une nouvelle fois le poids sur les générations montantes*»<sup>(88)</sup>.

En l'état actuel des prévisions officielles, en effet,

- Depuis la réforme de 2011, l'**ACOSS** est recentrée sur la gestion de la trésorerie et ne porte plus de dette de long-terme. Le retour progressif à l'équilibre des branches et de leurs régimes, lui permettra d'assurer cette mission sans tension particulière. Par rapport à son niveau actuel, **la dette de court terme qu'elle porte sur le marché monétaire sera alors revenue à des valeurs largement inférieures à celles d'aujourd'hui.**
- La dette de long terme de la Sécurité sociale portée par **la CADES** est déjà pour plus de moitié remboursée; elle devrait être totalement éteinte au début 2024. À compter de ce moment, **les ressources qui lui sont allouées (CRDS et fraction de CSG), soit 15 Md € par an, seront libérées.**
- De la même façon, **le FRR**, à la mission redéfinie (versement forfaitaire à la CADES) et devenu depuis un pur instrument de spéculation financière, sera alors sans objet. **Il libérera les actifs en sus qu'il détient. On peut avec quelque vraisemblance les estimer comme devant être de l'ordre de 25 à 30 Md €.**

Ces sommes sont considérables. Elles sont aujourd'hui affectées à la Sécurité sociale et, en quelque sorte, lui appartiennent. Demain, devenues sans objet et permettant d'améliorer les prestations des régimes, lui reviendront-elles? C'est une question que l'on peut légitimement, - qu'il faut -, dès aujourd'hui se poser. Pas sûr qu'elle soit, un jour, mise au débat. La logique de Maastricht, en tout cas, c'est clair, ne l'autorise pas.

<sup>88</sup> Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2017, p. 16.

## *Les brèves des Cahiers*



## Les changements climatiques contre la santé

Un rapport du Lancet sur la santé et le changement climatique, réalisé grâce à une collaboration entre 24 institutions académiques et organisations intergouvernementales, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montre que l'exposition à des pics de chaleur, à la pollution de l'air et à l'augmentation de la capacité des moustiques à transmettre des maladies vectorielles joue contre la santé.

Ce rapport, qui recense 40 indicateurs, précise d'abord qu'entre 2000 et 2016 (par rapport à une moyenne mesurée sur la période 1986-2008), ce sont 125 millions de personnes de plus de 65 ans qui ont été exposées à des pics de chaleur (en 2015 avec 175 millions de personnes exposées en plus) : coup de chaleur, exacerbation d'insuffisance cardiaque préexistante, atteinte rénale due à la déshydratation. Les personnes âgées, les enfants de moins d'un an et les malades chroniques (de maladies cardiovasculaires ou rénales) sont particulièrement sensibles à ces changements. Le rapport du « Lancet » note aussi que le moustique *Aedes aegypti* a vu augmenter sa capacité vectrice de la dengue de 9,4 % depuis 1950. Pour *Aedes albopictus*, l'augmentation est de 11,1 %. Et le nombre de cas de dengue a presque doublé à chaque décennie.

Quant à l'exposition globale à des niveaux dangereux de pollution de l'air, elle a augmenté de 11,2 % depuis 1990. Environ 71 % des 2791 villes prises en compte par l'OMS ont dépassé les niveaux recommandés.

## Ce qui change après le vote du budget de la Sécurité sociale

Le texte voté consacre certaines des réformes emblématiques du début du quinquennat Macron.

- CSG principale nouveauté, la bascule CSG-cotisations : cela passe par une hausse de 1,7 point de la CSG, qui pèse aussi sur les retraités. Les 8 millions de retraités du régime général dont le revenu fiscal de référence (RFR) dépasse 14 404 euros par an seront perdants.
- Le crédit d'impôt compétitivité emploi CICE va être transformé en baisse de charges pérenne à partir de 2019, après en avoir abaissé le montant de 7 % à 6 % en 2018. Soit 24,8 milliards de cotisations patronales en moins en 2019. Les charges seront réduites à presque rien au niveau du Smic.

- Le RSI est fini, les artisans, commerçants, professions libérales, vont être transférés au régime général en deux ans. Au passage, la principale caisse de retraite des professions libérales (CIPAV) va se vider d'une très grande partie de ses effectifs de cotisants au profit du régime général.
- Le prix du paquet de cigarettes va augmenter de 20 % dès mars 2018, à 8,10 euros contre 6,80 euros aujourd'hui.
- Le nombre de vaccins obligatoires pour les enfants avant l'âge de deux ans va passer de 3 à 11, afin de lutter contre le refus croissant de la vaccination. Il n'y aura pas de sanction pour les parents récalcitrants, mais pas d'exceptions non plus. Les petits qui n'auront pas été vaccinés ne pourront pas rentrer à l'école ou en crèche.
- Le tiers payant généralisé n'aura finalement pas lieu le 30 novembre, contrairement à ce qui avait été prévu par la loi Santé de 2015.
- Les familles monoparentales verront leur complément de mode de garde revalorisé de 30 %, comme la majoration dont bénéficient les adultes handicapés. La mesure concerne 83 000 parents isolés et devrait coûter 40 millions par an. À l'inverse, 68 500 familles perdront le droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), et tous les allocataires restants (1,7 million) verront diminuer de 7,50 euros ou de 15 euros par mois leur allocation mensuelle. Cette mesure qui ne s'appliquera qu'aux enfants à naître aura un rendement croissant, de 540 millions d'euros en 2021.
- Le minimum vieillesse va être revalorisé de 100 euros en trois fois, dont 30 euros en avril, pour atteindre 800 euros. Selon le gouvernement, 46 000 nouveaux bénéficiaires devraient être éligibles, s'ajoutant aux 550 300 allocataires actuels, pour un coût de 525 millions d'euros sur trois ans. En 2018, il n'y aura pas de revalorisation des pensions puisque la date de revalorisation sera repoussée de trois mois, à janvier 2019. Le patronat est satisfait.

