



CAHIERS

Les cahiers de santé publique et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°25
juin
2017



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

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

Comité de rédaction

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

Comité de lecture

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

SOMMAIRE

Éditorial:

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples Par le D ^r Michel Limousin.	Page 7
--	--------

Articles:

E. MACRON veut continuer à essorer la santé, les retraites et la Sécurité sociale! Par le D ^r Fabien Cohen, Membre de la Commission santé / protection sociale du Pcf	Page 9
Loi Santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie! Par Serge Klopp, Cadre infirmier psychiatrique	Page 13
Adessadomicile : un acteur majeur des centres de santé. Valeurs partagées. Par M ^{me} Aurore Brochette, directrice générale	Page 16
La santé en Afrique subsaharienne : état des lieux Par le D ^r Félix Atchadé	Page 20
Points de vue des femmes enceintes sur la communication entre les professionnels impliqués dans le suivi de leur grossesse Par les D ^{rs} Finet Marie, Soares André, Kapassi Amar, Magnier Anne Marie, Robert Sarah, Ibanez Gladys, Steinecker Magali	Page 26
Description d'une population consommant la cigarette électronique Par les D ^{rs} Martin JL, Soares A, Chastang J, Steinecker M, Magnier AM, Lagadec N, Ibanez G, Gaouaou N	Page 32
Examen comparé de deux analyses cohabitant dans le Parti communiste français au sujet de la Sécurité sociale Par le D ^r Paul Cesbron	Page 36
Grèce : la violence imbécile des créanciers Par Michel Husson	Page 40
Note sur prix du médicament Par M. Manu Blanco, syndicaliste de la Fédération Nationale des Industries de la Chimie-CGT	Page 44

Le dossier: propositions pour 2017

Les Programmes Régionaux de Santé au cœur de la réflexion et de la mobilisation Par M ^{me} Maryse Montangon	Page 51
Un très mauvais coup pour les retraites! Par M. Daniel Junker	Page 52
« Pour chaque euro cotisé, le même droit à pension pour tous! » Analyse de la proposition d'Emmanuel Macron... ..	Page 55

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

Les notes de lecture

« Note de lecture du N° 15 d'HESAMAG » Par le D ^r Nadine Khayi	Page 71
--	---------

<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 73
---------------------------------------	---------

Document

Programme du Colloque international des 23 & 24 novembre 2017 Le droit à une protection sociale pour tous les peuples	Page 82
Contribution de Laurence Cohen et Christine Prunaud à la Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France,	Page 84
11 avril 2017: Lettre de l'ensemble des organisations syndicales de retraités au Président de la République	Page 87

Éditorial

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples

L'heure est à la mondialisation. Elle est sous l'emprise néolibérale et permet l'explosion des méga-fortunes tandis que les inégalités de toutes sortes s'accroissent. Pourtant cette mondialisation et les richesses qu'elle crée, pourrait constituer un progrès si tout le monde en bénéficiait. En particulier grâce au développement d'une protection sociale qui protégerait les humains des aléas de la vie.

Aussi la fondation Gabriel Péri et les Cahiers de santé publique & de protection sociale se sont associés pour porter l'idée d'un colloque international sur ce sujet à l'automne. Après un long travail préparatoire de presque un an qui a réuni Michel Maso (Directeur de la fondation), Bernard Thibault (membre du CA de l'Organisation Internationale du Travail à Genève), Blandine Destremau (directrice de recherche au CNRS), le D^r May (Président de l'UNMCS), le D^r Kosadinos (syndicaliste franco-grec), le D^r Abdel El Abassi (Association tunisienne de la Défense de Droit à la Santé), le D^r Omar Brixî (médecin de santé publique, Université de santé publique du Maghreb), le D^r Félix Atchadé (médecin de santé publique, Afrique sub-saharienne), M. Frédéric Rauch (économiste, rédacteur en chef de la revue Économie Politique), M^{me} Tania Rémond (collaboratrice de la Fondation Gabriel Péri), M. Michel Cibot (Association française des communes, départements et régions pour la paix) et moi-même, nous sommes en mesure de vous proposer un colloque international de deux jours qui se tiendra **les 23 & 24 novembre 2017 sous la coupole de l'Espace Niemeyer, 2 place du Colonel Fabien à Paris.**

Le programme donné en fin de revue dans la zone documents fera une large part à la description des diverses situations de la protection sociale dans le monde. Il s'agit de faire l'état des lieux, de pointer les enjeux, de noter les points d'appui pour développer ce droit à une protection sociale pour tous les peuples et de définir les axes stratégiques pour l'extension de ce droit. Communications, tables rondes et débats se succéderont durant ces deux jours. Ensuite nous publierons les Actes de ce colloque.

Parmi les intervenants nous ne pouvons ici citer tout le monde mais nous mentionnons particulièrement la présence de M^{me} Valérie Schmitt (directrice du département de la protection sociale de l'OIT), de Bernard Thibault, des sociologues Pinçon Charlot, de M. le D^r Belgacem Sabri (ancien Secrétaire d'Etat à l'immigration et à l'intégration sociale de Tunisie et Président de l'Association tunisienne de la défense du droit à la santé), du D^r Nishant Jain (gouvernement d'Inde), du D^r Yannis Baskosos (Secrétaire d'Etat à la santé publique de Grèce), du D^r Fujisue (Président de Min-Iren) et de M. le P^r Alain Supiot (Collège de France). La liste complète se trouve dans le programme.

Le nombre de place étant limité, il faut penser dès maintenant à vous inscrire.

Oui, un autre monde est possible, qui fasse place à l'humain, à la solidarité, qui mette l'économie au service de l'Homme. Il n'est pas si loin. Il est à portée de main si on s'organise et si on s'en donne les moyens. Modestement. De façon réaliste. Mais tenace.

**D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef**

Articles

E. MACRON veut continuer à essorer la santé, les retraites et la Sécurité sociale!

Par le D^r Fabien Cohen, Membre de la Commission santé / protection sociale du Pcf

Une fois de plus, la santé, les retraites et la protection sociale sont promises à l'essorage libéral de son secteur public et de sa Sécu, très loin de « La Sociale ».

Au-delà des belles promesses de campagne, comme une "vraie politique de prévention ambitieuse" ou la "réduction des inégalités de santé", il nous faudra rapidement nous confronter à "l'amélioration de l'efficacité de notre système de santé, de la pertinence et de la qualité des soins". Un projet qui, de Bachelot à Touraine, veut dire: plan d'austérité, poursuite des regroupements hospitaliers, diminution de personnels dans les services publics de santé, accélération du tout ambulatoire, privatisation et financiarisation de notre système de santé et de protection sociale...

C'est de ce « **Sérieux budgétaire** » qu'**Emmanuel Macron se prévaut. Il se traduit par une nouvelle offensive contre les services publics et la protection sociale. Les 50 milliards de coupes sur les services publics et la protection sociale du pacte de responsabilité ne lui suffisent pas, puisqu'il préconise 60 milliards de nouvelles coupes, notamment pour respecter « l'engagement de la France »** envers Bruxelles. M. Macron s'engage donc à continuer d'appliquer fidèlement les « recommandations » austéritaires de la politique libérale de l'Union Européenne, que la social-démocratie et la droite ont mise en place, respectent et veulent approfondir. Dans cette perspective, il prévoit une hausse massive de la CSG (+ 1,7 %) qui frappera tous les ménages et plus encore les retraité-e-s. Pas question, dans ce projet de lutter contre la fraude patronale à la Sécurité sociale, qui s'élève pourtant à 20 milliards par an, mais plutôt celle des pauvres, qui n'est qu'une « pauvre fraude ».

Cette haine pour la Sécurité sociale, pour les retraites, qui date depuis 1947, a toujours revêtu l'habit d'une « **augmentation du pouvoir d'achat de tous les travailleurs** », en le réduisant en réalité, sans que cela revienne plus cher aux employeurs... L'astuce réside cette fois-ci en la réduction des cotisations payées par les salariés, les indépendants et

par les fonctionnaires de près de 500 € net par an pour un salaire de 2 200 € net par mois. Il s'agit, en fait, de remplacer les augmentations de salaire par une pompe sur les cotisations sociales au détriment du budget de la Sécu. Pour les employeurs ça fera des économies sur les salaires et ça obligera les salariés à prendre des complémentaires plus chères.

Donc au total, ce sera une baisse du pouvoir d'achat des salariés, mais une hausse des profits pour les entreprises et une extension des assurances privées. L'objectif du Patronat est ainsi assuré de récupérer les 200 milliards de cotisations patronales, prélevés directement sur les richesses produites par les travailleurs, afin qu'ils n'échappent plus aux « marchés », comme le réclament le MEDEF, l'Union Européenne et les marchés financiers.

Difficile dans ces conditions d'imaginer que celui qui s'est donné un premier ministre de droite, veuille vraiment établir « une relation de travail dans la confiance avec les représentants des professionnels de santé », ouvrir le chantier du temps médical et du temps de soins, engager une réflexion sur les compétences et la formation ou encore "faire vivre le virage ambulatoire". Ceci alors que l'on nous promet une mise en œuvre à coups d'Ordonnance, à l'image de Loi Touraine. La réalité du projet politique, nous l'aurons rapidement avec la construction de son premier Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale. Nous pourrions ainsi vraiment juger la volonté macronienne « de faire évoluer les modes de financement pour expérimenter un décloisonnement ville et hôpital, médical et médico-social ».

Pour l'instant, à défaut de création d'emplois, ce seront les étudiants en santé qui seront mis à contribution pour la prévention dans les écoles et les entreprises. Quant à sa conception de lutte contre les inégalités, il ne s'agit pas de remettre en cause les dépassements d'honoraires ou de réduire le coût des médicaments mais de les vendre à l'unité ou de plafonner les dépenses du dentaire ou des prothèses auditives afin de faciliter leur couverture par les

complémentaires santé confortées au détriment de la Sécu.

Avec le Président Macron et son Premier Ministre, nous n'irons pas vers le 100 % Sécu, mais vers le 100 % complémentaire, soit en fait le « ZÉRO % SÉCU » ! Un objectif déjà avancé par le Gouvernement Hollande, puisqu'avant de partir, Marisol Touraine présentait le 3 mai en Conseil des Ministres, en future bonne élève de Macron, sa réforme du Code de la Mutualité, datant de 2001, par voie d'ordonnance. Un projet qui renforce le rôle des mutuelles. Ce qui peut qu'accentuer nos inquiétudes quant à leur développement dans la privatisation de l'hôpital de proximité. Ceci d'autant que leur avenir est limité en nombre et en soins par la nouvelle politique de GHT (groupement hospitalier de territoire) contenu dans un autre récent arrêté du 4 mai dernier de M^{me} Touraine.

Celui-ci a agréé 135 GHT, éloignant de plus en plus loin l'usager du lieu de soin hospitalier, rendant l'accès de plus en plus difficile. Ceci d'autant que cet arrêté a aussi limité les « hôpitaux dits de proximité », selon l'article [R6111-24-code-sante-publique](#), en y fixant les conditions de soins et de territoires limitées, donc d'abandon de nombreux services et les limitant au nombre de 261, car devant remplir au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

- avoir une part de population âgée de plus de 75 ans,
- avoir une part de population vivant sous le seuil de pauvreté supérieure à la moyenne nationale,
- avoir une population de médecins généralistes pour 100 000 habitants inférieure à la moyenne nationale ;
- avoir une densité de population inférieure à 150 personnes au km².

Quant au financement de ces hôpitaux de proximité « agréés », il dépendra du volume d'activité (ce qui laisse présager la poursuite de leur suppression) et des engagements de partenariat avec les établissements exerçant des soins de deuxième recours vers lesquels orienter les patients et aussi le développement de la [télé médecine](#) par internet ! Du financement sur mesure et sous contrainte en somme, dont le but est toujours et encore regrouper pour économiser.

Une politique de restructuration que le Président Macron veut accélérer par le déploiement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) tout en mettant davantage de "liant" entre eux et les autres acteurs de l'offre. Quant à sa promesse de donner davantage d'autonomie aux hôpitaux, en diversifiant

les modes de rémunération des professionnels et les modes de financement des hôpitaux, dans un cadre sécurisé nationalement, nous ne pouvons qu'être inquiets. Elle ouvre à plein, le partenariat public-privé posé par Bachelot et accentuer par Touraine.

Dans sa réponse à la Fédération hospitalière de France (FHF) et à la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), pas de retour en arrière à prévoir. Le candidat Macron, avait dans sa réponse à la FHP, souhaité que s'« accélère le déploiement des groupements hospitaliers de territoire [GHT] [...] vers plus de coopération, de mutualisation ». Emmanuel Macron estimait que les GHT ont trois "vertus" : « ils prennent en charge la dimension territoriale », « Ils sont censés exprimer la vision des acteurs de terrain à travers le projet médical » et ils organisent « une reconfiguration du secteur public, la mutualisation et la rationalisation d'un certain nombre de fonctions au sein de la sphère publique ». Plus loin, il soulignait « qu'au-delà de cette approche centrée sur soi-même, les GHT devront s'ouvrir sur les acteurs du territoire », et pour ceux qui n'auraient pas compris, il évoquait le secteur privé libéral ou hospitalier, le privé non lucratif, le médico-social, l'hospitalisation à domicile.

Et pour que la FHP ne s'inquiète vraiment pas, le candidat d'En Marche! assurait que le secteur privé est à ses yeux "précieux, comme le sont d'ailleurs les secteurs privés à but non lucratif et le secteur public". "Il ne doit y avoir aucune ambiguïté là-dessus", affirmait-il.

Dans son programme, il a promis de gérer les dépenses et la stratégie de santé sur un horizon de plusieurs années pour donner de la visibilité et de la stabilité aux acteurs de santé, avec engagement dans un objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 5 ans. Dans cet esprit, il a annoncé vouloir maintenir l'Ondam à 2,3 % sur 2018-2022, soit bien en dessous des besoins vitaux. C'est vrai notamment des effectifs de la fonction publique hospitalière (FPH), qu'il dit vouloir maintenir, mais avec un Ondam si bas et une volonté affichée de non renouvellement de 120 000, selon son programme, on ne peut qu'en douter.

Et que dire de l'annonce faite de revenir sur un *numerus clausus* "injuste et inefficace", s'il n'y a pas à la clé les moyens supplémentaires incontournables aux facultés et hôpitaux pour adapter leurs capacités

de formations à accueillir un nombre important d'étudiants conforme aux besoins de santé du pays.

Libéral, le nouveau président ne l'est pas seulement d'un point de vue économique, puisqu'il se propose de doubler le nombre de maisons de santé, mais ne dit rien des centres de santé dont le maillage territorial serait indispensable pour lutter contre la désertification médicale.

Emmanuel Macron a également annoncé vouloir créer un "fonds pour l'industrie et l'innovation" de 10 milliards d'euros, avec pour objectif de financer "l'industrie du futur" et d'inciter les laboratoires à produire en France et diffuser "plus rapidement" l'innovation. Lors d'un déplacement à Grenoble mi-avril, il avait par ailleurs fait part de son souhait de disposer d'un opérateur unique pour lancer des appels à projets dans le domaine de la recherche et l'innovation, qui serait l'Agence nationale de la recherche (ANR). Développer et soutenir les soins à domicile. Nous sommes loin d'un Pôle public du médicament préconisé par le PCF comme la France Insoumise. Ce n'est pas non plus ce qui rendra notre système de santé plus efficient, pas plus que sa proposition de généraliser la vente de médicaments à l'unité. Un projet qui en réalité ne vise qu'à permettre leur vente en grande surface, en lançant, comme il l'a indiqué à la mi-avril, une concertation sur la vente de médicaments en dehors des pharmacies.

Concernant le secteur médico-social, Emmanuel Macron a promis de développer et soutenir les soins à domicile, de permettre aux aidants de mieux se former ou d'être accompagnés, d'encourager les solutions de télémédecine dans les maisons de retraite ou encore de lancer un plan d'évaluation des techniques et méthodes de prise en charge des handicaps.

Le nouveau chef d'Etat a indiqué être favorable à l'ouverture de la procréation médicalement assistée (PMA/AMP) pour les femmes seules et les couples de femmes, mais s'est dit opposé à la gestation pour autrui (GPA). Dans une interview accordée au Figaro Week-end pendant l'entre-deux tours, Emmanuel Macron a précisé sa position sur ces sujets, indiquant notamment qu'il prendrait ses responsabilités sur la question de la PMA en fonction de l'avis rendu par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Sur la thématique "environnement et transition écologique", il s'est notamment engagé à mener une

"campagne de mobilisation de même ampleur que le plan cancer afin de sensibiliser les Français et d'inciter à des nouvelles pratiques de consommation".

Macron, sa réforme des retraites, un nouveau recul, une imposture!

Le 18 avril 2017 dans une adresse aux retraité-e-s, E. Macron indiquait que le deuxième grand axe de son quinquennat sera celui de la réforme des retraites. Il veut mettre en place un système universel de retraites dans lequel « *un euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé* », alignant, à l'occasion, les règles entre public et privé. Il précise que sa réforme ne modifiera pas la situation actuelle et ne se traduira pas par une baisse des pensions. C'est une imposture!

Son système universel de retraite se rapproche d'un système par points dans lequel la pension à la liquidation est le produit du nombre de points total acquis par l'assuré au moment du départ à la retraite par la valeur du point à cette date. Le taux de remplacement n'est plus connu à l'avance, entraînant un manque de visibilité pour le salarié sur sa future pension.

Ce système prenant en compte l'âge de départ en retraite et l'espérance de vie en fonction de l'année de naissance, pour garantir l'équilibre (théorique) du dispositif, l'avenir de sa pension comme son compte devient virtuel. Le montant de sa pension sera ainsi proportionnel à un coefficient dépendant de l'âge de départ à la retraite et de l'espérance de vie correspondant à la génération à laquelle le salarié appartient.

Retenir une espérance de vie moyenne d'une génération au moment du départ en retraite revient à nier les très grandes différences d'espérance de vie entre les classes sociales et entre les conditions de travail au sein d'une génération. De plus, introduire les différentiels d'espérance de vie dans une génération aura un effet dévastateur sur les femmes, déjà victimes en amont de discriminations au travail et de carrières discontinues et précaires, d'inégalités salariales. Ce système est donc injuste et pervers.

De plus, dans un tel système, comme l'âge de départ à la retraite est un des déterminants du montant de la retraite, les travailleurs sont incités à rester au travail même s'ils ont effectué des travaux pénibles

qui ont réduit leur espérance de vie. Chacun est censé pouvoir obtenir une retraite satisfaisante en choisissant personnellement le moment de son départ à la retraite, alors que les travailleurs manuels et les cadres ne sont pas dans la même situation quant à leur capacité de prolonger leur carrière.

Si le départ à la retraite devient une simple question de choix individuel, alors la conception d'une norme sociale fixant des règles de responsabilité collective vis-à-vis de tous les membres de la société devient caduque. La responsabilité des entreprises en matière d'emploi disparaît puisque chacun est appelé à décider s'il travaille ou se met en retraite. Ce qui permet à Macron de tricher en disant « Nous ne toucherons pas à l'âge de départ à la retraite ».

Le système de retraite Macron est, d'autre part, moins avantageux que le système actuel, car il ne prend en compte que les seuls salaires pour l'assujettissement à la cotisation. Il s'ensuit que les périodes indemnisées au titre de la maladie, du chômage ou de la maternité ne sont pas cotisées: dans le système Macron, elles n'ouvriraient donc aucun droit à retraite alors que dans le système actuel elles sont prises en compte (validées) de façon à minimiser les effets sur le montant de leur retraite des aléas de carrière subis par les salariés. La mise en œuvre de la proposition Macron, à défaut d'un emploi garanti à vie, pénaliserait doublement les salariés: pendant leur activité et pendant leur retraite. De ce côté-là, c'est donc bien tout le monde qui serait perdant.