## Le diabète, cette maladie révélatrice des inégalités sociales

En France, 3,3 millions de personnes sont atteintes de diabète. Un chiffre qui touche davantage les plus défavorisés. Avec 425 millions de diabétiques, un adulte sur onze serait atteint de cette maladie dans le monde. Un chiffre qui pourrait atteindre 629 millions en 2045, rapporte la Fédération internationale du diabète. Cette

augmentation s'explique par différents facteurs : le vieillissement de la population, les preuves d'un meilleur dépistage, une espérance de vie plus longue... mais aussi par la progression de l'obésité. Un Français sur deux est en surpoids. L'agence Santé publique France montre en quoi cette maladie continue de toucher les populations de manière inégalitaire. Ces disparités se distinguent d'abord géographiquement. En France, on compte plus de diabétiques dans la région Hauts-de-France ainsi qu'en Alsace (autour de 6 % dans les deux cas) par rapport à la moyenne nationale (5 %). Le taux de malades reste également élevé dans certains départements d'outre-mer, comme la Réunion (10 %), la Guadeloupe (9 %) ou encore la Guyane (8 %). Les régions qui comptent le plus grand nombre de diabétiques sont celles où l'on trouve plus de populations ayant des difficultés socio-économiques. Ces résultats confirment l'une des tendances observées par l'étude "Constances" en 2016 : le taux d'obésité est inversement proportionnel au niveau économique. Moins vous gagnez, plus votre santé est affectée. Comme l'expliquait "le Monde" en juin, citant le rapport "Constances", un peu plus de 30 % des femmes dont le revenu mensuel est inférieur à 450 euros sont obèses. Un taux qui chute à 7 % chez celles qui disposent de plus de 4 200 euros par mois. Ces disparités s'expliquent à travers les habitudes alimentaires développées par chaque famille. Ainsi, les enfants vivant dans un cadre plus confortable, avec des parents issus de catégories professionnelles supérieures mangeront plus de légumes (42 % contre seulement 27 % chez les ouvriers), et seront moins nombreux à consommer tous les jours des sodas ou des boissons sucrées (8 % chez les enfants de cadres contre 31 % des enfants d'ouvriers). D'où le risque moins élevé pour eux de contracter la maladie. Enfin, autre preuve que les plus défavorisés restent davantage touchés par le diabète : on dénombre deux fois plus de diabétiques (3,6 %) parmi les personnes bénéficiant de la couverture de maladie universelle complémentaire (protection de santé gratuite sous conditions de ressources) que parmi ceux qui ne l'ont pas (1,7 %).

## La Cour des comptes rabâche ses vues dogmatiques

La Cour des comptes a rendu public un rapport sur l'avenir de l'assurance maladie : elle estime que le système de santé français, malgré des qualités, connaît de grosses lacunes. Mortalité infantile, tabagisme, alcoolisme, usage de drogues, inégalités sociales de santé sont notamment pointés du doigt. Mais surtout elle estime que le système

français dépense beaucoup et parfois de façon inefficace. Pour assurer l'équilibre économique de l'assurance maladie face à l'envolée attendue du coût des maladies chroniques liée au vieillissement de la population, la Cour des comptes a donc ressorti ses vieilles recettes :

- Sur l'accès aux soins, la Cour des comptes constate que, ni l'augmentation du *numerus clausus*, ni les mesures incitatives, n'ont donné de résultats probants. En fait le *numerus clausus* n'a pratiquement pas bougé. Elle propose donc de mettre en place un **conventionnement sélectif** des professionnels de santé selon les besoins des territoires. Le conventionnement serait aussi subordonné à un respect des règles des **dépassements d'honoraires** et à une **recertification périodique**, que la Cour des comptes juge nécessaire pour améliorer la qualité et sécurité des soins. Au final, avec ces mesures, il y aura encore moins de médecins accessibles...
- De plus, face à l'augmentation de la part des assureurs privés dans les remboursements de soins, elle recommande soit de mieux répartir les domaines de soins entre couverture obligatoire et complémentaire, soit de mettre en place un « bouclier sanitaire ». Dans cette option, les dépenses de santé seraient prises en charge à 100 % par l'assurance-maladie au-delà d'un certain seuil qui n'est pas précisé. Il faut signaler que le « bouclier sanitaire » là aussi sera la cause d'une limitation de l'accès aux soins. Double jeu.
- Réduire le « gâchis » financier passe aussi par une meilleure organisation ville-hôpital. Pour désengorger les urgences, la Cour des comptes propose de conditionner une partie des rémunérations des médecins au développement de la permanence des soins, à l'extension des horaires d'ouverture et à la réponse aux soins non programmés. Où va-t-on trouver tous ces médecins pour faire ça ? L'idée de la tarification au parcours de soins et à l'épisode de soins est également défendue. Cette recommandation fait écho à la volonté du gouvernement et de la CNAM d'étudier cette forme de rémunération.
- Priorité à la prévention ? Prise en charge de l'éducation thérapeutique ou de l'activité physique, intégration de la prévention dans les parcours de soins des patients, la Cour des comptes veut augmenter « significativement » les forfaits et notamment la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des professionnels de santé. Pendant ce temps on assassine la médecine scolaire, les PMI et la médecine du travail.

- Pour contenir les dépenses de santé, la Cour des comptes souhaite mettre « sous enveloppe régionale les rémunérations des médecins libéraux de façon à limiter le nombre d'actes réalisés et de prescriptions ». Donc, austérité renforcée sur les soins.
- Au niveau financier, la Cour des comptes recommande par ailleurs une règle d'équilibre de l'assurance maladie. Et pour l'Ondam, elle veut mettre en place pour les soins de ville une « réserve prudentielle » permettant de réduire les tarifs ou suspendre les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses. Enfin pour « renforcer la cohérence » de l'action de l'État et de l'Assurance maladie, le rapport suggère de créer une Agence nationale de santé. A droite toute !

#### Après les polémiques et l'effondrement des prescriptions, le GEMVI prône un retour au traitement hormonal de la ménopause

Depuis l'étude américaine WHI (Women Health Initiative) ayant mis en évidence un surrisque cardiovasculaire et cancéreux lié au traitement hormonal de la ménopause (THM), de récentes publications pourtant rassurantes n'ont pas encore permis d'enrayer le déclin des prescriptions. Pour le Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal (GEMVI), il est temps de reconsidérer les bénéfices des THM chez les femmes de 50 à 59 ans. « Sur une population générale, 30 % des femmes ménopausées ont besoin d'un traitement hormonal. Mais seulement 8 % de ces femmes sont aujourd'hui traitées », constate le D<sup>r</sup> Florence Trémollières, secrétaire générale du GEMVI. « En 2002, avec le tsunami de l'étude WHI on a quasiment arrêté de prescrire des traitements hormonaux. Avant cette étude, on était à 20 % de femmes traitées », fait remarquer le D<sup>r</sup> Brigitte Letombe, trésorière du GEMVI. Cette année-là, le comité de suivi de la WHI interrompt prématurément son programme du fait d'une augmentation du risque d'infarctus du myocarde, d'embolie pulmonaire et de cancer dans les groupes sous THM. « Quand ont été diffusés les résultats de la WHI, on disait que les effets nocifs concernaient toutes les femmes, quels que soient leur âge et leur état clinique », rappelle le D<sup>r</sup> Letombe. « Ces résultats ont eu un impact dramatique pour les femmes qui avaient besoin d'un traitement hormonal, soit en raison de troubles vasomoteurs altérant leur qualité de vie, soit parce qu'elles étaient à risque de développer des complications liées à la carence œstrogénique, en particulier une ostéoporose », ont souligné les experts du GEMVI. En septembre 2017 dans le « JAMA », une étude de suivi cumulé de 18

ans des deux études du programme WHI portant sur 23 347 femmes conclut au fait que le THM n'augmente ni la mortalité globale, ni celle cardiovasculaire ou par cancer. À l'instar de l'étude ELITE publiée en 2016 dans le « NEJM », cette étude confirme aussi que la fenêtre d'opportunité pendant laquelle initier ce type de traitement se situe entre 50 et 59 ans. « Dans cette population, la mortalité globale est diminuée de 31 % sous THM par rapport au placebo », indique le P<sup>r</sup> Patrice Lopes, président du GEMVI. « Quand on parle d'un traitement hormonal, ce qui fait peur aux femmes et aux médecins, c'est d'abord le cancer. Mais on oublie que la plupart des femmes meurent de problèmes cardiovasculaires. Or, le THM a probablement un effet préventif sur le plan artériel s'il est administré dans les dix années suivant l'installation de la ménopause », pointe le D<sup>r</sup> Letombe. « Sans nier les risques de certains traitements hormonaux chez certaines femmes, il est temps de reconsidérer les bénéfices du THM en tenant compte de l'âge des patientes, des molécules et des types d'administration », estime le P<sup>r</sup> Lopes. « Si les progestatifs de synthèse augmentent le risque de thrombose veineuse, de phlébite et d'embolie pulmonaire, la progestérone naturelle et la rétroprogestérone, les deux molécules qui sont utilisées dans notre pays, n'ont pas cet effet délétère, comme l'a montré en 2007 l'étude ESTHER », note le D<sup>r</sup> Letombe. « En début de ménopause, toute femme de 50-55 ans devrait bénéficier d'une consultation spécifique où l'on apprécie ses facteurs de risque personnels, familiaux, carcinologiques, osseux, cardiovasculaires pour permettre l'accès à une prise en charge adaptée qui puisse améliorer sa qualité de vie », suggère le D<sup>r</sup> Letombe.

#### L'hôpital en crise

Les dépenses hospitalières représentent près de la moitié des dépenses de soins de l'assurance-maladie mais ont bien baissé ces dernières années : plus de 10 %. L'hôpital public paie la facture de l'Assurance maladie. Pour la Fédération hospitalière de France (FHF), on assiste à un "transfert du déficit de l'assurance-maladie vers les hôpitaux". Les chiffres parlent d'eux-mêmes : les établissements publics hospitaliers sont confrontés, en 2017, à un déficit compris entre 1,2 milliard et 1,5 milliard d'euros, soit trois fois plus qu'en 2016 (470 millions). Frédéric Valletoux, le président de la FHF, a lancé un cri d'alarme le lundi 18 décembre, estimant que c'est "la qualité des soins qui est aujourd'hui menacée". La pression ne cesse de s'accroître sur l'hôpital public, prié de conserver son offre de lits et de ne pas toucher aux effectifs tout en faisant de plus en plus d'économies. "C'est comme si on demandait aux dirigeants hospitaliers

de courir le 100 mètres avec un sac de pierres", observe M. Valletoux. Le gouvernement rabote sur les sommes qu'il doit verser aux hôpitaux au titre des missions d'intérêt général, et il met toujours plus haut la barre des économies requises : 1,1 milliard d'euros en 2017, 1,6 milliard en 2018. Ces objectifs concourent à la dégradation des conditions de travail des personnels soignants, soumis à des cadences infernales et mal rémunérés. Résultat : l'hôpital public est fragilisé, à bout de souffle. Depuis 2004, les hôpitaux pratiquent la tarification à l'activité, un modèle qui rémunère la totalité des soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique et assure 70 % du financement. Il s'est substitué à la dotation globale, où les établissements devaient faire avec une enveloppe financière fixée pour l'année. La ministre estime que "30 % des dépenses de l'assurance-maladie ne sont pas pertinentes" et reprend une rengaine entendue depuis des années, selon laquelle il faut "lutter contre les opérations inutiles ou les actes réalisés deux fois". La méthode qui a consisté, notamment sous le quinquennat de François Hollande, à privilégier les économies sans engager de réformes, est à bout de souffle. L'hôpital est en burn-out. Il est urgent d'agir.