Par ailleurs près de 38 % des retraités bénéficient aujourd'hui du minimum contributif: ce sont des personnes qui ont une carrière complète mais qui ont cotisé toute leur vie sur des petits salaires. Ce dispositif leur garantit le versement par leur(s) régime(s) de base d'un minimum de 629,62 euros de retraite mensuelle. Le système Macron, en créant une stricte proportionnalité entre la cotisation et le montant de la retraite, priverait ces 4,9 millions de retraités de ce minimum, pourtant bien insuffisant...

Ce type de système de retraites a été promu en France à la suite de sa mise en œuvre en Suède depuis 1998. Il vise en vérité à maintenir l'enveloppe globale des pensions au niveau actuel. En l'absence d'augmentation du taux de cotisation pour suivre l'évolution démographique, les salariés n'ont le choix qu'entre travailler plus longtemps (75 ans pour la Suède), ou accepter la baisse de leur pension. Il est toujours au seul bénéfice du Patronat, comme lors de la crise financière qu'a connue la Suède en 2009. Les salariés ont vu se modifier les conditions de versement des pensions en suspendant momentanément le système et en programmant la baisse des pensions.

Garantir un système de retraites, à la fois globalement et pour chacun, suppose que le travail soit partagé et que l'emploi reste une priorité. Toutes les autres solutions, de baisse des pensions, d'allongement de la durée de cotisation, de cotisations définies, d'épargne capitalisée, aboutissent toutes à des reculs de solidarité, de justice sociale, d'efficacité économique.

Pour leur part, les communistes ont préconisé la mise en œuvre d'une réforme des retraites basée sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, du parcours de vie de la naissance à la mort, l'égalité salariale entre les femmes et les hommes permettant à chacun de pouvoir quitter le travail avec une pension à taux plein correspondant à une période allant de 18 à 60 ans, avec prise en charge des périodes de non-travail (précarité, chômage, formation, études, maladie, invalidité). Il faut maintenir une retraite par répartition à prestations définies, avec une indexation des pensions sur les salaires, non sur les prix. Aucune pension ne doit être inférieure au smic (1 800 € brut).

Ces engagements fondent la solidarité entre les générations qui est le socle de notre système de retraite et qui a fait largement ses preuves depuis 1945. Tout le reste n'est qu'enfumage ou mystification...

Loi Santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie !

Par Serge Klopp, Cadre infirmier psychiatrique

La Loi Santé votée en 2015, a rassuré un certain nombre d'organisations dont le SPH (Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux), parce qu'elle a réaffirmé formellement le Secteur. Ce n'est pas aussi évident lorsque l'on lit sa présentation en juillet 2014 et le rapport Laforcade qui devait préparer le volet psychiatrie de la loi, mais n'a été publié qu'après l'adoption de la Loi. Il est à noter que si le texte qui a été voté, a « flouté » toutes ces mesures inquiétantes, les mécanismes permettant leur mise en œuvre existent aujourd'hui.

En fait, cette loi vise à liquider ce qui subsiste de la philosophie de la politique de Secteur. Philosophie qui repose sur la proximité et la continuité du soin. C'est pourquoi, le territoire avait été découpé en secteurs géodémographiques de 75 000 habitants. Dans chaque Secteur, une même équipe pluridisciplinaire est chargée des soins de prévention, de cure et de postcure.

Concernant la proximité, le ministère envisage de faire passer la dimension des secteurs, de 75 000 habitants à 200 000 habitants. Ce qui revient à imposer la mise en grands pôles regroupant chacun trois secteurs. En 2007, lors de la création des pôles, il avait été pourtant acté qu'un Secteur pouvait être un pôle.

L'objectif est de faire des économies, en fusionnant / supprimant les deux tiers des structures ambulatoires (CMP, HDJ, CATTP⁽¹⁾, ...). Aujourd'hui l'ambulatoire représente plus de 80 % de l'activité de la psychiatrie public. C'est grâce à son développement dans les années quatre-vingt que l'on a pu réduire considérablement le nombre de lits d'hospitalisation.

1 CMP: Centre Médico Psychologique; lieu de consultation et de soin, certains patients peuvent y prendre leur traitement ou y faire faire les injections de neuroleptiques retard; HDJ: Hôpital de Jour; lieu de soin où les patients sont reçus dans la semaine (quelques jours par semaine ou toute la semaine) et où ils bénéficient de médiations thérapeutiques, ils peuvent également y prendre leur traitement; CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel; lieu de soin où comme pour les HDJ les patients bénéficient de médiations thérapeutiques, mais de manière plus séquentielle (quelques demies journées par semaine), ils n'y prennent pas leur traitement.

Ces économies vont au travers des GHT⁽²⁾, soit combler les déficits des établissements MCO⁽³⁾, soit être repris par l'autorité de tutelle. L'un des objectifs affichés de la loi étant de récupérer les milliards versés au MEDEF dans le cadre du « Pacte de responsabilité ».

Par ailleurs, l'hospitalisation ne serait plus sectorisée, ce qui permettrait de mieux gérer les flux, au détriment de la continuité des soins et de leur qualité. Pour ces missions de service public, il est également prévu de mettre en concurrence le public avec le privé lucratif. Au nom de l'amélioration du parcours de santé, on va séquencer et segmenter les prises en charges. Ce qui va remettre en cause ce qui subsiste de la réelle continuité des soins d'un dispositif qui était un modèle en la matière.

Le séquençage, consiste à découper l'histoire de la maladie en moments de crise, plus ou moins intense, et de rémission plus ou moins partielle. La segmentation, consiste à considérer qu'à chaque phase va correspondre un type d'intervenant. La psychiatrie, n'aura à traiter que de la crise. En hospitalisation si l'intensité de la crise le nécessite, sinon, ce sera en CMP. Mais, même le CMP n'est chargé que de la crise et éventuellement du suivi pendant la postcure. Le renouvellement du traitement chimiothérapeutique au long cours sera mené par le médecin généraliste traitant, selon le même principe que s'il s'agissait d'un traitement cardiologique ou dermatologique. Pour les prises en charge des situations complexes, le généraliste pourra mener des consultations en visioconférence avec un psychiatre référent.

Les HDJ et les CATTP, seront chargés du soin de postcure. Au bout d'un certain temps, le patient est soit stabilisé ou pas :

- S'il est stabilisé, on mettra fin à la prise en charge sanitaire. Il pourra retourner chez lui. Il n'est

2 GHT: Groupement Hospitalier de Territoire: regroupement d'hôpitaux dans une même entité administrative, visant à terme à restructurer l'ensemble du tissu hospitalier public

3 MCO: Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Il s'agit en fait des hôpitaux généraux.

effectivement pas nécessaire de continuer à traiter quelqu'un qui va bien. Si ce n'est que peut-être, vaut-il bien, parce qu'il bénéficie de ce suivi. Mais, cela ne semble pas préoccuper les technocrates qui nous gouvernent.

- S'il n'est pas stabilisé, on pourra éventuellement renouveler une prescription de CATTP de 6 mois. Mais si on s'aperçoit que de toute façon il ne sera jamais totalement stabilisé, on considérera qu'il est inutile de le soigner, puisque nous sommes incapables de le guérir. Par contre en fonction de l'intensité et du type de troubles qui subsistent, il pourra bénéficier d'une prise en charge sociale ou médico-sociale.

Ce transfert du sanitaire vers le social et le médico-social, ne bénéficiera pas d'un financement supplémentaire pour ces structures. Il sera donc nécessaire de les réorganiser. Certaines personnes qui en bénéficient ne pourront plus en bénéficier. Voire, certaines structures qui ont un projet bien particulier, vont être purement et simplement fermées. Par ailleurs l'originalité et la richesse de la France en termes de structures sociales et médico-sociales, c'est le nombre impressionnant d'associations gestionnaires (plusieurs milliers). Il est prévu de les concentrer au travers d'une dizaine de très grosses associations.

Tout cela repose sur une conception de la psychiatrie dont l'objet est de normaliser les comportements et les populations, en traitant des symptômes, là où auparavant on soignait des personnes en souffrance.

Le soin ne repose plus sur la relation thérapeutique. Aujourd'hui c'est le médicament, l'enfermement qui traite. Même en CATTP, dans la plupart des secteurs, le A de Accueil a subi un glissement sémantique et est devenu le A de Activité. Et ainsi là encore ce n'est plus la relation au travers de l'accueil qui soigne, mais c'est l'activité qui va traiter les troubles. Le soin ne s'inscrit plus dans l'histoire singulière du Sujet, mais dans l'ici et maintenant. Tout cela se faisant au nom du progrès scientifique et des « bonnes pratiques » protocolisées, diffusées par l'HAS (Haute autorité de Santé).

Ces « bonnes pratiques » reposent essentiellement sur le DSM (manuel diagnostic médical) qui se veut universel, anhistorique, anidéologique en rupture avec la nosographie classique (névroses, psychoses) et qui vise en fait à isoler les symptômes pour en faire des entités nosographiques en soi. Il est devenu hégémonique dans les années quatre-vingt-dix.

Aujourd'hui on en est au DSM V et on y assiste à une inflation de troubles.

En fait toutes les émotions vécues en écart avec la norme sont susceptibles d'être considérées comme des troubles qu'il faut traiter. Il faut noter que la définition des troubles du DSM survient souvent lorsque l'industrie pharmaceutique « découvre » une molécule qui fonctionne sur tel ou tel symptôme. C'est ainsi que la Ritaline a fabriqué le TDHEA (Trouble du Développement et de l'Hyperactivité de l'Enfant et de l'Adolescent) symptôme connu précédemment mais qui était considéré comme pouvant avoir des significations multiples et qui maintenant serait une maladie en soi. De même, le fait d'être passé de la Psychose Maniaco Dépressive aux Troubles Bipolaires élargit considérablement le spectre de ceux à qui on va prescrire des médicaments.

Par ailleurs le DSM V a eu beaucoup de mal à être validé aux États-Unis en raison des conflits d'intérêts notoires entre ses rédacteurs et l'industrie pharmaceutique. A ce sujet notre nouvelle Ministre peut nous inquiéter à juste titre, puisque, elle considère qu'il ne saurait y avoir de conflit d'intérêts entre un médecin (quelle que soit sa fonction, notamment universitaire) et les laboratoires. Pour mémoire, le rapport Robillard préconisait une séparation franche entre l'Université, la formation continue des médecins et les labos.

Pour assurer l'hégémonie du DSM et lui donner un caractère pseudo scientifique irréfutable on s'est appuyé sur l'EBM (Evidence-Based Medicine). L'EBM considère comme vrai ce qui est partagé par le plus grand nombre de ceux qui publient en anglais dans certaines revues (pas n'importe lesquelles), en se pliant à une certaine méthodologie. Tout ce qui est en dehors des critères de l'EBM est réputé non fondé et n'existerait pas. Ce qui est déjà en soi sujet à caution, puisque c'est l'antithèse de la démarche scientifique qui cherche à vérifier des hypothèses en étant consciente que celles-ci seront invalidées dans le futur. On sait aujourd'hui que 1+1 n'est pas toujours égal à 2. Ce qui a pour effet d'exclure toute recherche nécessitant une autre méthodologie et d'invalider a priori toute théorie de l'inconscient. Mais en plus on sait qu'il y a de multiples biais dans cette démarche, notamment le fait que les résultats positifs sont souvent surévalués et que certains résultats négatifs sont passés sous silence. Autre biais notoire, ceux qui écrivent dans ces revues se

citent systématiquement les uns les autres renforçant par ce seul fait la valeur scientifique de leur postulat⁽⁴⁾.

Concernant la formation des infirmiers, on note au fil des ans une place de plus en plus réduite pour l'enseignement de la psychopathologie. La théorie de l'inconscient est survolée en première année dans le cadre des sciences humaines, sans lien avec la clinique qu'ils auront à mettre en œuvre lorsqu'ils seront infirmiers. Par ailleurs, au travers d'abord des diagnostics infirmiers, puis des transmissions ciblées, la symptomatologie du patient est découpée en problématiques. Cela a pour tendance à amener les soignants à vouloir traiter chaque problématique indépendamment les unes des autres, sans les situer dans la complexité de la structure psychique du sujet. Et là on ne parle même plus de le situer dans l'histoire du patient. Ce qui a pour effet, par exemple, en unité d'hospitalisation de prendre au premier degré le patient qui vocifère et insulte les personnes qui passent à sa portée.

On va donc le « cadrer » et si nécessaire le mettre en chambre d'isolement et même l'attacher. Parce que « On n'est pas là pour se faire insulter par les patients! ». Alors qu'en fait ces vociférations ne sont souvent que l'expression de l'angoisse du sujet et une stratégie pour que les autres qu'il perçoit dangereux pour lui, ne s'approchent pas de lui.

C'est ainsi que l'on assiste aujourd'hui à une augmentation exponentielle des patients mis en chambre d'isolement et même contentonnés, alors que dans les années quatre-vingt la contention avait quasiment disparu et que nombre d'unités d'hospitalisation n'utilisaient que rarement les chambres d'isolement, voire, n'en avaient plus!

On le voit, les médecins et les infirmiers qui sortent aujourd'hui de leur cursus d'étudiant sont formatés par cette conception déshumanisante de la psychiatrie.

Le mouvement désaliéniste et la Psychothérapie Institutionnelle se sont battus depuis l'Occupation et continuent aujourd'hui encore à se battre pour une conception humaniste de la psychiatrie et déstigmatiser la folie. Aujourd'hui au nom de la déstigmatisation on va abandonner ces personnes en souffrance psychique, dont on sait pourtant que leur qualité de vie repose sur la qualité et la continuité du lien thérapeutique. On va les livrer à elles-mêmes et à leur famille.

Ce n'est pas digne de notre époque!

C'est la raison pour laquelle le PCF a proposé à la Fête de l'humanité 2015⁽⁵⁾ de lancer un mouvement pour une Loi-cadre de refondation du Secteur pour une psychiatrie Humaine.

4 Concernant ces questions je vous renvoie aux travaux de Roland Gori, notamment le chapitre sur l'imposture bibliométrique dans l'ouvrage collectif « La folie évaluation. Les nouvelles fabriques de la servitude », éditions Mille et une nuits, collection Essai, 2011.

5 Participaient à ce débat, outre Laurence Cohen Sénatrice Communiste et Serge Klopp au nom du PCF, le Collectif des 39, l'Appel Des Appels, la CGT, SUD, l'USP.

Adessadomicile : un acteur majeur des centres de santé. Valeurs partagées.

Par M^{me} Aurore Brochette, directrice générale

La fédération Adessadomicile est le fruit des rapprochements successifs de plusieurs fédérations d'aide à domicile, chacune ayant ses spécificités. Pour autant, il est possible de faire débiter l'histoire de la fédération après la première guerre mondiale grâce à l'impulsion d'Henriette Viollet. L'idée est à l'époque d'aider les mères grâce aux soins de "maman de secours". Elle crée en 1920 une première association Aide aux Mères à Paris qui rapidement sera suivie par la création d'autres associations en France qui se regrouperont en fédération dès 1927, elle sera d'ailleurs reconnue d'utilité publique dès 1938.

Parallèlement, au début des années quarante, les militants du Mouvement Populaire des Familles (MPF) créèrent les premières Associations Populaires de l'Aide Familiale (APAF) pour seconder les mères de famille. Ces deux organisations décidèrent de créer un organisme national autonome appelé la Fédération Nationale des Associations Populaires de l'Aide Familiale (FNAPAF).

Concernant les soins à domicile (centres de santé infirmiers et services de soins infirmiers), c'est dans les années 1970 que naît l'UNCAS (Union Nationale des Centres de Soins) devenue plus tard l'UNACSS (Union Nationale des Centres de Soins/Santé). Il s'agit d'une union d'associations et structures à vocation sanitaire et sociale. Les Associations adhérentes à l'UNACSS ont vocation à s'inscrire dans la vie du quartier ou en zone rurale. Elles mènent de nombreuses actions de sensibilisation, d'éducation sanitaire et de prévention auprès des populations locales. L'UNACSS défend une conception communautaire, responsable et globale, de la Santé. L'UNACSS privilégie une démarche de santé responsable où l'usager est invité à participer à sa recherche d'un état de Bien-être. Elle prône dans ses « valeurs fondamentales » une prise en charge globale de la personne. Sur le terrain, cela se manifeste par une valorisation du soin, de l'écoute, de la prise en compte de chacun dans son propre milieu de vie. Pour ces raisons, le relationnel et les soins de proximité sont au centre de ses préoccupations.

En 1973, pour répondre aux demandes croissantes, des membres de la FNAPAF choisirent de se consacrer au développement des services pour les personnes âgées défavorisées. Ils constituèrent des associations d'aide à domicile aux retraités (ADAR) qui fondèrent une nouvelle fédération, la FNADAR (Fédération Nationale d'Aide à Domicile aux Retraités). De son côté, la FNAPAF se rebaptise en 1979, FNAFAD (Fédération Nationale d'Aide Familiale A Domicile). Dès lors, les deux fédérations œuvrèrent chacune pour un "public" différent, mais en partageant les mêmes priorités.

En 1984, la Fédération Nationale des Associations pour l'Aide Mères et aux Familles à Domicile élargit officiellement les interventions au-delà de la famille. En 1999, la fédération change de nom pour entériner cette évolution et devient la Fédération Nationale d'Aide et d'Intervention A Domicile (FNAID).

En 2001, devant la croissance des besoins et les demandes des Pouvoirs Publics de "rassembler" les acteurs du secteur de l'aide à domicile, la FNADAR et la FNAFAD décidèrent de créer une nouvelle fédération baptisée ADESSA.

De leur côté, la FNAID et l'UNACSS se rassemblent en 2005 sous le nom de A Domicile Fédération Nationale. La fédération à vocation généraliste bénéficie ainsi de l'expérience d'un réseau associatif complémentaire d'aide, de soins à domicile et de services à la personne.

Enfin, en 2010, par fusion-absorption, A Domicile Fédération nationale et Adessa prennent comme nouvelle dénomination Adessadomicile Fédération nationale.

Syndicat d'employeurs, la fédération fait partie de l'Union Syndicale de Branche (USB). Elle a signé, le 21 mai 2010, la convention collective de branche de l'aide, de l'accompagnement, du soin et des services à la personne, ainsi que les autres fédérations d'employeurs et les syndicats de salariés. Cette convention s'applique à l'ensemble des associations et organismes employeurs

privés à but non lucratif qui, à titre principal, ont pour activité principale d'assurer aux personnes toutes formes d'aide, de soins, d'accompagnement, de services et d'intervention à domicile ou de proximité.

Reconnue d'utilité publique depuis 1938, elle représente plus de **700 services et 350 associations** et organismes gestionnaires publics et privés à but non lucratif. Ces structures emploient près de **25 000 salariés** en France métropolitaine et dans les collectivités d'outre-mer.

Attachée aux mêmes valeurs, celles de la **solidarité**, de la **qualité**, du **professionnalisme** et de la **primauté de la personne**, Adessadomicile ancre pleinement son action dans la voie de l'**économie sociale et solidaire**.

Le réseau couvre les **18** régions françaises. Les associations et structures gestionnaires à but non lucratif sont présentes dans plus de **90** départements, dont les départements, collectivités et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, île de la Réunion, Mayotte). La fédération Adessadomicile a vocation à aider et représenter les services intervenant à domicile ou favorisant le soutien à domicile des personnes dans le respect de leur choix de vie.

Divers services du champ sanitaire, social et médico-social sont adhérents à la fédération, allant ainsi du service d'aide et d'accompagnement pour les personnes âgées, en situation de handicap, les familles, aux accueils de jour en passant par les services de soins infirmiers à domicile et les centres de santé infirmiers.

A travers ses adhérents, la fédération défend les principes suivants :

- Prise en compte de la personne et de ses besoins dans une approche globale ;
- La personne est pleinement impliquée dans les interventions réalisées à son domicile ;
- La personne est au centre de sa prise en charge ;
- Qualité et suivi des interventions ;
- Maintien, accompagnement à domicile, en contribuant au mieux-être, à la sécurité et à l'autonomie de la personne ;
- Connaissance et adaptation aux habitudes et à l'environnement de la personne pour apporter une aide et des soins de qualité coordonnés aux autres dispositifs ;
- Implication des bénéficiaires et des salariés à la dynamique associative.

La fédération défend le principe d'aide et de soins de qualité accessibles à tous, fondés sur la solidarité nationale. Cela passe par la réaffirmation de points essentiels :

- Liberté associative d'entreprendre tout en privilégiant les mutualisations et les partenariats pour faciliter le développement de structures à but non lucratif adaptées aux besoins de proximité ;
- Respect de l'opposabilité des conventions collectives par les financeurs ;
- Objectivité de l'évaluation des besoins, la définition du plan d'intervention ou de compensation et la réalisation des prestations adaptées ;
- Maintien d'une prise en charge universelle et égalitaire ;
- Continuité réelle des services afin d'apporter les réponses adaptées aux besoins des personnes ;
- Contribution de la fédération aux expérimentations, évaluations et réformes gouvernementales ;
- Valorisation financière du rôle et des missions d'intérêt général des SAAD, SSIAD et CSI ;
- Reconnaissance des démarches d'amélioration continue des structures adhérentes et de la qualification de leur personnel ;

Adessadomicile a vocation d'une part à soutenir ses adhérents dans la gestion quotidienne de leurs activités et d'autre part à les représenter et défendre leurs intérêts auprès des pouvoirs publics, à savoir auprès du Ministère de la santé et des solidarités, de l'assurance maladie, de la Caisse nationale d'allocation familiale...

Cet accompagnement au quotidien de ses adhérents se traduit notamment par les réponses à leurs questions et la réalisation de notes d'informations sur les évolutions légales et réglementaires, que ce soit la réglementation relative à leur activité ou celle inhérent à la fonction d'employeur, ainsi que la réalisation de modèles (projet de santé, règlement intérieur, outils de mise en œuvre de l'accord national, livret d'accueil, règlement de fonctionnement...)

Pour ce qui concerne le secteur santé et soins de la fédération la représentation auprès des pouvoirs publics se traduit par une participation active à l'instance informelle regroupant les organisations gestionnaires représentatives des centres de santé (RNOGCS), aux séances de négociations de l'accord national des centres de santé avec l'assurance maladie, à la Commission Paritaire Nationale permettant le suivi de la mise en œuvre de l'accord national, au groupe ministériel de

concertation des centres de santé, à la commission permanente de la conférence nationale de santé, au comité national PAERPA, au comité de pilotage de la mesure des coûts en SSIAD, au comité de pilotage pour le suivi de l'expérimentation SPASAD et aux concertations ou informations ponctuelles de la part des Ministères ou des agences (HAS, ANESM).

La défense des intérêts de ses adhérents et des patients passe également par des propositions d'amendements aux différents projets de loi. Ainsi, Adessadomicile a porté un certain nombre d'amendements dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ces propositions d'amendements sont la traduction des valeurs d'Adessadomicile et la manière dont est appréhendé le système de Santé.

A ce titre, Adessadomicile a notamment proposé :

- ❖ de faciliter le partage d'informations entre professionnels de santé appartenant à une même équipe de soins mais également avec les autres acteurs non professionnels de santé sous conditions : **proposition retenue**,
- ❖ d'améliorer les sorties d'hospitalisation par leur anticipation et l'information des acteurs du retour à domicile : **non obtenu**,
- ❖ de réviser annuellement les zones caractérisant la densité en professionnels de santé,
- ❖ de modifier le modèle économique des centres de santé : **non obtenu**,
- ❖ restriction de la création des centres de santé pour ce qui concerne les établissements de santé, uniquement à ceux qui sont à but non lucratif : **non obtenu malgré l'adoption par les parlementaires de l'amendement**,
- ❖ de favoriser l'information du public sur les centres de santé et permettre aux centres de pouvoir être identifiés : **amendement adopté**,
- ❖ d'adapter les différents dispositifs PTMG / PTMA pour que les centres de santé puissent bénéficier des mêmes aides que les professionnels de santé libéraux pour leur installation dans les zones à faible densité médicale : **non obtenu**,
- ❖ de simplifier la procédure d'autorisation des protocoles de coopération entre professionnels de

santé dans les zones sous denses en médecins : **non obtenu**,

- ❖ de permettre la consultation des centres de santé dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé lorsque l'initiative de leur constitution revient à l'ARS : **amendement adopté**,
- ❖ de permettre la consultation des centres de santé dans le cadre du pacte national de lutte contre les déserts médicaux : **amendement adopté**,
- ❖ de réserver l'appellation « centre de santé » aux centres qui satisfont les obligations listées dans l'article L.6323-1 du code de la santé publique relatif à la définition des centres : **amendement adopté**.

Adessadomicile est attachée à la non lucrativité des centres de santé et ainsi aux missions et valeurs qui sont les leurs. Consciente des problématiques actuelles du système de santé, transition épidémiologique, virage ambulatoire, réduction des durées moyennes de séjour, désertification médicale, accessibilité de tous aux soins, Adessadomicile souhaite la mise en place d'un véritable plan d'aide au développement des centres de santé, qu'ils soient pluri-professionnels, mono-activité ou orientés vers la prise en charge d'une typologie de pathologie, le principal étant qu'ils répondent aux besoins de santé de la population.

Dans ce sens, la question de la présence au sein des centres de santé de certains professionnels du champ social se pose également afin de pouvoir proposer une prise en charge globale de la personne (assistante sociale, conseiller familial...). Ces différentes évolutions en faveur de l'accès aux soins et à la santé intégrant la prévention, avec en toile de fond la pratique d'équipe et la coordination qui en est la caractéristique indissociable, requestionne le modèle économique des centres de santé, et au-delà des centres de santé le paiement à l'acte sur le secteur ambulatoire. Adessadomicile plaide en faveur d'une évolution du modèle tarifaire pour répondre aux besoins de la population et favoriser l'accès de tous à la santé et à la prévention.

Plus globalement, la fédération dans le cadre de sa plateforme présidentielle a porté des propositions en faveur d'une évolution de notre système de santé afin qu'ils puissent faire face aux défis de demain.

Ces propositions se déclinent en 6 axes et 15 mesures :

Axe 1 : Reconnaître le droit fondamental pour tous de pouvoir vivre à domicile

- Mesure n° 1 : Créer un cinquième risque englobant les financements nécessaires aux besoins des personnes aidées et soignées à domicile
- Mesure n° 2 : Veiller à la mise en œuvre effective de la réglementation médico-sociale par les Conseils Départementaux
- Mesure n° 3 : Refondre la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Axe 2 : Mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement global des personnes garantissant la prise en compte du choix et du projet de vie de chacun

- Mesure n° 4 : Favoriser la coordination de l'aide et du soin pour les personnes à domicile
- Mesure n° 5 : Financer le développement de solutions de répit pour les aidants familiaux

Axe 3 : Investir dans le développement dans le développement d'une politique de prévention et de santé de proximité accessible à tous

- Mesure n° 6 : Valoriser le rôle des Centres de Santé pour lutter contre la désertification
- Mesure n° 7 : Assurer l'accès à la prévention à tous les âges de la vie et sur tous les lieux de vie (zone urbaine ou rurale, domicile et lieu de travail...)
- Mesure n° 8 : Mieux intégrer les services à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, CSI, HAD) dans la mise en œuvre du virage ambulatoire

Axe 4 : investir dans le développement d'une politique familiale de prévention et de soutien à la parentalité accessible à tous

- Mesure n° 9 : Garantir l'accès aux dispositifs et diminuer les restes à charge dans le cadre des accompagnements à la parentalité
- Mesure n° 10 : Garder l'esprit de la prévention comme moteur de l'intervention en matière de parentalité
- Mesure n° 11 : Rendre effectif l'accompagnement à la parentalité, y compris dans les situations de handicap

Axe 5 : Valoriser les métiers de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile et améliorer les conditions de travail des salariés

- Mesure n° 12 : Revaloriser les salaires et rembourser les frais professionnels
- Mesure n° 13 : Reconnaître les coûts inhérents à la qualification des personnels et favoriser les parcours

Axe 6 : Reconnaître que les entreprises associatives ont un rôle d'innovations sociales et réalisent des missions d'intérêt général

- Mesure n° 14 : Prendre en compte le rôle d'innovation sociale des services à domicile
- Mesure n° 15 : Créer un fonds d'investissement pour les services à domicile

Adessadomicile porte une vision solidaire et constructive auprès des pouvoirs publics, plaçant la personne au cœur du système afin d'organiser son parcours de santé dans le respect de ses choix en mettant en œuvre la coordination et l'articulation des acteurs pour une réponse de proximité.

La santé en Afrique subsaharienne : état des lieux

Par le D^r Félix Atchadé

Introduction

L'Afrique dont il est question : c'est l'Afrique subsaharienne encore appelée l'Afrique au sud du Sahara ou l'Afrique noire. C'est l'étendue du continent africain située au sud du Sahara (Pourtier, 2010). Elle regroupe 47 pays (îles comprises); l'Afrique subsaharienne comptait environ 1,001 milliard d'habitants en 2015, un chiffre qui devrait atteindre 1,5 milliard en 2050 (Sardon, 2016). Quand on parle de l'Afrique subsaharienne, il est raisonnable de chercher à échapper aux pièges que constituent l'afro-pessimisme et l'afro-optimisme. Le premier terme renvoie à une Afrique marginalisée et déchirée par les calamités et le second fait de l'Afrique une terre d'économies émergentes source de la prochaine croissance mondiale (Hugon, 2017). L'image d'enfants émaciés avec le bon D^r Bernard Kouchner sac de riz sur l'épaule gauche et de la main droite désignant la direction qu'il importe de prendre, pour parlante qu'elle soit, est loin de rendre compte de toute la réalité africaine. L'état de santé des populations progresse et les systèmes de santé tendent à être plus performants surtout dans les zones où règnent la paix et la sécurité (Balique 2011). L'épidémie de fièvre à virus Ebola qui a touché l'Afrique subsaharienne en 2014-2015 en est l'illustration : le Liberia, la Sierra Leone et La Guinée, pays qui sortent de la guerre ou d'une longue crise ont été débordés alors que le Nigeria et le Sénégal, pays beaucoup plus stables, ont réussi à circonscrire l'épidémie.

Enfin, quand on parle de l'Afrique il n'est pas inutile de signaler qu'il est difficile d'avoir des données fiables sur l'Afrique. « Cinquante ans après les indépendances, les pays subsahariens sont dépourvus de statistiques sanitaires fiables » (Guyavarch, 2007). Le plus souvent, l'état civil ne fonctionne pas ou fort mal, tant en ce qui concerne l'enregistrement des événements que l'exploitation des données (Tabutin et Schoumaker, 2004). En l'absence d'un état civil fonctionnant parfaitement en ce qui concerne l'enregistrement des événements ainsi que l'exploitation des données, les enquêtes et les recensements fournissent les informations permettant d'estimer le niveau de

mortalité des enfants à l'échelle nationale. Jusqu'à la fin des années 1960, un pays de la région comme le Sénégal souffrait d'un manque flagrant de données sociodémographiques, mais depuis le début des années 1970 la situation s'est grandement améliorée. Ce sont au total, trois recensements de la population et plus d'une dizaine d'enquêtes nationales mais aussi des enquêtes régionales ou un peu plus locales qui servent de sources à l'estimation de la mortalité infantile et son évolution. Il s'y ajoute des observatoires de populations situées dans trois régions rurales du Sénégal (Desgrées Du Loû, 1996).

1°) L'état de santé de la population

- *Les indicateurs démographiques*

Depuis 2015, l'Afrique subsaharienne compte plus d'un milliard d'habitants (Sardon, 2016). L'Afrique conserve la croissance démographique la plus rapide du monde (2,7 %) et à la population la plus jeune (43 % de la population est âgée de 0 à 14 ans). De nombreux changements sont en cours; mais ils se font, selon des rythmes variables selon les pays, les régions et les milieux d'habitats (Tabutin et Schoumaker, 2004). Parmi les grandes tendances, on observe une baisse de la fécondité pour l'ensemble de l'Afrique depuis plusieurs décennies, avec des déclinés rapides dans quelques pays mais aussi une stagnation dans une quinzaine d'autres. En 2016, le taux de fécondité en Afrique est estimé à 4,7 enfants par femme, contre une moyenne mondiale de 2,5. Le record mondial de la fécondité appartient au Niger avec 7,6 enfants par femme en 2012 (Bloom, 2016). Le Niger avec 50 % de la population âgée de moins de 15 ans est le pays le plus jeune du monde (Banque mondiale, 2017).

Les âges au mariage augmentent dans la plupart des pays, mais la polygamie résiste plutôt bien. La mortalité des adultes et des enfants a sensiblement baissé depuis quarante ans, à des rythmes toutefois variables et avec de récents et préoccupants retournements de tendance dans les pays les plus touchés par le sida. L'urbanisation se poursuit. L'accès à l'éducation, notamment des femmes, demeure un problème réel. En définitive, la

situation de l'Afrique sub-saharienne s'est améliorée depuis les années 1950 ou 1960, mais les progrès – plus modérés que dans les autres régions du monde – apparaissent comme fragiles ou incertains dans le contexte actuel de crise économique, de pauvreté et de pandémie de sida (Tabutin et Schoumaker, 2004).

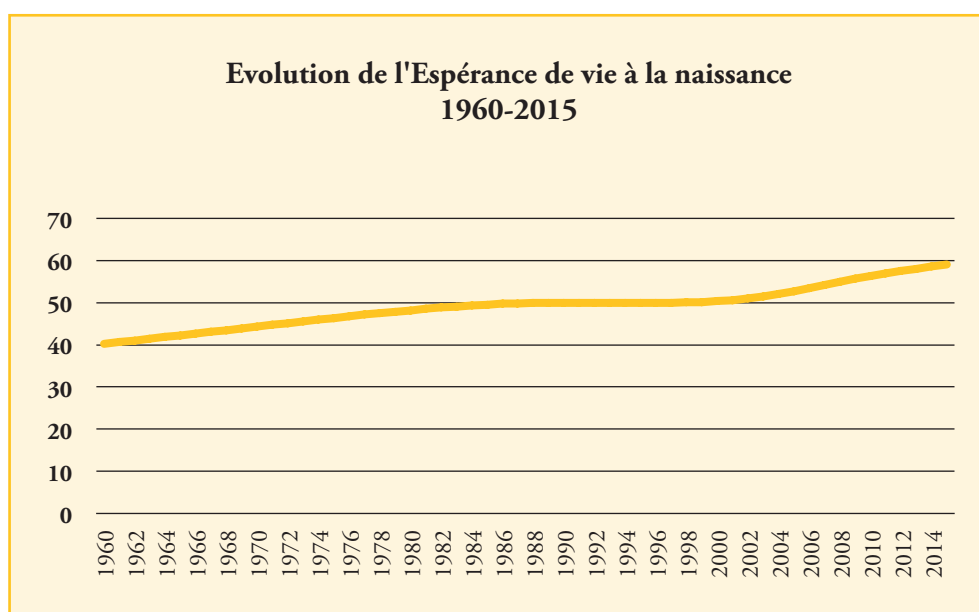
- Les indicateurs épidémiologiques

• L'espérance de vie à la naissance

Si l'on part des espérances de vie à la naissance particulièrement basses dans les années 1950 (37 ans pour la région entière) tous les pays africains ont progressé sensiblement dans les années 1960, 1970 et 1980 avec des gains moyens annuels d'espérance de vie à la naissance de l'ordre de 0,30 année (Tabutin et Schoumaker, 2004). Entre 1990 et 2011, la Région a dû faire face à l'épidémie la plus dévastatrice de l'histoire de l'humanité – l'épidémie due au VIH, et

commence à en venir à bout. Entre 1990 et 2008, les taux de mortalité ont augmenté chez les adultes – pour une large part en raison des ravages causés par le VIH/sida, qui a fait de très nombreuses victimes parmi les jeunes adultes. Depuis 2011, cependant, les mesures prises contre le VIH ont permis de diminuer la mortalité chez les adultes (OMS Afrique, 2014). Malgré les effets catastrophiques de l'épidémie de VIH/sida, qui a culminé en 2004, la Région a réussi à accroître l'espérance de vie générale à la naissance – passée de 50 en 1990 à 58 ans en 2015 (Banque mondiale, 2017).

Ces progrès très appréciables n'ont pas permis à l'Afrique de rattraper son retard sur le reste de l'humanité. L'espérance de vie moyenne à l'échelle mondiale était de 72 ans en 2015 (Banque mondiale, 2017).



Cette espérance de vie constitue toutefois une moyenne pour les 48 pays de la Région. En analysant les données par pays, on voit clairement que certains pays de la Région ont fait des progrès remarquables, et sensiblement amélioré l'espérance de vie. Au cours des deux décennies précédant 2015, l'espérance de vie au Libéria a augmenté de 19 ans et, pendant la même période, l'espérance de vie au Niger a augmenté de 14 ans. D'autres pays, notamment ceux qui sont aux prises avec d'importantes épidémies de VIH, ont cependant vu leur espérance de vie baisser. Les deux pays les plus touchés ont été le Lesotho et le

Swaziland, où l'espérance de vie a reculé de 10 et de 11 ans, respectivement, entre 1990 et 2011 (OMS Afrique, 2014).

• La mortalité infanto-juvénile

La réduction des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a progressé de façon impressionnante. L'amélioration de l'accès au traitement des maladies infectieuses telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et le VIH/ sida, le recours accru aux mesures de prévention comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vaccination et les interventions

nutritionnelles sont autant d'éléments qui ont influé sur la survie des enfants (OMS Afrique, 2014). L'amélioration de la prise en charge et de la couverture de la malnutrition aiguë sévère a également contribué à la réduction des décès chez les enfants. Entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de 5 ans dans la Région est passé de 181 à 83 pour 1 000 naissances vivantes. Parallèlement, le taux mondial moyen de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 90 à 42 pour 1 000 naissances vivantes (Banque mondiale, 2017). Malgré la baisse du taux de mortalité, un tiers de ces décès surviennent pendant la période néonatale (les 28 jours suivant la naissance), principalement en raison de complications de la prématurité, d'une asphyxie à la naissance et d'infections.

• *La mortalité maternelle*

A cette forte mortalité infanto-juvénile s'ajoute la mortalité maternelle tout aussi importante. Dans plus de la moitié des pays le taux dépasse 400 décès pour 100 000 naissances vivantes pour atteindre 1 360 pour 100 000 naissances au Sierre Leone (OMS Afrique, 2016). Cette forte mortalité est liée à des conditions environnementales défavorables mais surtout à la non-prise en charge des complications obstétricales dont le risque accompagne tout accouchement. Les principales causes des décès maternelles sont les hémorragies (34 %), les infections (9 %), les éclampsies (17 %) et les dystocies (11 %), avortements non sécurisés (9 %) (OMS Afrique, 2014).

2°) Les maladies qui constituent une menace

- *Les maladies transmissibles*

La Région africaine continue de ployer sous une lourde charge de maladies transmissibles, en dépit des progrès réalisés vers la réduction de l'incidence et de la mortalité associées à ces maladies.