#### La fonte de la dette sociale s'accélère

La progression plus rapide que prévu de la masse salariale devrait faciliter l'objectif d'extinction de la dette sociale en 2024. Optimisme ? La Sécurité sociale engrange de nouveau des cotisations au même rythme que pendant les dix années qui avaient précédé la crise

de 2008. Selon l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acos), la masse salariale a crû de 0,7 % au troisième trimestre, soit 3,7 % de hausse sur un an. Bien mieux que les 2,4 % de 2016, et le 1,7 % de 2015. Le différentiel avec la prévision officielle de croissance de la masse salariale pour 2017, qui était de 3,3 % en septembre, équivaut à 800 millions de rentrées de cotisations supplémentaires potentielles pour la Sécurité sociale. La caisse, qui doit encore amortir 121 milliards d'euros de dette sociale, tire la majeure partie de ses ressources de deux prélèvements sociaux : la CSG et la CRDS. Ces dernières années, la Cades a bénéficié des taux d'intérêt très bas et de la qualité de la signature « France ». Elle continue d'ailleurs à emprunter à taux négatif (-0,176 % en moyenne en 2017). Mais l'avantage procuré par ces taux n'est rien en comparaison du coup de fouet de la reprise. Quant à l'objectif d'amortissement de 15,2 milliards en 2018, « on en fera probablement plus », souligne Jean-Louis Rey, persuadé que l'extinction complète de la dette sociale en 2024 « est plus que jamais d'actualité ». Cela suppose d'accélérer le rythme des remboursements, à 17,3 milliards par an en moyenne. La moitié de la dette a été remboursée, 140 milliards d'euros auront été amortis à la fin 2017, c'est-à-dire plus de la moitié de la dette sociale créée depuis 1996. Cela a tout de même coûté 51,6 milliards en intérêts depuis vingt ans. La dette résiduelle logée à l'Acos se monte à 20 milliards, mais Jean-Louis Rey ne compte pas demander son transfert à la Cades, car le régime général est selon lui tout à fait capable de la rembourser.



## « *L'atlas des migrants en Europe* »

Par Nicolas Lambert, ingénieur de recherche au CNRS, cartographe

La troisième édition de l'Atlas des migrants en Europe, ouvrage collectif du réseau Migreurop (voir infra) est parue. Cet Atlas, coordonné par Olivier Clochard (chercheur à Migrinter) est le fruit des contributions d'une centaine de chercheurs, ingénieurs ou doctorants en sciences humaines et sociales ou de militants associatifs dans le domaine de l'aide aux migrants. Si le titre de l'ouvrage est le même que pour les deux précédentes éditions, il s'agit par contre bien d'une version 100 % renouvelée avec textes et illustrations inédites.

L'atlas compte 176 pages et s'articule en 5 parties : Penser les migrations ; Confinement(s) ; Délocalisations, sous-traitances et interventions à distance ; Routes migratoires sous surveillance militaro-policière ; Mobilisations migrantes. Pour chaque partie, chacun des chapitres est constitué d'un ensemble cohérent de quatre pages combinant textes et illustrations (cartes, photographies, dessins, esquisses, schémas, etc.). Les deux premières pages ont vocation à décrire le sujet dans sa globalité en s'appuyant sur un ensemble de travaux scientifiques. Les deux pages suivantes ont une dimension plus subjective en mettant la focale sur une situation singulière, un espace, un parcours illustrant à une échelle plus fine la manière dont les politiques se déploient, les migrations sont vécues. Si la cartographie tient évidemment une place importante dans cet ouvrage, la photographie est également fortement utilisée. Et au-delà de l'aspect esthétique des photos choisies, celles-ci sont loin de jouer uniquement un rôle d'illustration mais servent à documenter « des traces éphémères, des paroles envolées, des revendications étouffées telles celles inscrites par les migrants jusque sur les murs censés les enfermer ou les immobiliser ».

Les candidats à l'exil, fuyant les guerres, la pauvreté et les crises politiques, voyagent souvent au péril de leur vie. Depuis 25 ans, près de 40 000 migrants sont morts ou ont disparu, par noyade ou épuisement, aux frontières européennes, dont plus de 6 000 pour la seule année 2016, la plus meurtrière jamais enregistrée. L'augmentation des arrivées observée depuis 2015 a fait souffler un vent de panique au sein des États de l'Union européenne qui se sont ressaisis en durcissant la seule politique qui vaille à leurs yeux, le renforcement des frontières extérieures : multiplication des murs et barrières pour « réguler les

flux », ouverture de nouveaux camps, externalisation de l'accueil, militarisation accrue de la surveillance et de la répression... la « crise des migrants » a été suscitée autant que subie, et vient interroger tout le système européen des frontières, des politiques d'accueil et d'immigration.

Déconstruire les a priori, changer les regards, interroger les frontières, cartographier le contrôle sécuritaire et l'enfermement, enfin, et surtout, donner la parole aux migrants : tels sont les objectifs des textes, cartes, photographies et illustrations réunis dans cet atlas critique des politiques migratoires européennes.