• *Le VIH/SIDA*

À la fin de 2015, on comptait 25,6 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 2,3 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans, car la Région supporte près de 90 % de la charge mondiale du VIH/sida chez les enfants (ONUSIDA, 2016). Le SIDA africain n'est pas univoque aussi bien quantitativement, au regard des niveaux d'infection, mais aussi qualitativement du fait de l'hétérogénéité moléculaire du virus (Javaugue, 2011). L'épidémie varie beaucoup d'un pays à l'autre, la prévalence du VIH chez les adultes allant de moins de 2 % dans certains pays du Sahel à plus de 15 % dans la plupart

des pays d'Afrique Australe. Les rapports hétérosexuels non protégés sont le moteur de l'épidémie pour l'ensemble de la Région. Contrairement à ce qui est observé dans les autres parties du monde, la majorité des personnes infectées en Afrique subsaharienne sont des femmes (59 %), souvent des femmes jeunes de moins de 30 ans (ONUSIDA, 2016).

• *La tuberculose*

La Région affiche la plus forte incidence et la plus forte prévalence de la tuberculose, ainsi que la mortalité tuberculeuse par habitant la plus élevée. On y dénombrait en effet 28 % des 10,4 millions de cas estimatifs de tuberculose survenus dans le monde en 2015. Cette même année, la Région africaine abritait aussi 74 % des patients tuberculeux VIH-positifs notifiés dans le monde (dont le nombre total était estimé à 1,2 million) (OMS, 2016). A cause de l'effondrement des défenses immunitaires que cause le VIH/sida chez les personnes contaminées, la tuberculose a connu une recrudescence. On considère que près d'un tiers des personnes touchées par le VIH/sida dans le monde sont également infectées par la tuberculose. Or le taux de mortalité de l'association VIH/sida et tuberculose est cinq fois supérieur à celui de la tuberculose seule (OMS Afrique, 2014).

• *Le paludisme*

Le paludisme reste un problème majeur de santé et de développement en Afrique. Plus de 800 millions d'individus sont exposés à ce fléau, et 82 % d'entre eux courent un risque élevé de contracter la maladie. Selon des estimations, 190 millions de cas (89 % du total mondial) et 400 000 décès (91 % du total mondial) sont survenus dans la Région africaine en 2015, la République démocratique et le Nigéria enregistrant à eux seuls plus de 35 % du nombre estimatif de décès par paludisme à l'échelle mondiale. L'écrasante majorité de ces décès surviennent chez les enfants âgés de moins de cinq ans (OMS, 2016).

Le paludisme longtemps première cause de mortalité en Afrique, en particulier de mortalité infantile, est dépassé désormais par le SIDA. Parmi les différentes espèces du parasite responsable de la maladie, *Plasmodium falciparum* est le plus actif en Afrique tropicale. Son activité est constante dans la zone équatoriale car les températures toujours élevées et l'abondance des eaux de surface permettent aux anophèles vecteurs de vivre et de se reproduire en toute saison: le cycle moustique-homme-moustique n'est jamais interrompu. Les régions à saison alternée se caractérisent au contraire par une rémission en période

sèche, mais le paludisme se réinstalle après l'arrivée des pluies, provoquant alors un pic de mortalité. La totalité de l'Afrique subsaharienne se situe dans l'aire de paludisme. Il existe cependant quelques espaces protégés : les régions d'altitude, car l'abaissement des températures élimine successivement le parasite et les anophèles. (Pourtier, 2010).

- *Les maladies tropicales négligées*

Les maladies tropicales négligées (souvent désignées sous l'acronyme anglo-saxon NTDs) sont un groupe de diverses maladies tropicales fréquentes au sein des populations à faible revenu dans les régions en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique. Elles sont causées par divers pathogènes au premier rang desquels les parasites helminthes ou protozoaires, mais également les virus et les bactéries.

La Région s'achemine vers l'éradication de la maladie du ver de Guinée. Le nombre de cas notifiés de maladie du ver de Guinée a diminué, passant de 126 cas en 2014 à 22 cas en 2015 dans les quatre derniers pays d'endémie – le Tchad (9 cas), l'Éthiopie (3 cas), le Mali (5 cas) et le Soudan du Sud (5 cas). La lutte contre la lèpre et de la trypanosomiase humaine (maladie du sommeil) africaine progresse, avec respectivement moins de 24 000 cas et 4 000 cas notifiés en 2015 (OMS Afrique, 2016).

- *Maladies à tendance épidémique et pandémique*

Les maladies à tendance épidémique et pandémique menacent la sécurité de la santé publique. Elles peuvent être responsables de niveaux élevés de morbidité et de mortalité et elles ont des effets désastreux sur les économies de la Région. Ces maladies peuvent franchir les frontières et affecter l'ensemble du monde. Des pays de la Région ont déclaré des épidémies de choléra, de maladie à virus Ébola et Marburg, de grippe, de fièvre jaune, de méningite à méningocoque et de fièvre de Lassa (OMS, 2016).

- Les maladies non transmissibles

Ce sont des maladies qui ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme), et le diabète. En 2010, quarante pour cent des décès survenus dans la Région africaine étaient liés aux MNT et aux traumatismes. Selon les projections, à l'horizon 2025, les maladies non transmissibles et les traumatismes

seront responsables de plus de la moitié (55 %) des décès qui surviendront dans la Région. En plus des principales maladies non transmissibles, la Région africaine supporte une lourde charge de drépanocytose, d'affections bucco-dentaires et de troubles auditifs et de la vision (OMS Afrique, 2016).

En nombre de décès imputables, le principal facteur de risque de MNT est l'hypertension artérielle (à laquelle on attribue 13 % des décès dans le monde), suivie du tabagisme (9 %), de l'hyperglycémie (6 %), de la sédentarité (6 %) et du surpoids ou de l'obésité (5 %). Le problème du surpoids chez les jeunes enfants croît le plus rapidement dans les pays d'Afrique de l'ouest. L'Afrique sub-saharienne, caractérisée par la pauvreté, les maladies transmissibles, l'insuffisance des infrastructures et du personnel de santé, doit faire face au fardeau du diabète sucré. Bien que les données soient insuffisantes, la prévalence et le nombre de cas, estimés respectivement à 4,8 % et 19,1 millions, seront respectivement de 5,7 % et 41,4 millions en 2035, soit une progression de 109 % comparée à celle de 55 % dans le reste du monde. Les données sont nettement plus pauvres concernant le diabète de type 1 et le diabète gestationnel. Quoi qu'il en soit, la méconnaissance des cas et les retards de diagnostic, souvent liés à des particularités socioculturelles, aboutissent à des complications chroniques dramatiques, telles la rétinopathie (7 à 63 %), la néphropathie (10 à 83 %), la neuropathie périphérique (27 à 66 %) et la coronaropathie (4 à 23 %). La morbidité et la mortalité engendrées par ces complications entraînent des coûts insupportables pour les malades, leurs familles, et la société (Diop et Diédhiou, 2015).

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constitueront en Afrique subsaharienne, dans les années à venir, un véritable problème de santé publique et sa part relative dans la morbidité globale sera de plus en plus importante (Lang, 2012). Malgré cette menace, l'évolution de la situation sanitaire actuelle caractérisée par un manque de ressources humaines, de plateau technique et surtout de programme spécifique de prévention des affections cardiovasculaires, ne semble pas très favorable à court et moyen termes. Les données épidémiologiques incomplètes montrent une fréquence relative importante des hématomes en rapport avec l'HTA; les infarctus seraient dominés par la maladie des petites artères, le VIH, la drépanocytose; alors que l'athérosclérose prendrait de plus en plus d'importance (Adokounon et al, 2010).

Plus de 60 % des nouveaux cas mondiaux de cancer surviennent en Afrique, en Asie et en Amérique centrale et latine, des régions qui représentent 70 % de la mortalité par cancer dans le monde. Le cancer du col de l'utérus constitue la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes de trente ans et plus, et reste l'un des cancers les plus courants chez les femmes en Afrique. En Afrique, les infections virales cancérogènes telles que les virus des hépatites B et C (VHB et VHC) et le papillomavirus humain (VPH) sont à l'origine d'au moins 30 % des décès par cancer (OMS Afrique, 2016).

Par ailleurs, l'évolution des sociétés est à l'origine de la fréquence de certaines affections comme les accidents de la circulation ou les avortements clandestins. De plus les structures de santé sont confrontées à de nouvelles pathologies dont la prise en charge est extrêmement coûteuse. C'est le cas des dialyses rénales des patients souffrants d'insuffisance rénale.

Conclusion

La situation sanitaire des pays d'Afrique reste dominée par les maladies infectieuses et tropicales, tout en étant confrontée à une vague montante de maladies chroniques (cancers, diabète, maladies cardiovasculaires, respiratoires, et mentales ou handicaps), dont l'ampleur reste à mesurer. Le continent compte plus de la moitié des décès de femmes enceintes et de la mortalité par avortement à l'échelle mondiale. Les taux de mortalité infantile restent élevés, même s'ils ont baissé. Depuis trente ans, les trois quarts des nouvelles infections par le virus du sida notifiés à l'échelle mondiale se déclarent en Afrique. Loin d'avoir jugulé la pandémie la plus meurtrière du XX^e siècle, le continent entre à son tour dans une phase de transition démographique et épidémiologique.

Bibliographie

- Adoukonou et al. « Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne » *Revue Neurologique* 166 (2010) 880-893
- Banque mondiale Afrique subsaharienne | Data (consulté le 20 juin 2017) <http://donnees.banquemondiale.org/region/afrique-subsaharienne>
- TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.
- Balique H. (2013). *Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives*. IN: Kerouedan Dominique. *Santé internationale Les enjeux du Sud*. Paris: Presses de Sciences Po, 2011, 586 pages
- Bloom David E. (2016) « Bouleversement démographique » *Finances & Développement* mars 2016 pages 6-11
- Desgrées Du Loû Annabel, Pison Gilles, Samb Badara, Trape Jean-François. 1996. *L'évolution des causes de décès d'enfants en Afrique: une étude de cas au Sénégal avec la méthode d'autopsie verbale*. *Population*, (4-5), 845-882.
- Diop SN, Diédhiou D. *Le diabète sucré en Afrique sub-saharienne: aspects épidémiologiques et socio-économiques*. *Médecine Mal Métaboliques*. Mars 2015; 9 (2):1239.
- GUYAVARCH, E., 2007 « En Afrique, des suivis de population sur le terrain pour mieux saisir les tendances démographiques », *Ined, Population et Sociétés*, n° 433.
- Hugon P. (2016) *L'Afrique Défis, enjeux et perspectives en 40 fiches pour comprendre l'actualité*
- Javaugue FC et al (2014) *VIH Les virus et le nouveau visage moléculaire de la pandémie Hermann*
- Lang, T (2012) « L'hypertension artérielle en Afrique: défi à relever? » *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 60 (2012) 81-83
- Organisation mondiale de la Santé (2010) *Rapport sur la situation des maladies non transmissibles dans le monde 2010*. Genève, 2010.
- Organisation mondiale de la Santé. *Rapport 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, 2016.
- Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde 2016*. Genève, 2016.
- OMS Afrique (2014) *Le rapport sur la santé dans la Région africaine 2014 - La santé des populations: Les mesures efficaces*.

- OMS Afrique (2016) Activités de l'OMS dans la Région africaine 2015-2016.
Rapport de la Directrice régionale
<http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/2446/ARHR-2014-fr.pdf>
- OMS Afrique (2016) Atlas des statistiques sanitaires africaines 2016
<http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/5296/Atlas-2016-fr.pdf>
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Global AIDS Update. ONUSIDA, 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
- Pourtier R. 2010 - Afriques noires. Paris: Hachette, Carré géographie, 2e édition revue et augmentée, 286 p.
- Sardon J-P. (2016) « La population des continents et des États en 2016 » POPULATION AVENIR - N° 730 - Novembre-décembre 2016 pages 18 à 23

Points de vue des femmes enceintes sur la communication entre les professionnels impliqués dans le suivi de leur grossesse

Par les D^{rs} Finet Marie, Soares André, Kapassi Amar, Magnier Anne Marie, Robert Sarah, Ibanez Gladys, Steinecker Magali

Résumé

Contexte : La pluralité des professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse peut rendre complexe le parcours de soins des femmes enceintes. Des difficultés de communication entre ces professionnels peuvent représenter un frein à la coordination de ce suivi et la prise en charge globale des patientes.

Objectif : Cette étude avait pour but d'évaluer le ressenti des femmes enceintes sur la communication entre les différents soignants impliqués dans leur suivi de grossesse.

Méthode : Cette étude descriptive et transversale a été menée auprès de 149 patientes, au cours de leur troisième trimestre de grossesse. Elle a été réalisée entre février et avril 2017, à la maternité de Saint Cloud (92), via un auto-questionnaire distribué aux patientes en salle d'attente.

Résultats : Selon les déclarations des patientes interrogées, une communication interprofessionnelle avait eu lieu dans 80 % des cas environ. Ces échanges s'étaient effectués majoritairement au septième mois de grossesse, via un dossier obstétrical ou un courrier. Les communications entre professionnels libéraux et hospitaliers s'étaient faites quasi exclusivement de la « ville » vers la maternité. L'évaluation, par les femmes, de cette communication, ainsi que du reste de leur suivi, était globalement positive. La prise en compte du contexte social et la place du père dans le suivi est à renforcer.

Conclusion : Il semble important de promouvoir la communication au cours de la grossesse, à tous les trimestres et dans le sens « hôpital – ville ». Il serait également intéressant de mener cette étude auprès de femmes enceintes ayant un contexte de vie différent.

Introduction

De multiples professionnels de santé sont impliqués dans le suivi de grossesse. Dans l'Enquête nationale périnatale réalisée en 2010, 16,8 % des femmes déclaraient s'être fait suivre, pour l'ensemble de leur grossesse, par plusieurs professionnels différents¹. La diversité des intervenants rend le parcours de soins complexe pour les femmes enceintes. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les grossesses physiologiques dites « à bas risque » soient suivies en ville pendant les sept premiers mois (par les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes libérales)². Puis qu'un relais s'effectue avec l'établissement où l'accouchement est prévu pour les deux derniers mois du suivi.

Une bonne communication entre les différents professionnels de santé est primordiale pour assurer la coordination du suivi prénatal. De plus, selon une étude australienne menée en 2015, la qualité de la communication entre professionnels de santé et femmes enceintes influence fortement leur ressenti sur

la qualité des soins reçus pendant leur grossesses³. Avec le Plan Périnatalité 2005-2007 « *Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité* », le Ministère de la santé mettait en avant la nécessité d'améliorer la coordination du parcours de soins des femmes enceintes⁴. L'un des objectifs de ce plan était d'améliorer la cohérence du suivi de la grossesse via la création et le développement des réseaux de santé de proximité ville/hôpital. De même, il avait pour but d'améliorer le partage des informations nécessaires aux différents professionnels impliqués. La HAS, mettait elle aussi en avant, dans ses recommandations, l'utilisation d'un dossier médical personnel ou d'un carnet de suivi unique et partagé, afin d'assurer la continuité des soins et limiter les consultations ou examens inutiles durant la grossesse⁵.

Il apparaissait cependant que la communication entre les différents professionnels de santé périnatale restait difficile malgré les efforts engagés dans ce domaine. Par exemple, l'inclusion des professionnels de la périnatalité au sein des réseaux se développait, mais restait limitée pour les professionnels libéraux⁶.

Par ailleurs, concernant le nouveau carnet de santé maternité⁷, 42,0 % des professionnels de santé libéraux ne le remplissaient jamais. Des difficultés de communication existaient entre la ville et l'hôpital. Dans une étude menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2016, les médecins généralistes dont les patientes enceintes ont eu une hospitalisation déclaraient avoir reçu un compte rendu d'hospitalisation uniquement dans 52,0 % des cas⁸. Au sein même du milieu libéral, des problèmes de communication étaient présents. En effet, dans une étude confrontant le point de vue des médecins généralistes et des sages-femmes libérales, les deux groupes reconnaissaient leur méconnaissance du rôle et des compétences de chacun et leur absence d'échanges dans leur pratique quotidienne, que ce soit par écrit ou de façon plus informelle⁹.

Cependant, peu de données françaises existent sur la communication interprofessionnelle lors de ce suivi. L'objectif principal de cette étude était donc de recueillir le point de vue des femmes enceintes sur la communication entre les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi de leur grossesse. Les objectifs secondaires étaient d'étudier leurs ressentis sur la prise en compte, pendant ce suivi, de leur bien-être psychologique, de leur environnement social (entourage, travail, logement, difficultés financières éventuelles) ainsi que sur l'intégration du futur papa par les soignants.

Matériels et méthode

Type d'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, menée à la maternité de Saint Cloud, dans le département des Hauts de Seine (Centre hospitalier des Quatre Villes), par distribution d'auto-questionnaires anonymes. La population ciblée par cette étude était les femmes enceintes de 7 à 9 mois, soit pendant leur troisième trimestre de grossesse. Ce terme a été défini afin que la majorité des femmes interrogées aient déjà eu un premier contact avec la maternité où leur accouchement était prévu.

Recueil des données et analyse

Les questionnaires ont été distribués en salle d'attente à la maternité, soit avant un cours de préparation à la naissance, soit avant une consultation pour le suivi médical ou une échographie. La distribution

s'accompagnait d'une courte explication orale sur le sujet et les objectifs de l'étude. L'analyse a débuté par la description des caractéristiques sociodémographiques des femmes incluses et de leur suivi de grossesse. Puis, la communication interprofessionnelle a été décrite en termes de caractéristiques (interlocuteurs, temporalité et moyens utilisés) et en terme de ressenti de la patiente. Enfin, le ressenti global vis-à-vis du suivi de grossesse (prise en compte de leur bien-être, du conjoint et de l'environnement social) a été décrit. Les données de chaque questionnaire ont été analysées à l'aide d'un tableur Excel® (logiciel de Microsoft), après saisie manuelle des résultats. Ce logiciel a permis le calcul des pourcentages, des moyennes et des écarts-types. Les comparaisons ont été réalisées en utilisant le site internet BiostaTGV, pour croiser les données et réaliser le test exact de Fisher (les effectifs attendus étant pour certains < 5 , le test du χ^2 n'a pu être réalisé). Concernant les seuils du « petit p », une valeur inférieure ou égale à 5 % était considérée comme significative; une valeur inférieure ou égale à 20 % était considérée comme révélatrice d'une tendance.

Résultats

Parmi 161 femmes sollicitées, 149 questionnaires (soit 92,5 %) ont été collectés entre février et avril 2017. L'absence de réponse au questionnaire était liée à des refus (11 femmes) ou à une barrière linguistique (1 femme).

Caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées

L'âge des participantes était en moyenne de 32,5 \pm 4,4 ans. Plus de la moitié des femmes interrogées (53,1 %) déclaraient avoir un niveau d'étude équivalent à BAC + 5. La plupart des patientes, 81,9 %, résidaient dans le département des Hauts de Seine (92), 10,7 % vivaient dans le département des Yvelines (78), les 7,4 % restantes résidaient dans un autre département. Au moment où elles ont rempli le questionnaire, les femmes enceintes étaient en moyenne à 8,0 \pm 0,8 mois de grossesse.

Description du suivi de grossesse

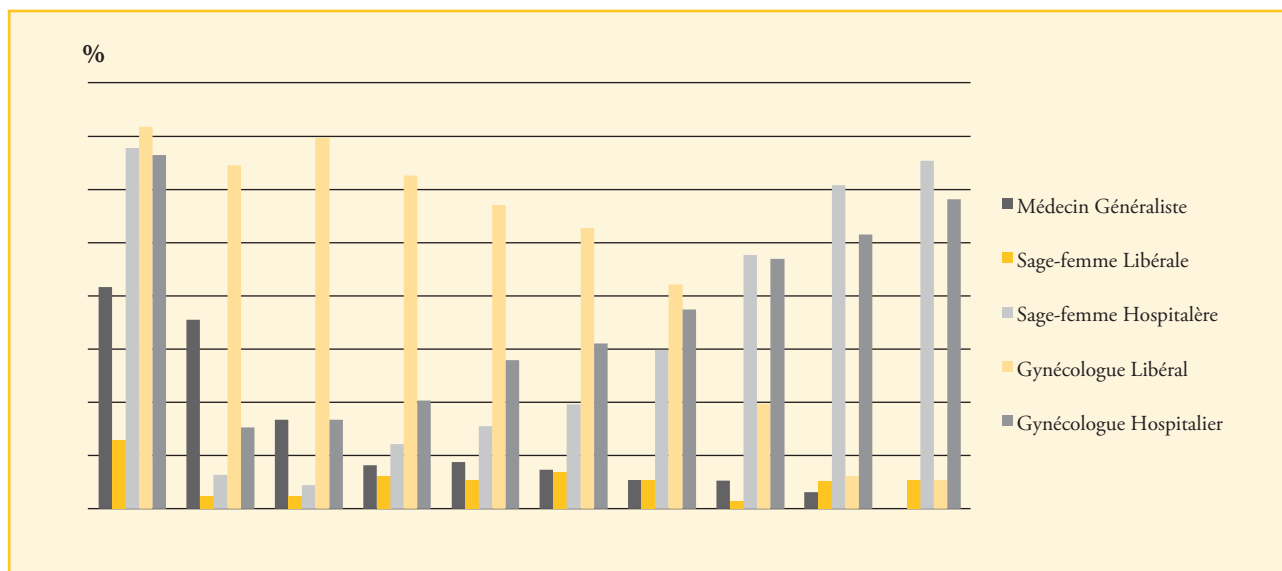
Les professionnels consultés durant le suivi de grossesse

Au cours de leur grossesse, les femmes enceintes déclaraient avoir consulté un gynécologue libéral

dans 71,8 % des cas, une sage-femme hospitalière dans 67,8 % des cas, un gynécologue hospitalier dans 66,4 % des cas, un médecin généraliste dans 41,6 %

des cas et une sage-femme libérale dans seulement 12,8 % des cas (**figure 1**).

Figure 1 : Professionnels consultés par les femmes enceintes



Lors des deux premiers mois, les professionnels de santé les plus consultés par les patientes étaient le gynécologue libéral (64,5 % au premier mois et 69,7 % au deuxième mois) ou le médecin généraliste (35,5 % puis 16,7 %). Entre le troisième et le sixième mois, environ la moitié des femmes déclaraient avoir consulté un gynécologue libéral (62,6 % au troisième mois, 57,1 % au quatrième mois, 52,7 % au cinquième mois et 42,2 % au sixième mois). Au troisième trimestre, le suivi de grossesse se répartissait pour la majorité des femmes entre les professionnels hospitaliers, passant de 45 % à 65 % environ, qu'il s'agisse d'une sage-femme ou d'un gynécologue. Le nombre de femmes consultant un gynécologue libéral ou un médecin généraliste décroissait respectivement de 19,7 % à 5,4 % et de 5,3 % à 0,0 %. Les consultations par des sages-femmes libérales augmentaient, elles, de 1,5 % à 5,4 % au neuvième mois.

Ressenti global des femmes enceintes sur leur suivi de grossesse

Concernant le suivi global de leur grossesse, 42,3 % des femmes enceintes déclaraient le trouver « Très bon », 54,4 % le trouvaient « Plutôt bon » et seulement 3,3 % l'évaluaient comme « Plutôt

mauvais ». Aucune des femmes interrogées ne trouvait leur suivi « Mauvais ».

Communication entre les différents professionnels impliqués dans le suivi de grossesse

Caractéristiques des communications

Au total, 129 femmes (86,6 %) ont décrit 153 communications entre professionnels de santé tout au long de la grossesse. Parmi elles, 79,8 % ont déclaré que les professionnels de santé impliqués dans leur suivi de grossesse avaient communiqué entre eux contre 20,2 % qui ont déclaré qu'il n'y avait eu aucune communication. Les professionnels ayant communiqué le plus étaient les gynécologues libéraux représentant 33,3 % des communications et les sages-femmes hospitalières représentant 26,8 % des communications. Venaient ensuite les gynécologues hospitaliers (26,1 %), les médecins généralistes (7,2 %) et enfin les sages-femmes libérales (6,5 %). Parmi l'ensemble des communications, 45,8 % concernaient une communication « ville-hôpital » (parmi ces dernières, 41,9 % s'effectuaient de la ville vers la maternité et 3,9 % s'effectuaient dans le sens inverse). Les autres communications concernaient les

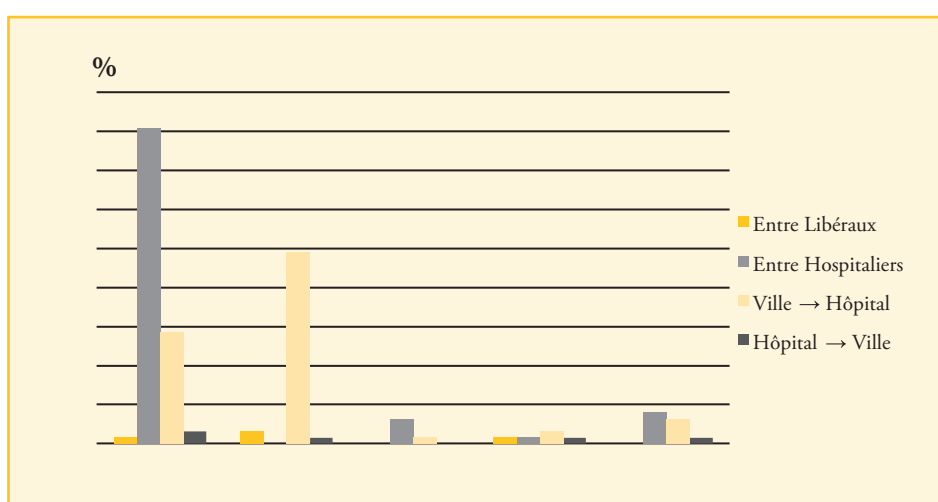
professionnels hospitaliers entre eux (49 %) ou les professionnels libéraux entre eux (5,2 %).

Temporalité et moyens de communication

La majorité des communications, soit 40,2 %, se sont déroulées au septième mois de grossesse. Si l'on sépare la grossesse en trimestre, le nombre de communication augmente progressivement dans le

temps avec 12,2 % des communications au premier trimestre, 30,0 % au deuxième trimestre et 57,8 % au troisième trimestre. Le dossier obstétrical représentait l'outil de communication privilégié par les hospitaliers pour communiquer (figure 2). Les communications de la ville vers l'hôpital se faisaient dans la moitié des cas par courrier et dans un tiers des cas via le dossier obstétrical.

Figure 2 : Type de communication en fonction des moyens utilisés (n = 126)



Point de vue des patientes sur la communication entre les professionnels de santé

Environ 20 % des femmes enceintes interrogées n'étaient pas satisfaites de la communication entre les différents professionnels impliqués dans leur suivi de grossesse, avec 17,0 % qui la déclaraient « *Plutôt mauvaise* » et 4,7 % qui la déclaraient « *mauvaise* ». Chez les patientes restantes, la communication était considérée comme « *Plutôt bonne* » dans 61,3 % des cas voire « *Très bonne* » dans 17,0 % des cas.

Satisfaction des femmes enceintes sur les critères pris en compte lors de leur suivi

Prise en compte de leur bien-être psychologique ou leur moral

Concernant le fait que leur bien-être psychologique ait été pris en compte durant leur grossesse, 73,8 % des patientes déclaraient être satisfaites avec 50,3 % de réponses « *Plutôt oui* » et 23,5 % de réponses « *Oui, tout à fait* ». Parmi le quart environ de femmes non

satisfaites, 17,4 % déclaraient qu'il n'avait pas été suffisamment pris en compte et 8,8 % trouvaient qu'il n'avait pas été du tout pris en compte.

Intégration du futur papa lors du suivi de grossesse

Pour 37,7 % des femmes enceintes, le futur papa avait tout à fait été intégré lors du suivi de grossesse. 41,1 % déclaraient qu'il avait été plutôt bien intégré. Pour les autres, le papa n'était « *Pas suffisamment* » voire « *Pas du tout* » intégré dans 11,6 % et 9,6 % des cas respectivement.

Prise en compte de l'environnement social de la patiente

En ce qui concerne la prise en compte de leur environnement social (travail, entourage, difficultés financières, etc.), les patientes ont répondu « *Pas du tout* » dans 4,8 % des cas, « *Pas suffisamment* » dans 14,3 % des cas, « *Plutôt oui* » dans 55,1 % des cas et « *Oui, tout à fait* » dans 25,8 % des cas.

Discussion

Forces et limites

La force de cette étude est probablement son originalité. De nombreuses études se sont intéressées à la communication entre professionnels de santé comme base d'une meilleure coordination des soins lors des suivis de grossesse. Mais les avis concernant cette communication et son évaluation ont le plus souvent été ceux des professionnels eux-mêmes. Très peu d'études à notre connaissance n'ont interrogé les femmes enceintes pour recueillir leur point de vue. De plus, la majorité des questionnaires distribués ont été remplis par les patientes avec des taux de réponses satisfaisants. Le questionnaire a été élaboré pour être rempli rapidement ce qui n'a pas découragé les patientes et a dû participer aux bons taux de réponses obtenus.

Les limites de cette étude étaient surtout basées sur les biais de sélection et de recrutement. En effet, l'étude étant monocentrique, réalisée dans une seule maternité, la population interrogée n'était pas représentative de la population générale et les résultats de l'étude n'étaient pas transposables à l'échelle régionale voire nationale. La localisation de la maternité dans une zone géographique plutôt aisée représentait un biais de sélection (Indice de Développement Humain-2 ou IDH-2 de la commune de Saint Cloud = 0,80 en 2011¹⁰, versus 0,64 pour le département des Hauts de Seine et 0,57 pour l'Île de France¹¹ et un IDH de 0,88 à l'échelle nationale)¹². De plus, le recrutement des patientes s'est déroulé en grande majorité en salle d'attente avant les cours de préparation à la naissance, ce qui sélectionnait les femmes participant à ces séances, d'après l'enquête nationale périnatale de 2010, seules 48,0 % des femmes participaient à ces séances¹. Dans une étude réalisée en 2015, les résultats rapportaient que les femmes ayant un bon niveau socio-démographique (niveau d'études élevé, en situation d'emploi, bonne couverture sociale, ...) suivaient plus fréquemment les cours de préparation à la naissance et à la parentalité¹³. Pour la même raison, le suivi des femmes enceintes par les sages-femmes libérales était sous-évalué dans la mesure où ces dernières effectuent elles-mêmes la préparation à la naissance de leurs patientes. Par ailleurs, certaines données auraient pu être intégrées dans le questionnaire, par exemple, les catégories socioprofessionnelles, la parité, le statut marital/la vie de couple, l'état psychologique des patientes,

le degré de risque caractérisant les grossesses et les motifs de consultation (suivi obligatoire, évènement intercurrent, échographie, entretien prénatal précoce, cours de préparation, etc.). De plus, l'influence des caractéristiques sociodémographiques des patientes sur leurs ressentis devait être sous-estimée par le manque de puissance de l'étude.

Perspectives

Des améliorations pourraient également être apportées concernant la communication entre les différents professionnels et notamment, la possibilité d'un dossier numérique, auquel auraient accès les différents intervenants. Une future étude pourrait être menée au sein d'un territoire déterminé, entourant une maternité, sur l'apport d'une plateforme en ligne pour la coordination et la communication autour de la santé prénatale. Avec le consentement des participantes, un dossier virtuel regroupant les données pertinentes, avec un accès sécurisé pour les professionnels de santé prenant en charge la patiente, pourrait être constitué. Cette méthode serait comparée aux méthodes de communication utilisées actuellement pour évaluer l'existence d'un effet bénéfique éventuel.

Conclusion

Lors de leur grossesse, les femmes enceintes peuvent choisir d'être suivies par de nombreux professionnels de santé différents. Qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues sont aptes à prendre en charge le suivi des grossesses à bas risque dites « physiologiques ». Cette diversité peut parfois rendre complexe le parcours de soins pour les patientes et nécessite une coordination des soins accrue. Une bonne communication entre les différents soignants est primordiale pour assurer cette coordination ainsi qu'une continuité des soins. L'étude a montré qu'une ou plusieurs communications interprofessionnelles avaient lieu dans environ 80 % des suivis de grossesse. Parmi ces échanges, la moitié concernait une communication entre les professionnels libéraux et la maternité. Plus de 91 % concernaient une communication de la ville vers l'hôpital. La communication entre les soignants s'effectuait le plus souvent au septième mois (40,2 %), lors de la transmission du suivi à l'établissement chargé de l'accouchement. Le point de vue des femmes enceintes sur cette communication était positif dans environ $\frac{3}{4}$ des cas. De même, leur point de vue sur les critères pris en compte, par les professionnels de santé, comme leur

bien-être psychologique, leur environnement social et la place donnée au conjoint, était considéré comme satisfaisant dans près de $\frac{3}{4}$ des cas.

Bibliographie

1. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: INSERM - U.953, mai 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf.
2. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Plaine Saint-Denis: HAS, mai 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf.
3. Heatley ML, Watson B, Gallois C, Miller YD. Women's Perceptions of Communication in Pregnancy and Childbirth: Influences on Participation and Satisfaction With Care. *J Health Commun* 2015;20:827-34.
4. Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». Paris: novembre 2004. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.
5. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? La Plaine Saint-Denis: HAS, avril 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf.
6. Ministère de la Santé et des Sports. Direction générale de la santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Paris: Planète publique, mai 2010. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf.
7. Ministère de la Santé et des Solidarités. Carnet de santé maternité. Paris: février 2008. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf.
8. Buyck JF, Lelièvre F, Tuffreau F et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. *Etudes et Résultats* 2016;977. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>.
9. Bergeron C. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque: comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun? Université de Nantes, 2012. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=780f4f91-c4f7-4fec-bc94-ea36a22855a9>.
10. Nascimento I, Thibault C. L'IDH-2: un outil d'évaluation du développement humain en Ile-de-France. Note rapide 2014;609. Disponible sur: https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1078/NR_656_web.pdf.
11. Indice de développement humain (IDH2) des communes d'Île-de-France. Disponible sur: http://data.iau-idf.fr/datasets/bbb1a391088140ab9a12a620548f4ec7_111?uiTab=table&orderByFields=insee+ASC&where=annee+%3E%3D+2013+AND+insee+%3E%3D+92000&filterByExtent=false.
12. Données sur le développement humain (1980-2015) | Human Development Reports. Disponible sur: <http://hdr.undp.org/fr/data>.
13. Barandon S, Balès M, Melchior M, et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité: caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2016;45:599-607.

Description d'une population consommant la cigarette électronique

Par les D^s Martin JL, Soares A, Chastang J, Steinecker M, Magnier AM, Lagadec N, Ibanez G, Gaouaou N

Introduction

Le tabagisme est la première cause de décès évitables dans le monde [1]. La majorité des fumeurs souhaitent arrêter de fumer, mais leurs tentatives sont le plus souvent vouées à l'échec tant la dépendance physique et comportementale est importante [2]. Plusieurs interventions ont prouvé leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique. Ces interventions comportent des techniques relationnelles (entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale) associées à des traitements médicamenteux [3].

La cigarette électronique est un dispositif récent source de plusieurs communications et publicités dans les médias [4-6]. Leur apparence ressemble à celle d'une cigarette classique. Grâce à un système de résistance, la cigarette chauffe un liquide pour le transformer en vapeur. La substance inhalée diffère selon les modèles utilisés. Elle contient généralement du propylène glycol et du glycérol (glycérine végétale), des arômes, de l'eau, et éventuellement de l'alcool ou de la nicotine. Actuellement, on estime que plus de 500 000 Français ont essayé la cigarette électronique à ce jour [7].

En France, peu de données sont actuellement disponibles sur la cigarette électronique [8-9]. L'objectif de ce travail est de décrire une population de personnes utilisatrices de la cigarette électronique et de comparer les profils de personnes selon leur comportement tabagique.

Méthodes

Une étude transversale a été menée entre le 14 juillet 2013 et le 10 janvier 2014 auprès de personnes fréquentant des lieux publics tels que: des bars, des places publiques, des magasins de cigarette électronique, des centres de santé. L'étude a été réalisée dans 6 départements: le 91, 92, 94, 75, 80, 66 et 59 communes. Toute personne majeure ayant essayé au moins une fois la cigarette électronique pouvait être inclus dans l'étude. Chaque personne donnait son accord oral de participation.

Un questionnaire a été réalisé à l'aide de deux médecins du centre de santé Pierre Rouques (département 94). Il comportait deux parties: une partie décrivant le profil des personnes interrogées: genre, âge, pays d'origine, exercice d'un emploi, catégorie socioprofessionnelle; et une deuxième partie décrivant les comportements de tabagisme et l'utilisation de la cigarette électronique: âge de début du tabagisme, contexte du tabagisme, raisons du choix de la cigarette électronique, utilisation concomitante de cigarettes ou de substituts nicotiques, présence de nicotine dans la cigarette électronique, évaluation du moral et de la forme physique actuelles. Les analyses statistiques ont comporté une partie descriptive des personnes interrogées. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel Excel.

Résultats

1. Descriptif de la population

Cent douze personnes ont accepté de répondre à cette étude dans douze communes différentes dont Paris et cinq de ses arrondissements. Leurs caractéristiques et comportements vis-à-vis de la e-cigarette ont été présentés dans les tableaux 1 et 2. Les personnes interrogées étaient des hommes dans 56 % des cas. L'âge moyen était de 36.8 ans, la majorité d'entre elles étaient nées en France (80 %). La raison principale pour essayer la cigarette électronique était les bénéfices pour la santé (46 %). Plus de la moitié des personnes utilisaient les deux types de cigarettes de manière concomitante (cigarette électronique et cigarette classique). Dans un an, 47 % des personnes interrogées se projetaient « abstinentes » vis-à-vis de la cigarette électronique et de la cigarette classique. D'autres se projetaient de la même façon qu'actuellement (15 %) ou seulement « sans nicotine » (9 %). Sur le plan du moral, 80 % des personnes interrogées se sentaient bien ou très bien; sur le plan physique, 75 % des personnes interrogées se sentaient bien ou très bien. D'autres personnes se sentaient mal ou très mal, une personne notamment allait très mal et se projetait « morte » dans un an.

Tableau 1: Caractéristiques de la population

	% (N) ou moy ± sd	
Sexe		
Homme	56,30	(40)
Femme	43,70	(31)
Age moyen (ans)	36,80	±11,1
Pays de naissance		
France	80,30	(57)
Europe	7,00	(5)
Afrique	7,00	(5)
Amérique du Sud	1,40	(1)
USA	1,40	(1)
Asie	2,80	(2)
Catégories socioprofessionnelles		
Cadre	33,80	(24)
Intermédiaire	12,70	(9)
Salarié	40,90	(29)
Chômage	9,90	(69)
Etudiant	2,80	(2)
Fume le tabac		
Seul	17,10	(12)
En groupe	8,60	(6)
Les deux	74,30	(52)
Type de produit de substitution dans le passé		
Aucun	60,00	(33)
Patch	21,80	(12)
Gomme ou comprimé	3,60	(2)
Patch et gomme	3,60	(2)
Champix	3,60	(2)
E-cigarette	7,30	(4)

Tableau 2 : Choix de la e-cigarette

	% (N) ou moy ± sd	
Le choix de la e-cigarette		
Réponse à côté		
Santé	46,30	(31)
Le bien-être de l'entourage	1,50	(1)
Réduction des nuisances et le contrôle de la nicotine	4,50	(3)
Occasion, invitation, cadeau	6,00	(4)
Plaisir	3,00	(2)
Mode	1,50	(1)
Economique	9,00	(6)
Curiosité	23,90	(16)
Economique et santé au même niveau	3,00	(2)
Fumer dans les transports	1,50	(1)
Désire l'abstinence totale		
Oui	67,60	(48)
La présence de nicotine		
Nicotine	75,40	(49)
Sans	21,50	(14)
Les deux utilisés	3,10	(2)
Fume les deux types de cigarettes dans la même période		
Oui	50,70	(36)

Tableau 3 : Vision dans un an

	% (N) ou moy ± sd	
Comment vous voyez-vous dans un an ?		
Ne sait pas		
Abstinent	47,60	(30)
Sans cigarette	6,40	(4)
Sans nicotine	9,50	(6)
Mieux, bien	11,10	(7)
Enceinte	1,60	(1)
Pareil	15,90	(10)
Diminution	6,40	(4)
Pire	1,60	(1)

Conclusion

Près d'une personne sur deux a essayé la cigarette électronique dans l'objectif d'être abstinente dans un an. Un quart d'entre elles se voyaient « sans nicotine » ou bien consommatrice uniquement de cigarette électronique. Seules 3 % des personnes interrogées décrivaient du plaisir à fumer la cigarette électronique (vs 30 % avec la cigarette).