Au final, au-delà de sa fonction d'information et de documentation, l'objectif premier de cet atlas est bien de chercher à revivifier un sentiment d'humanité anesthésié par des politiques migratoires qui ne visent qu'à réprimer celles et ceux qui font preuve de solidarité envers les migrants. L'ouvrage se veut donc aussi un plaidoyer pour l'ouverture des frontières et une liberté de circulation pleine et entière pour toutes et tous.

### À propos de Migreurop

Pour prolonger la lecture de l'Atlas des migrants en Europe, des vidéos et documentaires sont disponibles sur : [www.migreurop.org/article2833.html](http://www.migreurop.org/article2833.html). Migreurop est un réseau européen et africain de militants et chercheurs créé en 2002. Son objectif est de faire connaître et de lutter contre la généralisation de l'enfermement des étrangers et la multiplication des camps, dispositif au cœur de la politique migratoire de l'Union européenne et de défendre le « droit de quitter tout pays y compris le sien » (art. 13 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme). Pour cela, le réseau utilise bien souvent les cartes comme outils pour comprendre mais aussi dénoncer les politiques européennes. Le réseau a notamment à son actif la réalisation du projet participatif *close the camps* dont l'objectif est de recenser et documenter les lieux, formes et conditions de l'enfermement des étrangers ainsi que les dérives et violations de droits qu'ils créent. Migreurop compte 47 associations (ACT UP, ANAFE, CIMADE, GISTI, MRAP, etc.) et 55 membres individuels (dont moi-même) dans 17 pays du Moyen Orient, d'Afrique et d'Europe. Pour en savoir plus : <http://www.migreurop.org>

## Courrier des lecteurs

### Lettre de M. Joël Amadou : Vers quel code de protection sociale au XXI<sup>e</sup> siècle ?

Parallèlement à la quasi destruction du code de travail avec la loi El Khomri sous le mandat du président Hollande et la récente loi de travail XXL du début du mandat du président Macron, la réaction du syndicalisme et de certains intellectuels n'a pas seulement été d'essayer de sauver l'ancien code de travail, mais d'envisager le futur, en armant idéologiquement les militants, par la mise sur pied d'un Code du travail du XXI<sup>e</sup> siècle. Dans le monde de la protection sociale (maladie, famille, maladie professionnelle - accident du travail, retraite), après notamment la PLFSS 2018 qui cherche à casser et à démonter pièce par pièce la Sécurité sociale mise en place par Ambroise Croizat, ministre communiste, il faut réfléchir non seulement à conserver l'ancien système, mais surtout travailler pour le futur en armant idéologiquement les citoyens, par la mise en place d'un code de la protection sociale du XXI<sup>e</sup> siècle. Le colloque international de la protection sociale pour tous les peuples du 23 et 24 novembre 2017 à Paris a posé un certain nombre de questions qui rappellent les principes de la Sécurité sociale. Les quatre grands principes sur lesquels est fondée la Sécurité sociale sont l'universalité, l'unicité, la solidarité et la démocratie. Le fil conducteur peut être la dignité citoyenne par laquelle nous allons commencer.

La Dignité citoyenne. Le droit à la sécurité sociale est intimement lié à la citoyenneté. En effet, la Sécurité sociale est une contrepartie du travail. Elle recouvre la maladie, les accidents du travail - accidents professionnels, la famille et la retraite. Il est même souhaitable d'ajouter l'autonomie des personnes âgées. Dans ce sens, les cotisations sociales représentent un salaire différé. En effet, la responsabilité sociale des sociétés est nécessaire car sinon, ce sont les travailleurs qui assument tous les risques liés à la vie des entreprises et les actionnaires qui empochent l'essentiel des gains de productivité, ce qui est une façon de nier la citoyenneté des travailleurs en leur sein. Or la démocratie ne doit pas seulement être valable pour la citoyenneté politique, mais également la citoyenneté sociale au sein des firmes. Comme le dit le philosophe Kant, la dignité est une valeur qui ne peut être conditionnée.

L'Universalité. Toute la population a droit à une protection sociale tout au long de la vie, les personnes aisées comme celles qui sont démunies. Ce principe

précise que toute personne peut prétendre à la Sécurité sociale et pour tous les risques qu'elle assume en échange d'une contribution sous forme de cotisation sociale. Avec la réforme Macron, les professions libérales et assimilées ne cotisent plus à leur régime, le RSI, mais peuvent accéder au régime général comme les travailleurs. Cela a l'avantage de ne plus opposer les tenants de la Sécurité sociale et ceux d'une caisse dédiée aux professions libérales et assimilées. Tout le monde ayant droit, au régime général, tout le monde doit aboutir à la conscience de lutter pour sa préservation.

L'unicité. L'unicité a au moins un double sens : géographique et sectorielle. Géographique, cela veut dire qu'il n'y a qu'une circonscription. La compétence de la Sécurité sociale couvre tout le territoire d'un pays, par exemple et qu'il n'y a pas de sous-circonscription, par exemple, régionale. Ainsi, on peut imaginer qu'il n'y ait qu'une seule Sécurité sociale pour l'Europe, sans qu'elle soit limitée par les frontières des différents États. L'idéal étant d'aller vers une protection sociale pour tous les peuples. Il faut parfois tenir compte des caractéristiques locales pourvu qu'elles ne contredisent pas les principes généraux de la protection sociale. Par ailleurs, l'unicité est aussi sectorielle c'est-à-dire que tous les « risques sociaux » (maladie, maternité, vieillesse, accidents du travail, ...) sont regroupés dans une seule caisse. On envisage alors, l'équilibre financier pour tous les régimes et non divisé par risque. Donc, il y a une solidarité financière entre tous les « risques sociaux » c'est-à-dire qu'il y a une péréquation entre les différentes caisses (famille, maladie, accidents de travail, vieillesse...).