A notre connaissance, cette étude a été une des premières en France à décrire des consommateurs « tout venant » de cigarettes électroniques. Elle a été réalisée sur douze communes différentes et a permis de recueillir les avis de personnes diversifiées sur le plan social (en termes d'âge, de catégories socioprofessionnelles, de pays de naissance etc.). Cette étude présente plusieurs limites. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis d'un plus grand échantillon de personnes pour atteindre une représentativité des consommateurs de cigarettes électroniques. Il aurait également été intéressant d'obtenir des données complémentaires telles que : les effets perçus de la cigarette électronique sur la santé.

Notre travail a permis d'augmenter la compréhension de l'usage de la cigarette électronique. En soins primaires, la cigarette électronique occupe une place importante dans les consultations d'aide au sevrage. Une utilisation de la cigarette électronique pour réduire le tabagisme pourrait s'avérer une stratégie de choix dans des situations de réduction des risques. Cela reste à évaluer, mais cette possibilité a déjà été soulevée dans le dernier rapport de la Fédération Française d'Addictologie sur la Réduction des Risques, en avril 2016 [10]. Il paraît également important d'identifier les vapoteurs chez qui le sevrage sera difficile, du fait d'une forte dépendance, ou bien de comorbidités addictives ou psychiatriques. Le Royal College of Physicians au Royaume-Uni recommande depuis peu de promouvoir la cigarette électronique comme substitut au tabagisme [11].

Références

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008.
2. Buchhalter AR, Acosta MC, Evans SE, Breland AB, Eissenberg T: Tobacco abstinence symptom suppression: the role played by the smoking-related stimuli that are delivered by denicotinized cigarettes. *Addiction* 2005, 100:550–559
3. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11.
4. Chorti M, Poulianiti K, Jamurtas A, Kostikas K, Tzatzarakis M, Vynias D, Koutedakis Y, Flouris A, Tsatsakis A: Effects of active and passive electronic and tobacco cigarette smoking on lung function. *Toxicology Letters in EUROTOX 2012, 48th Congress of the European Societies of Toxicology 2012*, 211:S22.
5. Bullen C, McRobbie H, Thornley S, Glover M, Lin R, Laugesen M: Effect of an electronic nicotine delivery device (e cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: randomised cross-over trial. *Tob Control* 2010, 19: 98–103.
6. Etter JF, Bullen C: Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction* 2011, 106: 2017–2028.
7. Données du Figaro. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/11/07/19415-experts-sont-divises-sur-cigarette-electronique>
8. Cahn Z. France acts on electronic cigarettes. *J Public Health Policy*. 2013 Aug 1. doi: 10.1057/jphp.2013.32. [Epub ahead of print]
9. Le Houezec J, Aubin HJ. Pharmacotherapies and harm-reduction options for the treatment of tobacco dependence. *Expert Opin Pharmacother*. 2013 Oct;14(14):1959-67.
10. La Réduction des Risques et des Dommages liés aux conduites addictives. *Audition Publique 2.0 du 7 et 8 avril 2016*, Fédération Française d'Addictologie.
11. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. *Royal College of Physicians*. 2016

Examen comparé de deux analyses cohabitant dans le Parti communiste français au sujet de la Sécurité sociale

Par le D^r Paul Cesbron

Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre (Art. III, Charte sociale Européenne, 1961).

1945 : Une prodigieuse transformation du rapport à la santé: la Sécurité Sociale.

Fallait-il être menacé de destruction totale pour imaginer un type de protection sociale qui assure à tous l'aide, le soutien, les secours qui permettent de naître, de vivre et de mourir à l'abri du besoin et de la solitude. Alors même que se livraient des batailles de titans, que des villes entières disparaissaient sous les bombes, que le meurtre de communautés humaines entières était organisé méthodiquement, le Conseil National de la Résistance (CNR), en dépit des persécutions et exécutions dont il était lui-même victime, proposait au monde la construction d'une société plus juste, plus libre, plus fraternelle.

Quelle audace!

Et cette admirable créativité fut le fruit de la réflexion collective de paysans, d'intellectuels et d'ouvriers, de femmes et d'hommes qui refusaient la violence et l'oppression du vieux monde agonisant. Ils ne pouvaient imaginer vivre à nouveau dans une société basée sur l'exploitation du travail, la recherche sans fin du profit source d'inacceptables inégalités sans cesse renouvelées et des lois des plus forts à l'origine de guerres toujours plus meurtrières. Ils produisent ainsi les bases d'une grande œuvre qui devait transformer la vie: la protection sociale.

Elle devait être universelle, égalitaire et mieux encore devenir un tremplin du progrès social.

« *C'est un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'état* ». (Les jours heureux, programme du Conseil National de la Résistance, mars 1944). N'est-ce pas toujours la volonté qui animait le peuple français en 1789?

Un ministre qui représente les intérêts de son peuple.

Le 21 novembre 1945, Ambroise Croizat, ancien ajusteur mécanicien, né en 1901 à Notre-Dame-de-Briançon, lutteur sans relâche de la cause de sa classe qu'il identifie à celle de la nation est nommé Ministre du Travail par Charles de Gaulle. Pour lui et son parti, après les combats de la Résistance unificatrice et victorieuse et la destruction de l'appareil nazi, les conditions sont propices à la réalisation des objectifs du CNR. Les détenteurs du capital ont souvent collaboré avec les hitlériens et tiré de solides profits de l'occupation allemande. Recevant les représentants du patronat, Charles De Gaulle leur rappellera qu'il ne les avait guère vus défendre leur patrie. Et le romancier catholique François Mauriac soulignera le rôle imminent et souvent héroïque de la classe ouvrière dans l'âpre lutte de libération nationale: « *Seule la classe ouvrière dans sa masse aura été fidèle à la France profanée.* ». Il était donc possible dans de telles conditions d'arracher une partie des profits au patronat pour financer la protection sociale.

A la vente *libre* et individuelle de la force physique et intellectuelle, créant des richesses nouvelles en échange d'un salaire, s'ajouterait désormais un salaire socialisé destiné à *prendre soin* de chacun, *selon ses besoins*. Cette aubaine n'est pas tombée du ciel ni d'ailleurs de la providence de l'Etat, en tout cas, il a fallu beaucoup l'aider. Elle est une volonté devenue réalité du droit en raison de l'engagement de femmes et d'hommes principalement de travailleurs bien placés pour connaître les conséquences sanitaires de l'exploitation du travail et des profondes inégalités sociales qu'elle produit chez ceux qui créent les richesses.

Un hymne à la créativité ouvrière, le film de Gilles Perret « *La sociale* ».

Les principaux participants à cette création nous rappellent s'il en était besoin, le rôle joué par les résistants à l'occupant nazi.

C'est à eux que reviennent à la fois la conception nouvelle de la Sécurité Sociale qui n'est pas réductible à la seule assurance maladie, mais aussi sinon prioritairement sa mise en place législative et pratique. Il s'agit de créer les Caisses Primaires de la Sécurité sociale, d'organiser les élections des administrateurs et des présidents des caisses mises en route malgré l'hostilité à cette institution de « promotion de l'humanité », des patrons, des médecins (!), des mutuelles (!)... Gilles Perret, précédemment auteur des « Jours heureux » (2013), après nous avoir présenté l'histoire de cette aventure, fait figurer en bonne place les obsèques d'Ambroise Croizat (1951). Elles sont un grand moment de notre histoire populaire. Sa mort, précoce et « annoncée », « Jamais nous ne tolérerons qu'un seul des avantages de la Sécurité Sociale soit mis en péril. Nous défendrons à en perdre la vie et avec la dernière énergie cette loi humaine et de progrès » est aussi l'expression de la violence des luttes qu'il a fallu mener pour obtenir cette victoire. Il souligne également sa relative fragilité historique : « rien n'est jamais acquis à l'homme, ni sa force, ni son cœur... » (Louis Aragon, 1946).

L'État qui n'est pas l'arbitre neutre et juste comme il le prétend, est souvent présenté comme fruit et moteur de la démocratie. En fait, il s'empresse en toutes circonstances de porter secours au patronat. Il juge cette classe (précisément les possesseurs des capitaux) indispensable à la nation, à son peuple et au progrès. Il, l'État, reste attaché au mode de production capitaliste considéré comme historiquement *naturel* et sur le plan anthropologique, comme le cadre nécessaire, sinon souhaitable, du Vivre ensemble.

Le film donnant la parole à deux sociologues, Colette Bec et Frédéric Pierru, ceux-ci rappellent quelques principes fondateurs de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la supériorité en termes de justice, de solidarité et d'efficacité, du financement par tous selon leur salaire et de la satisfaction de chacun selon ses besoins. Colette Bec insiste tout particulièrement sur la régression politique que constitue la fin de la gestion démocratique.

Deux dirigeants syndicaux, Philippe Martinez pour la CGT et Jean-Claude Mailly pour Force Ouvrière,

affirment avec vigueur mais sans grande précision leur attachement à l'institution.

Quant au représentant des médecins, il pousse jusqu'à la caricature l'opposition originelle et toujours vivante de son corps professionnel à « la sociale ».

Enfin et pour conclure son film, l'auteur nous fait entendre les paroles infiniment reconnaissantes du biographe d'Ambroise Croizat (Michel Etiévent). Celui-ci apprend (!) quel fut le digne représentant des travailleurs créateur de la Sécurité Sociale, à un jeune ingénieur d'une usine de la commune de La Léchère (berceau de la famille Croizat)

Et puis le rideau se baisse devant de jeunes, beaux et enthousiastes étudiants et étudiantes de l'École Supérieure de la Sécurité sociale, émus jusqu'aux larmes par le témoignage d'un vieux syndicaliste, militant communiste (Jolfred Frégonara). Il dresse le tableau enthousiaste de la mise en route des premières Caisses de Sécurité sociale. Saisi lui-même par le vertige de la remémoration, il annonce sa mort prochaine avec bonheur (il a 96 ans lors du témoignage), passionnément bavard, conduisant lui-même sa voiture, il va effectivement mourir quelques mois après le tournage. Porté par une belle et digne vitalité, il peut sans forfanterie rappeler à un jeune et fringant directeur de caisse qu'il n'hésitait pas 70 ans plus tôt à tirer l'oreille du prédécesseur de ce cadre de l'administration. Mais surtout et sans se départir de sa bonne humeur, ce généreux militant remarquant avec ironie *l'omission* constante de la référence à Ambroise Croizat, ainsi qu'aux militants de la CGT et du PCF, lors des évocations officielles des conditions historiques de la création de la Sécu, « avoue » que ni ses enfants, ni ses petits-enfants ne se sont engagés dans les luttes syndicales et politiques.

Alors va-t-on voir la santé, la famille, les retraites devenir la propriété des « financiers », c'est-à-dire des marchandises juteuses sources de nouvelles injustices ?

Nous y voilà.

Bernard Friot, économiste, présent dans ce film, nous confirme la dureté du combat qui oppose lors de la grande période, justement appelée Libération, les travailleurs et les propriétaires d'une grande partie des moyens de production. Ceux-ci « n'acceptent » que très difficilement d'être dessaisis d'une partie de la valeur ajoutée destinée à financer un *salaires socialisés* dont

la gestion est confiée aux représentants des travailleurs eux-mêmes. Ainsi hors du salaire individuel, qui pour cet auteur doit être exclusivement lié à une qualification assurée et reconnue, une nouvelle partie obligatoire de la valeur des richesses, va être restituée à ceux qui les produisent et leur permettre de mieux vivre. Assurance Maladie Obligatoire, Accident de Travail, Maladies Professionnelles, Enfants, Pensions de Retraite nommées « *salaires continués* » par Bernard Friot, constituent une victoire considérable qui doit servir de tremplin à de nouvelles conquêtes. Pour ce militant communiste, le salaire n'est pas seulement l'expression concrète de l'exploitation du travail, c'est aussi contradictoirement (marxisme oblige!), et surtout, la part chaque jour gagnée dans les luttes, du prix des richesses produites (que nous nommons *cotisation sociale*) et la preuve des capacités d'auto-organisation des *salariés* (1945-1967).

Nul besoin donc de *capital* qui rabaisse ceux-ci à leur *force de travail*, les prive de leur capacité de choix dans leur production, de son organisation, des investissements sources de progrès et de la création de monnaie. Le capital, « la propriété lucrative » et « le crédit lucratif » maintiennent les travailleurs en situation de « minorité sociale ». S'il s'agit bien du B.A.-BA du marxisme, il est important, très important même de le rappeler. Nous l'aurions peut-être oublié. En tout cas, pour cet auteur, théoricien militant, ce ne sont pas là des dogmes, mais bien des convictions qu'il veut partager et en faire les armes d'un combat nécessaire.

Cet auteur, enseignant de l'Université, dont la thèse porte sur l'histoire de la Sécurité sociale à partir de 1920, se fait pédagogue, rappelle le sens *dominant* (idéologique) des termes principaux de l'économie capitaliste et le sens révolutionnaire qu'il devrait avoir (*capital, prix, salaire, profit, valeur, travail...*), et crée des formules nouvelles: « convention capitaliste du travail », « convention salariale du travail ». Veut-il rénover le « vieux » vocabulaire communiste? Cela ne facilite pas forcément le travail d'assimilation des jeunes militants. Si certains sourient au slogan du « réseau salarial » : « Tout le produit intérieur brut (PIB) à la cotisation! », il ne cesse de s'en expliquer dans ses différents ouvrages (« L'enjeu des retraites », 2010 ; « L'enjeu du salaire », 2012 ; « L'interview à Patrick Zech », 2014 et de nombreux articles dans la presse du PCF).

Et puis n'est-ce pas l'objectif de tous les communistes? L'audace ne manque pas à cet économiste qui a de bonnes raisons de penser que l'économie mondialisée génère aujourd'hui des inégalités, les pires des rivalités internationales, et pour finir la guerre. Même s'il sait que la première tentative d'appropriation et de gestion de « tout le PIB » par les travailleurs fut un échec sanglant que les peuples européens concernés durent liquider.

Désormais, au PCF, qui souffre encore de ce terrible traumatisme, il n'y a plus de « vérités officielles ». La voie démocratique est considérée comme la forme moderne de la lutte de classe. C'est d'ailleurs finalement la plus complexe parce que la représentation populaire sanctionnée électoralement prend sa source dans les affrontements de classes et que ceux-ci sont toujours menacés des violences de l'appareil de répression de l'État.

La question d'un courant animateur de luttes, le *réseau salariat*, sans lien organique avec leur parti, auquel participent activement des militants, n'est plus l'objet ni de rejet, ni de sanction. Encore peut-on estimer qu'il est sans doute plus fécond d'échanger. Cet article n'a pas d'autre but.

Ainsi les coups réitérés contre la Sécurité sociale: paritarisme, éclatement de la Caisse unique, maintien d'un remboursement partiel des frais de santé, privatisation de la part non remboursée, atteinte aux droits à la pension de retraite, à la conception universaliste des Allocations Familiales, ont entraîné l'apparition d'une nouvelle revendication lancée avec succès par le PCF: « le 100 % Sécu ».

Repris largement par de nombreuses organisations politiques et syndicales, son ambition a cependant été souvent limitée à l'AMO ou plus précisément pour la plupart au remboursement à 100 % de l'ensemble des soins prescrits par une association, plus ou moins précisée, de l'AMO et des complémentaires assurancielles ou mutualistes. Le meilleur exemple d'imprécisions dans les déclarations de responsables politiques, après les déclarations largement jugées comme scandaleuses et irresponsables, attentatoires aux principes fondateurs de la Sécurité sociale de François Fillon, c'est sans doute celui d'Emmanuel Macron: sur-complémentaire, fiscalisation...

Mais revenons aux responsabilités justement revendiquées par le PCF, héritier d'Ambroise Croizat et des fondateurs de la Sécurité sociale.

C'est dans le cadre des secteurs, Santé et Économique, qu'est élaboré son programme stratégique concernant la Sécurité Sociale.

Que disent ces deux secteurs ?

Tout d'abord **le 100 % des remboursements de soins prescrits concerne la seule AMO**, faisant disparaître les complémentaires de toute nature et de la notion réductrice de *paniers de soins*, seuls remboursés sur le mode assurantiel et de son complément et « la sur-complémentaire volontaire » nécessaire. Les mutuelles peuvent donc désormais se concentrer totalement sur les centres de santé et autres activités médico-sociales ainsi que sur l'éducation sanitaire en particulier à la prévention.

Deuxio, **le financement de l'AMO exclusivement assuré par les cotisations sociales** doit être évidemment conforté. « Il faut réformer l'assiette des cotisations patronales en liant les cotisations au rapport salaire (formation comprise) sur valeur ajoutée et en l'étendant aux revenus financiers, actions et placements bancaires ainsi qu'aux bénéfices des différents établissements bancaires » (Michel Limousin et Catherine Mills, 2010). Tout cela suffit largement à financer l'ensemble des caisses actuelles de la Sécurité sociale. On peut seulement signaler que ça n'affaiblit guère l'extension de la plus-value.

Pas de fiscalisation: à terme disparition de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), à l'inverse de la proposition du Gouvernement Edouard Philippe!

Tertio, la **gestion démocratique de la Sécurité sociale** est la clé indispensable à sa réussite et à ses progrès futurs. Brisée en 1967, elle semble insuffisamment revendiquée aujourd'hui, elle est évoquée bien sûr par les différents auteurs cités, mais insuffisamment précisée. C'est sans doute la faiblesse la plus préoccupante de tout le dispositif élaboré (« *Pour*

une santé et une protection sociale », Jean-Luc Gibelin, 2011).

Et enfin nous rappelle **Frédéric Rauch**, membre des Commissions Santé et Économique du PCF et rédacteur en chef de la Revue Économie et Politique, « 100 % Sécu, de quoi parle-t-on », 2017 : « il s'agit de sortir de la financiarisation la gestion des entreprises, exiger la fin des exonérations des cotisations patronales, lutter contre les fraudes... également patronales ».

Ainsi faire du « 100 % Sécu » permet une meilleure efficacité de la production sociale en répondant aux besoins sociaux des populations ainsi qu'un bon développement des capacités humaines. Il n'est possible qu'en rendant obligatoire la contribution des richesses produites au financement de la Sécurité Sociale par une prise directe sur les profits.

« *C'est une réappropriation de la richesse produite par les travailleurs pour répondre à leurs besoins...* ».

Pour conclure cette analyse, disons que les deux conceptions de la cotisation sociale défendent avec autant d'ardeur le financement exclusif de la Sécurité Sociale. La gestion démocratique est sans doute défendue comme plus fondamentale par Bernard Friot. Elle est pour lui l'expérience indispensable du pouvoir en même temps qu'un véritable objectif, celui d'une citoyenneté élargie aux réalités dites « économiques », en fait politiques, affinant le coût irrépressible des transformations sociales, sources de progrès humain, rejetant par là même « l'économisme ».

Sa faiblesse est peut-être liée à une théorisation de type « eschatologique ». Le XX^e siècle fut pour lui celui des grands combats de classe qui aurait déjà profondément entamé la réappropriation de la valeur ajoutée. Au XXI^e siècle de terminer le travail!

Ce serait toutefois lui faire un mauvais procès en mettant cette théorisation sur le compte d'un quelconque angélisme. Bernard Friot connaît l'âpreté parfois tragique des luttes et l'originalité de sa réflexion peut inciter les organes plus *intégrés* du PCF à explorer des voies peut-être insuffisamment défrichées.

Grèce: la violence imbécile des créanciers

Par Michel Husson

NDLR: Michel Husson, administrateur INSEE est un statisticien et économiste français travaillant à l'Institut de recherches économiques et sociales, membre de la Commission d'audit pour la vérité sur la dette grecque depuis 2015. Le texte ici publié est extrait avec l'accord de l'auteur de <http://alencontre.org/europe/grece/grece-la-violence-imbecile-des-creanciers.htm>. Nous le donnons dans la perspective du Colloque international que nous préparons sur le thème du droit à une protection sociale pour tous les peuples qui se tiendra les 23 & 24 novembre 2017 à Paris.

Le 18 mai 2017, le Parlement grec a voté à une courte majorité (les députés de Syriza et ANEL: soit 153 députés sur 300) un nouveau train de mesures d'austérité qui couvre la période 2018-2021. En réalité, il s'agit de la transposition d'un volumineux document de 941 pages préparé par les créanciers et de la mise en musique de « l'accord » conclu avec la Commission européenne le 2 mai. Le document préparatoire, le *Draft Preliminary Agreement* [1] (que le site *Keep Talking Greece* a fait fuiter) donne un aperçu de l'étendue des champs couverts. La Grèce n'est plus une démocratie: ce sont les créanciers qui rédigent les lois.

L'acharnement

Cela n'a pourtant pas suffi. La réunion du 22 mai de l'Eurogroupe (la réunion des ministres des finances) devait acter la bonne mise en œuvre des réformes en cours. Cela aurait permis de débloquer une nouvelle tranche de prêt de 7,5 milliards d'euros permettant de faire face à une échéance de 7 milliards en juillet et de rendre les *titres de la dette* grecque éligibles à la BCE (*Banque centrale* européenne). Mais les ministres européens ont refusé de donner quitus à leur collègue grec, certaines des réformes, notamment des retraites, n'étant pas assez avancées à leurs yeux.

La position des Européens était dictée par Wolfgang Schäuble et le président de l'Eurogroupe, Jeroen Dijsselbloem. Elle consiste à maintenir une pression constante sur les Grecs et à repousser autant que possible toute discussion sur un nouvel allègement de la *dette* grecque que demande le FMI. Les motivations sont évidemment d'ordre politique (les prochaines élections en Allemagne), doctrinal (le respect des

règles) et punitif (tuer toute velléité de politiques alternatives).

Il existe par ailleurs une divergence de vues entre les institutions européennes et le FMI. Ce dernier souffle le chaud et le froid: il déclare que la dette grecque est insoutenable, mais préconise en même temps des mesures supplémentaires encore plus dures que celles des Européens. Cette position difficile à interpréter renvoie à la volonté de ne plus reproduire l'erreur commise en 2010, qui avait consisté à violer ses statuts qui lui interdisent de prêter à un pays dont la dette est insoutenable [2]. A l'appui de cette interprétation, on peut remarquer que le FMI débat actuellement des *State-contingent Debt Instruments for Sovereigns*. Il s'agit de titres de la dette publique dont les intérêts et le principal sont indexés sur le PIB (*GDP-linked bonds*) ou à maturité variable (*sovereign 'coco's' contingent convertibles*). Mais les directeurs exécutifs sont partagés comme le montre le compte-rendu de la discussion sur le rapport du *staff* du FMI [3], publié par coïncidence le même jour que la réunion de l'Eurogroupe. Le FMI est donc divisé, en butte aux obstructions des représentants européens en son sein.

La feuille de route de Bruno Le Maire

Yanis Varoufakis rappelait récemment [4] les promesses de soutien en faveur d'une « solution durable » que lui avait faites Emmanuel Macron, alors qu'ils étaient tous deux ministres. Mais Hollande et Sapin avaient mis leur veto. Aujourd'hui, rien n'empêche plus Macron de tenir ses promesses. Selon *Mediapart* [5] son projet est toujours de « trouver un accord prochainement pour alléger dans la durée le poids de la dette grecque. » Telle était donc « la feuille de route » du nouveau ministre de l'économie, Bruno

Le Maire. Grâce au site grec *Euro2Day* qui a fait fuiter les minutes [6] de la réunion de l'Eurogroupe, on peut constater que le nouveau ministre (Lemaire dans le compte-rendu) n'a pas réussi à se faire un nom et que sa prestation a été aussi lamentable que celles de son prédécesseur. Comme Michel Sapin il a, pour reprendre une formule de Varoufakis, émis « *quelques bruits discordants mais très subtils (...) pour finalement se plier à la ligne de Doc Schäuble.* » [7]

Dans sa première intervention, Le Maire félicite la Grèce pour les mesures adoptées et se plaint du « manque de clarté » qui fait obstacle à un compromis que la France est prête à soutenir. Il a des difficultés avec les hypothèses de croissance du FMI (mais pas avec celles de la Commission européenne), bref c'est le FMI qui bloque.

Vers la fin de la réunion, Le Maire précise qu'il est d'accord (« en même temps ? ») avec ses deux nouveaux copains, Euclide (Tsakalotos) et Wolfgang (Schäuble) et que, décidément, le FMI doit faire un geste. Mais sa vraie préoccupation est ailleurs : il espère que « nous serons capables de communiquer positivement à la réunion de ce soir [la conférence de presse], c'est important pour les marchés. » C'est après tout ce qui compte vraiment, et de manière très cohérente, Le Maire s'est empressé, dès la sortie de la réunion, d'annoncer qu'il fallait reporter toute décision concernant le projet de taxe sur les transactions financières et « attendre de mesurer toutes les conséquences du Brexit. » [8]

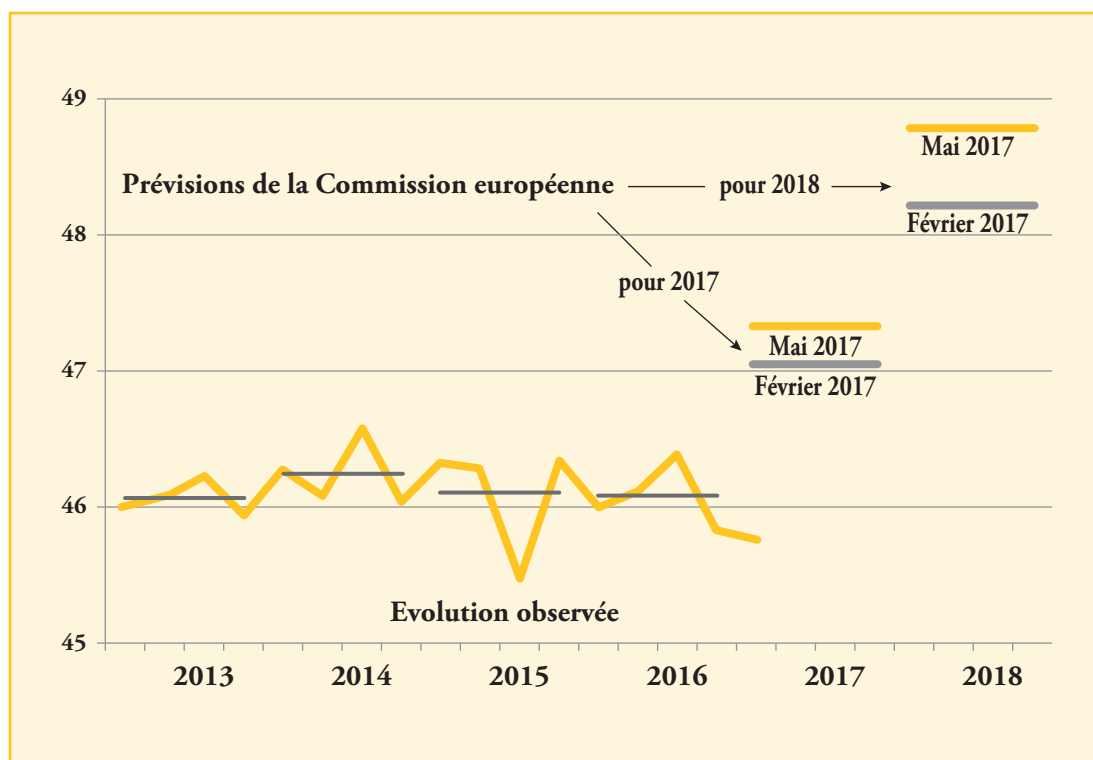
Des prévisions de croissance « fake »

Dans ses prévisions de février dernier [9] la Commission européenne faisait preuve d'un optimisme débordant. Elle discernait « des signes de reprise en lien avec la mise en œuvre du programme ». Selon elle, les perspectives s'amélioreraient sur tous les fronts : demande intérieure, le marché du travail,

finances publiques. Bref, la Commission n'hésitait pas à prévoir une croissance de 2,7 % en 2017, puis de 3,1 % pour 2018. Patatras, les chiffres de la croissance tombent : le PIB a reculé de 1,2 % au dernier trimestre de 2016, et de 0,1 % au premier trimestre de 2017. La Commission européenne remet alors l'ouvrage sur le métier et, en mai dernier, révisé ses prévisions à la baisse : ce sera dorénavant 2,1 % en 2017 et 2,5 % en 2018 [10]. Elle est même un peu en dessous des prévisions du FMI d'avril (respectivement 2,2 % et 2,7 %) [11]. Mais elle ne renonce pas à son bel optimisme : « *Après un recul au quatrième trimestre de 2016, la reprise devrait redémarrer cette année.* » Ce n'était donc qu'un incident de parcours.

Tout cela est affligeant. La réalité est qu'après avoir baissé d'un quart, le PIB de la Grèce est plat depuis le début de 2013, soit quatre années pleines. Comment dans ces conditions oser parler d'amélioration, sans prendre en compte l'émigration, les retraités, la précarisation, la grande braderie des privatisations, la charge des réfugiés ? Comment ignorer les réactions du peuple grec à ce qui n'est rien d'autre qu'un nouveau mémorandum ? [12].

Même en restant dans le domaine de l'économie « pure », comment postuler que, par miracle, la croissance va faire un bond en avant dans les années à venir ? Le graphique ci-dessous permet de vérifier que le volume trimestriel du PIB oscille autour de 46 milliards d'euros de 2010 depuis 2013. Selon les prévisions de la Commission, il devrait franchir une marche d'escalier dès cette année, suivie d'une autre en 2018. Mais il n'y a aucune raison de penser que l'application d'un programme d'austérité forcé pourrait produire un tel résultat. Il y a au contraire toutes les raisons de penser que ces prévisions sont faites au doigt mouillé par des tricheurs qui n'ont rien à voir, de près ou de loin, avec l'économie.



Source : Elstat [13], Commission européenne [9] [10]

Est-ce d'ailleurs une coïncidence si l'OCDE, moins impliquée dans les « négociations » avec la Grèce, est beaucoup plus prudente ? Dans ses dernières *Perspectives économiques* parues en décembre 2016 [14], elle table sur une croissance de 1,3 % pour 2017, puis de 1,9 % en 2018. Quant au Parliamentary Budget Office du Parlement grec, son dernier rapport publié en mars 2017 [15] évoquait avec raison la menace de « nouveaux cercles vicieux et de stagnation durable », si les hypothèses de croissance n'étaient pas vérifiées. On ne saurait mieux dire.

En réalité, le programme ne fonctionnera pas si tant est qu'il s'agisse de relancer l'activité économique en Grèce. Il n'est pas conçu pour cela, et c'était déjà le pronostic de la Commission pour la vérité sur la dette grecque dès septembre 2015 : le troisième mémorandum est aussi insoutenable que les deux précédents [16].

En plus, « ils » le savent depuis le début. On ne peut résister à la tentation de rapporter ici la confiance de Christine Lagarde à Yannis Varoufakis lors de leur première rencontre le 11 février 2015 (un mois après la nomination de ce dernier comme ministre des finances). Dans le passionnant récit qu'il vient de publier [17], Varoufakis rapporte leurs échanges

– privés – après l'entrevue officielle : « *Christine a approuvé mon plaidoyer en faveur d'un allègement de la dette comme condition préalable à une reprise de l'économie grecque. Puis elle s'adressa à moi avec calme et franchise : "vous avez bien sûr raison, Yanis. Ces objectifs sur lesquels ils insistent ne peuvent pas fonctionner. Mais vous devez comprendre que nous avons trop investi dans ce programme pour pouvoir faire marche arrière. Pour être crédible, il vous faut accepter de travailler dans le cadre de ce programme".* »

L'acharnement incohérent des créanciers

L'enjeu réel du « programme », c'est la mise en place d'un gigantesque roll over de la dette grecque : tout l'argent qui est prêté à la Grèce est immédiatement affecté aux remboursements. La fonction des « réformes » et de l'austérité est de garantir la capacité de la Grèce à faire face aux échéances à venir. Cela passe par l'obtention d'excédents primaires démentiels : Jeroen Dijsselbloem, le président de l'Eurogroupe n'hésite pas à exiger un excédent primaire d'au moins 3,5 % du PIB pendant cinq ans à partir de 2018. Même un économiste de banque (en l'occurrence Ilias Lekkos, de la Piraeus Bank [18]) peut comprendre cette vérité élémentaire qu'il faut sans cesse rappeler : « *On n'a jamais vu un pays non-exportateur de pétrole*

qui puisse maintenir un excédent primaire de 3,5 % systématiquement pendant plusieurs années (...) Cet objectif ne pourrait être atteint qu'au prix d'une énorme récession. »

Il faut donc cesser de parler de « négociations » avec la Grèce. Le ministre grec pourrait aussi bien être absent des débats qui opposent deux positions doctrinales : celle du FMI et celle de la Commission européenne. Les voies d'un compromis ne sont pas discutées, alors même que le FMI lui-même les explorait en détail dans son examen de l'économie grecque de février 2017 [19]. Pour rétablir la soutenabilité de la dette grecque, le FMI proposait les mesures suivantes : allongements de maturité allant de 10 à 30 ans ; report des paiements d'intérêt jusqu'en 2040 ; plafonnement des *taux d'intérêt* à 1,5 % pendant 30 ans ; restitution automatique à la Grèce des profits tirés de la détention de titres de la dette grecque par la BCE (programme SMP, *Securities Markets Program*) et par les banques centrales programme ANFA (*Agreement on Net Financial Assets*).

Ces pistes, et d'autres en discussion aujourd'hui au FMI, rappellent irrésistiblement la logique du plan présenté par Yanis Varoufakis [20] lors de ses premières réunions avec la *troïka* au printemps 2015. Ce plan était fondé sur l'échange des titres de la dette grecque contre des *obligations* perpétuelles ou indexées sur la croissance, et il aurait sans doute permis (dans l'abstrait) de trouver un accord raisonnable sans qu'aucune des parties ne perde la face. La distance entre ce possible compromis et l'acharnement désordonné des créanciers permet de mesurer la violence faite au peuple grec.

Notes

- 1 European Commission ; *Supplemental Memorandum of Understanding*, Draft Preliminary Agreement, 2 mai 2017. Source : « *Keep Talking Greece* », 9 mai 2017.
- 2 Michel Husson, « Grèce : les mea culpa du FMI », *A l'encontre*, 22 août 2016.
- 3 « State-Contingent Debt Instruments for Sovereigns », IMF, mai 2017.
- 4 Yanis Varoufakis, « Emmanuel Macron a voulu sauver la Grèce, votez pour lui ! », *Le Monde*, 2 mai 2017.
- 5 Martine Orange, « Les Européens continuent de mettre la Grèce au supplice », *Mediapart*, 23 mai 2017.
- 6 *Eurogroup Flash Report*, 22 May 2017. Source : « *Euro2Day* », 25 mai 2017.
- 7 Yanis Varoufakis, « Our battle to save Greece », *New Statesman*, 13 juillet 2015.
- 8 Anne-Sophie Jacques, « Taxe sur les transactions financières : la France demande un report. Le Brexit, nouveau prétexte », *Arrêt sur images*, 26 mai 2017.
- 9 European Commission, *European Economic Forecast*, février 2017.
- 10 European Commission, *European Economic Forecast*, mai 2017.
- 11 IMF, *World Economic Outlook*, avril 2017.
- 12 Charles-André Udry, « Grèce. Trois journées de mobilisation face au coup de massue du 4^e mémorandum », *A l'encontre*, 17 mai 2017.
- 13 ELSTAT, Hellenic Statistical Authority, Quarterly National Accounts, 15 mai 2017.
- 14 OCDE, *Perspectives économiques*, décembre 2016.
- 15 Parliamentary Budget Office, « Quarterly Report October-December 2016 », Parliamentary Budget Office, Hellenic Parliament, mars 2017.
- 16 Commission pour la vérité sur la dette grecque, « Le troisième mémorandum est aussi insoutenable que les deux précédents », 1^{er} octobre 2015.
- 17 Yanis Varoufakis, *Adults in the Room: My Battle With Europe's Deep Establishment*, 2017.
- 18 Cité dans Marcus Bensasson et Sotiris Nikas, « Greek Economy Limpes Onto Launchpad After Late-Night Vote », *Bloomberg*, 19 mai 2017.
- 19 IMF, *Greece: 2017 Article IV Consultation*, février 2017.
- 20 Tony Barber, « Greece finance minister reveals plan to end debt stand-off », *Financial Times*, February 2, 2015 ; Thibaut Le Gal, « Grèce : Tout comprendre au plan du gouvernement pour résorber la dette », *20minutes.fr*, 4 février 2015.

Note sur prix du médicament

Par M. Manu Blanco, syndicaliste de la Fédération Nationale des Industries de la Chimie-CGT

En France comme dans bon nombre de pays, les prix du médicament sont très loin du simple résultat de l'offre et la demande. La fixation du prix des médicaments est un processus « politico-administratif » qui surtout met face à face, les producteurs, les services de l'état, la sécurité sociale, les mutuelles, des évaluateurs de statuts souvent divers. Jusqu'aux années 1940 les prix pratiqués par l'industrie pharmaceutique se sont développés sans intervention de l'Etat. Ce n'est qu'avec l'avènement de l'assurance sociale et pour encourager le développement d'une industrie, que l'Etat a décidé « d'encadrer » les prix des médicaments. Au départ, l'engagement de l'Etat s'est moins traduit par une politique industrielle que par son inscription dans les politiques sociales nationales, d'où son ministère de tutelle à l'époque, celui de la famille et de la santé. S'en est suivi un compromis entre l'Etat et les firmes pharmaceutiques garantissant aux entreprises des volumes de consommation élevés financés essentiellement par la sécurité sociale en échange de prix « relativement » bas.