La solidarité. Il s'agit d'un système de répartition entre les actifs et les non actifs financé par les richesses (cotisation sociale salariés et patronale) créées dans l'entreprise. Cela pose plusieurs questions : le financement, l'égalité, le 100 % sécu, la prévention et l'écologie. Pour le financement de la Sécurité sociale, il faut dire la vérité : ce qui pèse aujourd'hui sur la vie quotidienne de la population c'est le coût du capital. En 2011, les dividendes et les intérêts des entreprises totalisent 309 milliards d'euros. Et des milliards s'envolent chaque année en fumée dans les paradis fiscaux. Pour financer durablement la Sécurité sociale, nous devons la libérer du carcan imposé par son étatisation et toute forme de fiscalisation (CSG, TVA « sociale »...). Seul le travail



est producteur de richesse. Un point de plus sur la masse salariale, c'est 2 milliards de recettes en plus pour la sécurité sociale. 100 000 chômeurs en moins, c'est 2,5 milliards. Ensuite il y a l'égalité, notamment homme-femme. Ainsi augmenter le salaire des femmes (qui gagnent 23 % de moins que les hommes), c'est autant de cotisations en plus dans les caisses. Par ailleurs, il est souhaitable d'établir le 100 % sécu. En effet, les frais de fonctionnement de la sécu sont entre 3 et 5 %, alors que ceux des mutuelles et des assurances sont de 25 %. Avec le 100 % sécu, cela réduit les coûts et permettrait de rétablir l'équilibre financier, voire un excédent. De plus, il faudrait mettre l'accent sur la prévention, et non seulement se limiter au curatif, cela permettrait de baisser les frais. Enfin avec la modulation des cotisations en fonction de la politique de l'emploi des entreprises et la contribution des revenus financiers est aussi un moyen d'améliorer le financement de la sécu. Il faudrait aussi envisager un nouveau pacte avec la nature et voir faire contribuer la protection sociale à l'écologie, en favorisant un nouveau mode de production par le biais de la modulation. La solidarité permet d'établir un maillage: Prévention - Hôpital - centre de santé où les soignants sont salariés - 100% sécu - financement par cotisation sociale.

La Démocratie: une gestion de l'institution par les bénéficiaires eux-mêmes. La démocratie est favorisée par la cotisation sociale, puisque sur sa base salariale et patronale, elle permet une gestion, notamment paritaire par opposition au financement par l'impôt comme en Grande-Bretagne où c'est l'État qui gère la protection sociale. Ce risque d'étatisation est aussi le fait de la CSG et de la TVA « sociale ». La cotisation sociale et la gestion de la sécu par les bénéficiaires élus contribuent au renforcement de la démocratie politique et sociale. Il n'y a pas de démocratie moderne sans démocratie sociale forte.

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples reposent sur les principes que sont sur la dignité citoyenne, l'universalité, l'unicité, la solidarité avec le financement par la cotisation sociale, l'égalité, le 100 % sécu, la prévention et l'écologie ainsi que la démocratie. Comme le stipule la déclaration de Philadelphie de mai 1944, la protection sociale est un droit humain et les pays qui s'engagent à tendre vers les objectifs de développement durables adoptés en 2015 à l'Assemblée générale des Nations unies à Osaka et qui pose aussi les fondements de la protection sociale.

---

## *Document*

---

## Roland Gori: « Face au dés-œuvrement, à la désolation, réhabiliter le champ du politique »

Entretien réalisé par Marie-José Sirach le 21 avril 2017 pour l'Humanité

NDLR: Psychanalyste, professeur honoraire de psychopathologie à l'université d'Aix-Marseille, cofondateur de l'Appel des appels, Roland Gori a récemment publié *Un monde sans esprit, la fabrique des terrorismes* et en avril, avec Bernard Lubat et Charles Silvestre, le *Manifeste des ouvriers* (éditions Actes Sud les Liens qui libèrent). Nous donnons ce document dans la suite de l'article du Dr Nadine Khayi publié plus haut.

« *Un monde dés-œuvré est un monde sans avenir* », écrivez-vous. Qu'est-ce qui caractérise ce dés-œuvrement ?

**Roland Gori:** C'est une référence à Hannah Arendt, qui distingue le travail (de nos corps), l'œuvre (de nos mains) et l'action (de la parole et du politique). Le dés-œuvrement, c'est ce qui conduit au désenchantement du monde, et à la prolétarianisation des activités humaines. Cette désolation, cet esseulement, qui isole les humains, les asservit aux machines matérielles ou numériques, participent de ce que j'appelle un technofascisme, place les citoyens sous une curatelle technico-financière qui favorise, aujourd'hui, les théofascismes. Face au dés-œuvrement, face à la désolation, il faut réhabiliter le champ du politique: restituer à la parole une place centrale qu'elle a perdue au profit d'une vision du monde économique, technique.

Comment en est-on arrivé là ? Y a-t-il eu défaillance (des politiques, des intellectuels, des syndicats) ?

**Roland Gori:** La prolétarianisation symbolique de nos sociétés se traduit par la confiscation de notre capacité à créer, malgré les apparences, malgré les progrès sociaux. Nous avons assisté à une hégémonie culturelle néolibérale du fait d'une absence de contradiction et d'alternatives à la pensée capitaliste à la suite de la faillite des socialismes des pays communistes. Les néolibéralismes ont constitué une véritable révolution symbolique proposant un hédonisme de masse, une globalisation débridée, des libertés sociétales en échange d'une liquidation progressive des protections sociales et des promesses de liberté politique. Face à la crise actuelle

de cette civilisation libérale qui produit un chaos mondial et des fragmentations régionales, d'où émergent des « monstres », il s'agit d'inventer de nouvelles manières de dire le monde, dans un pluralisme des langues et des cultures. Cela implique de sortir du monolinguisme de l'économisme comme vision du monde. Le langage économique, le langage poétique, le langage politique, le langage de l'humanité constituent une biodiversité des langages. Nous avons besoin de retrouver la biodiversité des langages pour penser ce sur quoi chacun d'eux bute, son intraduisible.

Que peuvent le désir, l'imaginaire ?

**Roland Gori:** Aujourd'hui, on a réduit le désir aux besoins et à la nécessité, on a sacrifié la liberté et la justice à une vision purement économique du monde et du sujet humain avec un appareillage technique qui l'asservit aux lois du marché et des logiques de domination sociale. C'est une conception uniquement matérialiste de la vie et du vivant. Le social-libéralisme européen a constitué l'ultime tentative pour sauver cette manière pragmatique et utilitariste de vivre. La faillite des sociaux-libéralismes à vouloir concilier la pensée Tina (There is no alternative) de Margaret Thatcher et les coussins compassionnels de la charité sociale s'est partout vérifiée. Elle est l'objet aujourd'hui d'un vif rejet populaire, de ce côté de l'Atlantique comme de l'autre, qui nourrit les populismes, les nationalismes et les fanatismes. On a oublié que l'humain avait autant besoin de nourriture, de jeux que d'amitié et de sacré ! La question de la fonction sociale de l'art, l'art comme une manière de penser le monde, est vitale. Camus et Jaurès nous lèguent un héritage très précieux sur ce besoin de spiritualité: créer, c'est donner une forme à son destin.

Vous évoquez « un retour à l'œuvre collective ». Cette notion de collectif semble avoir connu un âge d'or puis une grande traversée du désert au nom d'un individualisme affirmé. Le collectif retrouverait-il aujourd'hui une nouvelle dynamique ?

**Roland Gori:** À condition de ne pas rester qu'un mot. « Nous sommes dans ce clair-obscur entre le vieux monde qui tarde à mourir et le nouveau monde qui tarde à naître », disait Gramsci. Nous en sommes exactement là. Ces bouffées de nihilisme technocratique, cette idéologie néolibérale sont à l'œuvre et en même temps en crise. Cette idéologie favorise l'émergence de monstres théofascistes mais aussi des postures nostalgiques. Or il s'agit de penser l'avenir en faisant prévaloir, de nouveau, les valeurs vitales sur les valeurs économiques. Ce qui fut le cas à la Libération lorsqu'à Philadelphie le BIT, en mai 1944, déclara que si nous ne voulions plus de guerres fratricides il fallait investir dans la santé, l'éducation, la justice et la culture. C'est-à-dire tout ce qui risque de passer à la trappe pour cause d'inutilité, et qui est pourtant essentiel. On commence à s'en rendre compte puisque c'est justement ces actes « inutiles » qui ont une fonction sociale ! Ce retour au collectif est de l'ordre de frémissements.

Camus, dans *L'État de siège*, écrit: « Nous étions le peuple, nous sommes la masse. » On peut décliner cette assertion: « Nous étions des citoyens, nous sommes des consommateurs... »

**Roland Gori:** Michelet faisait l'éloge du peuple. Pasolini parlait d'un peuple pulvérisé par les idéaux de la bourgeoisie. La masse, c'est des individus isolés qui se trouvent faire population, faire masse, sans partager une histoire, une culture, sans pratiques sociales qui sont celles qui constituent un peuple. L'hédonisme de masse, dont parle Hannah Arendt, résulte d'une dépolitisation de la vie sociale. Dès lors, on consomme à tout va, même du spectacle politique. Camus dans un éditorial de *Combat* évoque « cette éternelle confiance de l'homme, qui lui a toujours fait croire qu'on pouvait tirer d'un autre homme des réactions humaines en lui parlant le langage de l'humanité ». Le soin, l'éducation, la prévention, la justice, la culture, l'information sont ce langage de l'humanité. Sans ce langage de l'humanité, nous n'avons que des masses et des populations livrées à la misère des solitudes extrêmes et aux contagions affectives des fanatismes.

« Ce monde sans esprit » devient ainsi cette « fabrique de terrorismes » que vous dénoncez dans votre précédent ouvrage...

**Roland Gori:** L'effacement des nations au profit de la globalisation a créé du chaos. Si l'on part de Nietzsche – le monde est un chaos –, nous sommes tous requis pour vivre à devoir l'organiser et à lui donner un sens. Jusqu'ici, nous avons des idéologies pour donner un sens à ce monde chaotique. La chute du mur de Berlin, l'effondrement symbolique du discours émancipateur a ouvert une autoroute pour une idéologie de l'homme entrepreneurial dont l'hégémonie globalisante a conduit aux nihilismes et aux terrorismes. L'universel porté par les interventions occidentales dans certaines régions du monde, au prétexte de greffer la démocratie et le libéralisme, est apparu comme ce qu'il était vraiment: l'impérialisme d'une civilisation particulière qui a produit en retour des réactions (contre)-révolutionnaires.

Vous parlez de refonder un « pacte d'humanité ». Qu'entendez-vous par là ?

**Roland Gori:** Nicolas Sarkozy a imposé un pacte de stabilité, à la suite des traités européens de 1997. François Hollande a évoqué un pacte de sécurité à la suite des attentats. Dans l'un et l'autre cas, on a une réponse technique à un problème social, économique et culturel. Un pacte d'humanité induit la nécessité de savoir comment nous en sommes arrivés là, comment nous avons transformé une idéologie théologicopolitique comme le salafisme en carburant révolutionnaire dont l'offre monstrueuse pouvait devenir attractive. Le monolinguisme et le nihilisme d'un monde sans esprit ont favorisé l'émergence, la résurrection d'anciens monstres. Nous avons mis le chaos dans le monde et nous sommes en difficulté avec une partie de la jeunesse à laquelle on ne propose pas un avenir radieux mais désespérément « gris », bouché par des réalismes cyniques et des nihilismes. Si nous ne sommes pas à même de porter une nouvelle fiction, un récit politique (de la fraternité, du soin...), nous continuerons de renvoyer une partie de la population dans les bras de partis de masse, faute de leur avoir donné les moyens culturels et politiques de devenir un peuple.



**On dit que l'histoire ne se répète pas. Pour autant, beaucoup d'indicateurs rappellent avec force le climat des années 1930...**

**Roland Gori :** Comparaison n'est pas raison. Les choses ne se répètent pas et rien ne dit qu'on va reconduire les tragédies du XX<sup>e</sup> siècle. Mais le libéralisme, dans son incarnation sociale, est en contradiction avec lui-même au moins depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, à la suite de la deuxième révolution industrielle. Ces crises-là ont eu lieu à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et débouché sur la Première Guerre mondiale. Dans l'entre-deux-guerres, il y a eu résurgence de ces contradictions et les nazis ont senti ces failles. Hannah Arendt disait qu'on avait vaincu les nazis par les armes, pas par les arguments...

**A-t-on les arguments aujourd'hui ?**

**Roland Gori :** Il faut revoir la copie et en finir avec les évaluations aux seuls critères techniques et financiers. Peut-être, enfin, faudrait-il impérativement redonner à l'homme son statut d'artiste. Retrouver le temps de la flânerie qui délivre. Libérer le désir qui rend possible une pensée qui imagine, qui rêve sans se satisfaire simplement du besoin. C'est là que l'art est essentiel : parce qu'il est inutile.

**« Tout travailleur serait un homme de l'art », écrivez-vous. Pouvez-vous expliquer ce concept ?**

**Roland Gori :** Nous ne pouvons continuer dans une voie de la spécialisation des métiers qui excluait les dimensions artisanales et artistiques. Finalement, ce qui a produit le désastre, c'est l'organisation scientifique du travail, le taylorisme, un clivage entre ceux qui décident et ceux qui exécutent. Dans cette organisation sociale, il s'est agi de lutter contre la flânerie naturelle de l'ouvrier. La notion de collectif que j'évoquais en amont incluait celle de solidarité et de fraternité. Le taylorisme s'est diffusé dans les gestes et les esprits de tous les métiers. Il s'est généralisé, prolétarisant les gens, et les a mis en contradiction avec leurs propres aspirations et celles que leur faisait miroiter le libéralisme. D'où cette peur du déclassement. Une peur du déclassement qui se traduit jusque dans les urnes. Il y a ce que j'appelle des professions canaris. Les mineurs descendaient avec cet oiseau dans les galeries car son agitation permettait d'anticiper les

coups de grisou. Je considère que les professions du soin, de l'éducation, de la recherche, de l'information et de la culture sentent venir le coup de grisou. Elles sont des lanceurs d'alerte. De les avoir martyrisées depuis Sarkozy, ces professions sont meurtries et ne peuvent porter le message qu'un coup de grisou se prépare.

**Malgré tout, de nouvelles fraternités sont à l'œuvre ?**

**Roland Gori :** Les collectifs comme l'Appel des appels, Nuit debout, Sauvons la recherche, Nuit sécuritaire cherchent le langage de l'humanité qui crée la fraternité. Ce qui frappe, c'est cette forte attente affective et sociale. Ce que nous avons oublié dans nos pratiques. On a fait comme si les humains n'avaient pas besoin d'un temps de respiration, qui est du côté de l'art, de la pensée, de l'amitié, de l'amour. On a fait comme si l'homme n'était qu'un animal producteur... Pour résumer, dans Un monde sans esprit, la fabrique des terrorismes, je fais état d'une contradiction inhérente à l'organisation de nos sociétés et aux alternatives pseudo-révolutionnaires. Dans le Manifeste des ouvriers, avec Charles Silvestre et Bernard Lubat, nous avançons des pistes, nous affirmons la possibilité de convergences entre l'artiste, l'artisan et le citoyen. C'est cette convergence des luttes et des analyses qui devrait permettre aujourd'hui de restituer la dimension ouvrière à nos métiers. C'est de là qu'une nouvelle révolution symbolique doit partir. Comme le disait Jaurès, « la démocratie ne doit pas s'arrêter aux portes des usines ». Elle pourrait demain se construire sur nos scènes professionnelles à partir d'un tripode : l'art, l'artisanat... et le socialisme !

**Un Manifeste à mettre entre toutes les mains ouvrières**

Du mouvement ouvrier au mouvement ouvrier, il n'y a qu'un pas que Roland Gori, Bernard Lubat et Charles Silvestre ont franchi. Avec en tête l'idée de conjuguer les intelligences pour conjurer l'obscurantisme et la peur, le dés-œuvrement et le désenchantement. Un manifeste, utile à vivre et à rêver, qui réhabilite la communauté humaine, son savoir-faire jusqu'ici morcelé au nom d'un libéralisme autoritaire, bureaucratique et mortifère. Face au travail en miette, ils évoquent « une mine d'art à ciel ouvert » et appellent à inventer de nouvelles fraternités.

Manifeste des ouvriers, éditions Actes Sud-LLL, 80 pages, 9,50 euros.

Réalisation, Impression :  
 Public Imprim

Dépôt légal : janvier 2018