Entre 1941 et 1970 au rapport entre le ministère de la santé et l'industrie pharmaceutique est venue s'ajouter un soutien et une présence croissant du ministère de l'industrie. Donc impulsée par le financement de la sécurité sociale, une démographie favorable, des mesures de protectionnisme contre les importations, l'industrie pharmaceutique s'est fortement développée avec une croissance d'environ 8 % dans les années cinquante et un quadruplement de ses exportations. On peut donc en conclure que l'industrie pharmaceutique, son existence et sa dimension aujourd'hui ne sont le fruit que de politiques menées à l'époque et financées par nos systèmes de protections sociales, ce qui vaut pour le reste du monde. Preuve en est que l'on ne trouve et ne développe l'industrie pharmaceutique que dans les pays où il y a un système de protection sociale. Il aura fallu attendre 1980 pour que le ministère de la santé mette en place un dispositif d'expertise appelé à l'époque « commission de la transparence » et censé leur fournir des arguments concernant la valeur ajoutée des nouveaux médicaments (coût de production...) et ce n'est qu'en 1999/2000 que le concept de SMR

(service médical rendu) s'institutionnalise. L'évaluation est donc censée se faire en quantifiant et mesurant l'efficacité du produit et par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes. C'est à cette époque que l'on commence vraiment à se pencher sur le coût réel d'un médicament, c'est aussi à ce moment qu'est sortie la fameuse phrase « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût », servie à toutes les sauces encore aujourd'hui.

Que met l'administration derrière Service Médical Rendu⁽⁶⁾ ou Augmentation du Service Médical Rendu?

Le service médical rendu est un critère établi par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui croise la pathologie visée par un médicament et les données propres à ce dernier fournies pour obtenir l'AMM (autorisation de mise sur le marché). L'évaluation effectuée par la HAS doit cerner l'efficacité du médicament, ses effets indésirables éventuels, son utilisation thérapeutique optimale et son intérêt pour la santé publique. La combinaison des trois débouche sur trois résultats différents :

- SMR majeur ou important, remboursable
- SMR modéré ou faible, mais justifiant néanmoins remboursement d'un niveau plus ou moins haut
- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge

L'ASMR, elle, précise l'amélioration du SMR, elle précise le progrès thérapeutique et sera prise en compte dans la fixation du prix et du taux de remboursement. Les critères sont classés de 1 à 5 : amélioration majeure, importante, modérée, mineure, inexistante. A noter, bien que la HAS soit une institution indépendante, celle-ci manque de moyens, notamment en effectifs d'experts, celle-ci a donc recours à des experts extérieurs qui bien souvent sont salariés ou ont des liens avec l'industrie pharmaceutique. Sans être caricatural, on pourrait dire que pour une grande partie des expertises

6 NDLR : L'OMS critique l'approche qui consiste à estimer le prix d'un médicament en fonction de la valeur accordée aux années de vies gagnées. « Ce concept est valable pour l'industrie du luxe, mais pas dans le domaine du cancer où l'on n'a pas le choix mais de se faire traiter » explique le Dr Marie Paul Kieny, assistante du directeur général de l'OMS en charge des systèmes de santé et de l'innovation. Elle privilégie un modèle dans lequel les prix sont décidés en fonction des coûts de recherche et de production.

réalisées par la HAS, ce sont les labos qui s'expertisent les uns les autres et à partir de données fournies par eux-mêmes.

La fixation du prix d'un médicament est le fruit de négociations. Après s'être appelé Comité des Prix, devenu ensuite Comité Economique du Médicament, c'est au sein du CEPS (Comité Economique des Produits de Santé) que les discussions ont lieu. Le comité économique des produits de santé est un organisme placé sous l'autorité des ministres chargés de la santé, de la Sécurité sociale et de l'économie, il est chargé par la loi de fixer les prix des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Son rôle est, après avis de la Commission de Transparence, selon les modalités de la politique conventionnelle, de négocier avec l'industriel le prix de la spécialité remboursable aux assurés sociaux que ce dernier souhaite commercialiser. La section médicament du CEPS se compose de :

- Un Président
- Un Vice-Président chargé du Médicament
- 4 représentants du Directeur de la Sécurité Sociale
- 4 représentants du Directeur Général de la Santé
- 3 représentants du Général de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
- 3 représentants du directeur général de la compétitivité, de l'industrie et des services
- 4 représentants désignés par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- 2 représentants des organismes nationaux d'assurance maladie désignés conjointement par le directeur de la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI) et par le directeur de la Caisse nationale de la mutualité sociale agricole (MSA)
- 2 représentants de l'UNOCAM (union nationale des organismes d'assurance complémentaire maladie)
- 3 représentants de la DGOS (direction générale de l'offre de soins)
- 1 représentant du Ministère de la Recherche

D'autres acteurs en fonction des ordres du jour peuvent être invités avec voix consultatives.

Les ministres chargés de la Sécurité Sociale, de la Santé, de l'Economie et de l'industrie notifient au président du CEPS les orientations relatives à la politique économique du médicament.

Concrètement, c'est sur la base des informations fournies par l'industriel lui-même au stade de l'AMM (autorisation de mise sur le marché) et sur l'avis des

experts de la commission de transparence sur le SMR et/ou l'ASMR que les discussions se font. Chacun aura compris que, déjà à ce stade-là il y a un problème puisque c'est sur la base de données fournies par l'industriel lui-même et d'expertises réalisées par des experts le plus souvent eux-mêmes salariés ou en lien avec l'industrie pharmaceutique du fait de manque de moyens dans les administrations que la négociation se fait. Il n'est pas interdit de penser que des arrangements peuvent se faire entre laboratoire: « fais-moi une fleur quand c'est mon tour, je te renverrai la balle quand ce sera le tien ». De fait, les représentants de l'administration qui font de leur mieux pour peser et influencer pour un prix le plus juste, nous avons là un déséquilibre en faveur des laboratoires qui de plus, du fait de leur lobbying reconnu comme l'un des plus puissant de l'industrie sur les pouvoirs publics ne peut que confirmer les doutes sur la justesse des prix concédés, d'autant plus quand on regarde ce que sont les résultats financiers des labos.

Néanmoins, ces toutes dernières années, et notamment depuis l'affaire du Médiateur, les avis de la Commission de Transparence de la HAS ont conduit à retirer du marché certains produits, à supprimer ou relativiser l'intérêt de certaines indications, ou à ne reconnaître qu'une ASMR V (la plus faible) voire aucun SMR à certains produits, au grand dam des laboratoires concernés. L'un des derniers exemples en date étant celui des nouveaux anticorps anti-cholestérol injectables de Sanofi / Regeneron et d'Amgen, considérés comme sans service médical rendu (à juste titre en l'état actuel des dossiers cliniques) et non acceptés au remboursement. Si les laboratoires continuent de bénéficier de prix élevés pour leurs nouveaux produits lorsque ceux-ci apportent quelque chose, ils ne peuvent plus y prétendre lorsque leurs produits n'amènent rien de nouveau.

Les prix sont aussi négociés sur la base d'autres éléments plus ou moins factuels mais toujours fournis par les laboratoires :

- *En fonction des prévisions de vente médicalement justifiées*, autrement dit, lorsqu'un prix est accompagné d'une clause volume/prix, les prix sont fixés en fonction des volumes de ventes prévisionnels, si les volumes sont dépassés le prix négocié est baissé. Mesure qui n'est pas sans conséquence, nombre de laboratoires se mettent volontairement en rupture de stock lorsque les volumes prévisionnels sont atteints ceci pour simplement rester au prix le plus haut et maintenir la marge la plus importante possible pour le laboratoire.

Cela n'est pas sans conséquence pour les patients, bien que cette pratique n'en soit pas la seule cause, nous sommes passés d'environ une vingtaine de ruptures par à plus de 300 en 25 ans.

- *Prise en compte des actions de promotion au regard des stratégies thérapeutiques*, pas à proprement parler du coût de la publicité, mot tabou dans l'industrie pharmaceutique, mais des coûts d'information et/ou formation des professionnels de santé sur les médicaments. Sauf que dans les pratiques actuelles, cette information des professionnels de santé se fait par une mécanique de ciblage des uns et des autres, de leur facilité à prescrire ou pas et en fonction d'étude de marché prenant en compte les pathologies cibles, la/les spécialités des praticiens, leur lieu d'exercice, leur localisation géographique... Bref, pas de la pub mais pire, on est bien loin de l'obligation d'information à l'ensemble des professionnels de santé qui normalement s'impose aux laboratoires.
- *Prise en compte des économies engendrées par la spécialité dans la pathologie, le cas échéant*; là, heureusement que les termes « le cas échéant » sont indiqués, cela permet pour l'instant au représentant de l'administration d'en faire abstraction le plus souvent. Mais c'est devenu l'une des revendications les plus fortes des laboratoires. Au prétexte que, si un médicament guérit, cela représente de fait des économies réalisées pour la sécurité sociale, par conséquent, une quote-part de ces économies doit être introduite dans le prix du médicament concédé au laboratoire. Autrement dit, un patient est guéri par une nouvelle médication, avant il aurait fallu un traitement à vie, un suivi médical, une ou plusieurs hospitalisations et autres soins. L'industrie du médicament, à travers son syndicat le LEEM revendique que tout ou partie de ces économies sont leur dû.

On constate aujourd'hui que les pratiques historiques de fixations des prix et des taux de remboursement continuent à peser sur la régulation de l'industrie pharmaceutique. Que ce soit le système de fixation des prix, les dispositifs d'AMM, la propriété intellectuelle, d'un côté les institutions ne cessent de vouloir renforcer l'encadrement de l'industrie pharmaceutique, mais force est de constater, bien

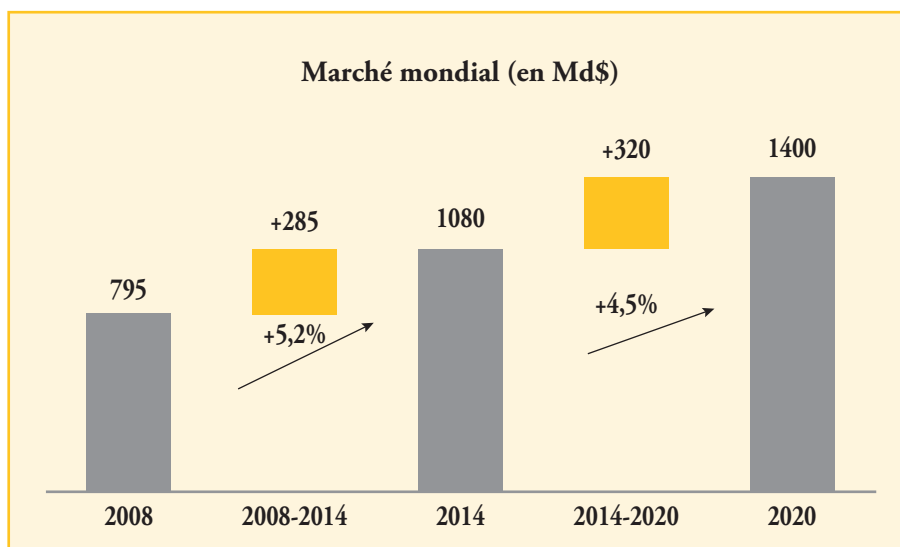
que des choses aient évolué, que les choix politiques prédominent et que, d'un autre côté, les dispositions mises en place, lèvent des incertitudes productives et commerciales, ces institutions et les réglementations qu'elles mettent en place, permettent aux laboratoires d'inscrire leur activité, leur rentabilité et profitabilité dans la durée.

Argument utilisé par le LEEM, syndicat de l'industrie pharmaceutique, pour justifier de leur soi-disant difficulté à être compétitif, la pression fiscale française qui serait de 54 % des résultats, la plus importante en Europe d'après eux. Cette étude a été présentée lors d'une de nos réunions paritaires. Nos questions aidant, l'expert a fini par nous dire que cette étude (sur le site du LEEM) était à prendre à titre indicatif, les régimes fiscaux des différents pays ayant des politiques complètement différents, voire opposées. De plus, nous avons posé la question de savoir si, dans les éléments pris en compte pour mesurer la fiscalité française sur le médicament avaient été pris en compte et soustraits les aides fiscales et autres, Crédit Impôt Recherche, CICR, allégement cotisation... la réponse a été que non car soi-disant impossible à reconstituer. Cette étude n'est en fait rien d'autre qu'une propagande complètement orientée et mensongère.

Prix du médicament, ce que nous dénonçons.

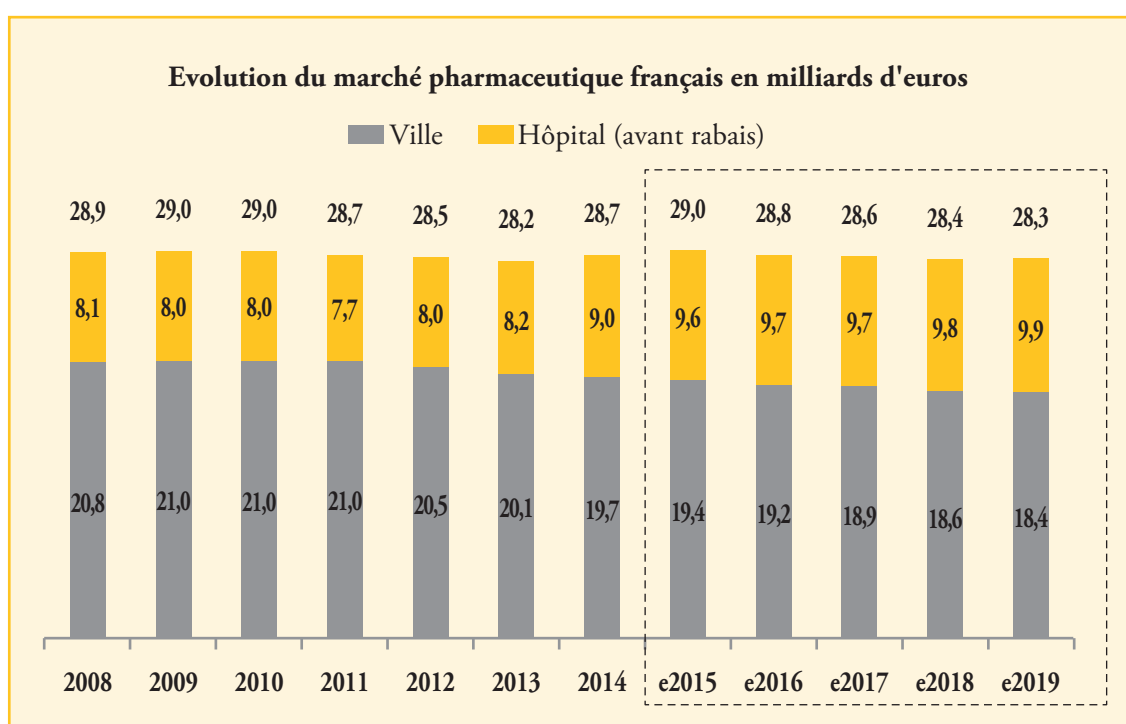
L'industrie du médicament, quasiment depuis la nuit des temps, prétexte les coûts de recherche et développement, d'industrialisation, les coûts de « promotions », les coûts salariaux, les investissements lourds et autres pour justifier son exigence de prix élevés. Ceci avait peut-être eu un fond de vérité à une période historique très éloignée, en tout cas ce n'est plus le cas depuis longtemps. Pour en faire la démonstration il est nécessaire de regarder la réalité ou à tout le moins une partie de ce que sont les résultats financiers de l'industrie pharmaceutique et ce à quoi ils sont utilisés. Les chiffres et graphiques utilisés ci-dessous sont ceux de différents cabinets d'experts (Secafi, Syndex, Apex) désignés par les organisations syndicales de salariés à l'occasion d'une négociation sur le devenir de l'emploi en paritaire LEEM cette année, les commentaires sont les nôtres.

Chiffre d'affaires mondial depuis 2008 et perspective à 2020

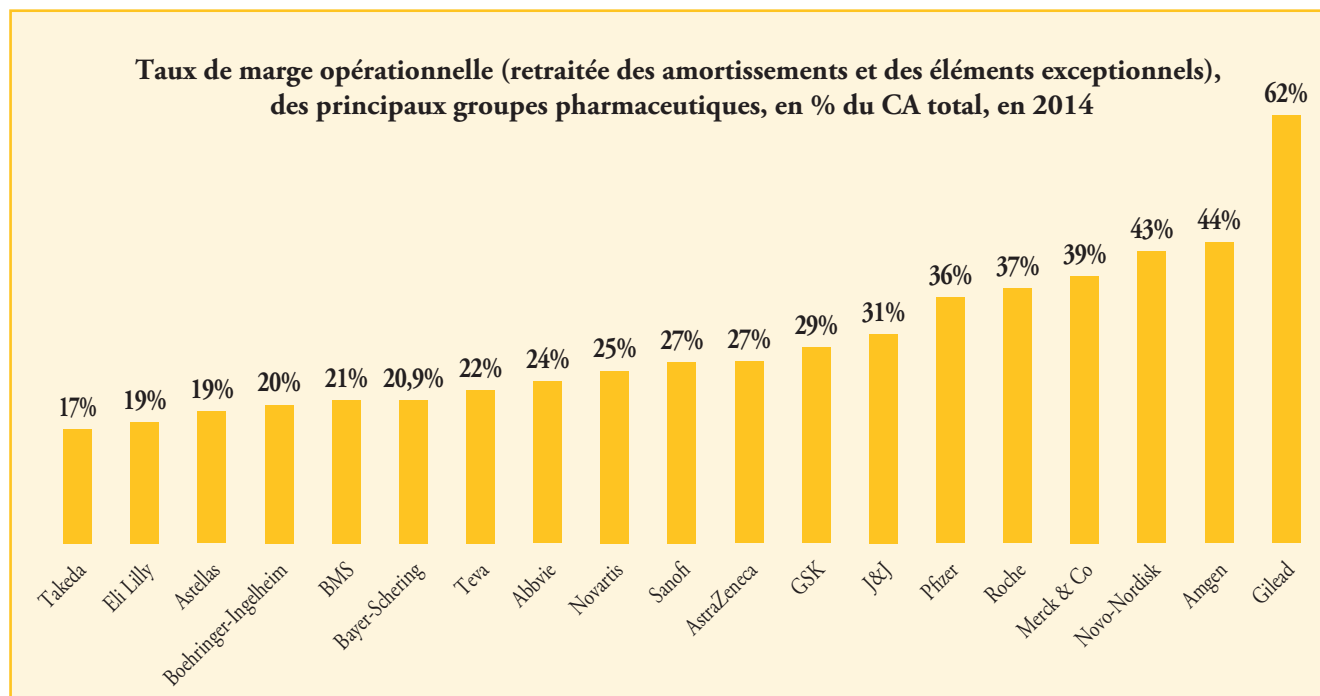


Chacun notera que l'industrie pharmaceutique a de belles années à venir. Sur la même période en France, malgré la crise, le chiffre d'affaires n'a pas décréu, à noter que nous sommes ici sur le médicament

remboursé, les chiffres sont forcément supérieurs et en augmentation si on englobe les médicaments non remboursés, d'autant plus que l'automédication ne cesse de progresser.



Le taux de marge opérationnelle de l'industrie pharmaceutique est un des plus élevés avec une moyenne qui se situe aux alentours de 30 %. Ci-dessous les marges opérationnelles des plus grands groupes.



On notera le record pour le laboratoire Gilead à 62 % grâce essentiellement à son médicament Sovaldi. Véritable avancée thérapeutique dans le traitement de l'hépatite C, le prix imposé par le laboratoire est un véritable scandale. Pour la France, le laboratoire avait une exigence d'un prix de 91 000 €, après négociation au CEPS, le prix concédé est tout de même de 41 000 € pour un traitement de 8 semaines. C'est l'exemple le plus flagrant actuellement des problèmes que nous avons sur le juste prix du médicament, tout un chacun sachant compter, pour 41 000 € de traitement c'est plus de 25 000 € de marge que réalise le laboratoire. A titre indicatif le coût en Inde du Sovaldi et pour un même traitement est de deux mille euros. Est-il besoin de plus d'éléments pour apporter la preuve que les exigences de prix des laboratoires sont en fonction des systèmes de protections sociales des différents pays et de leur capacité à payer.

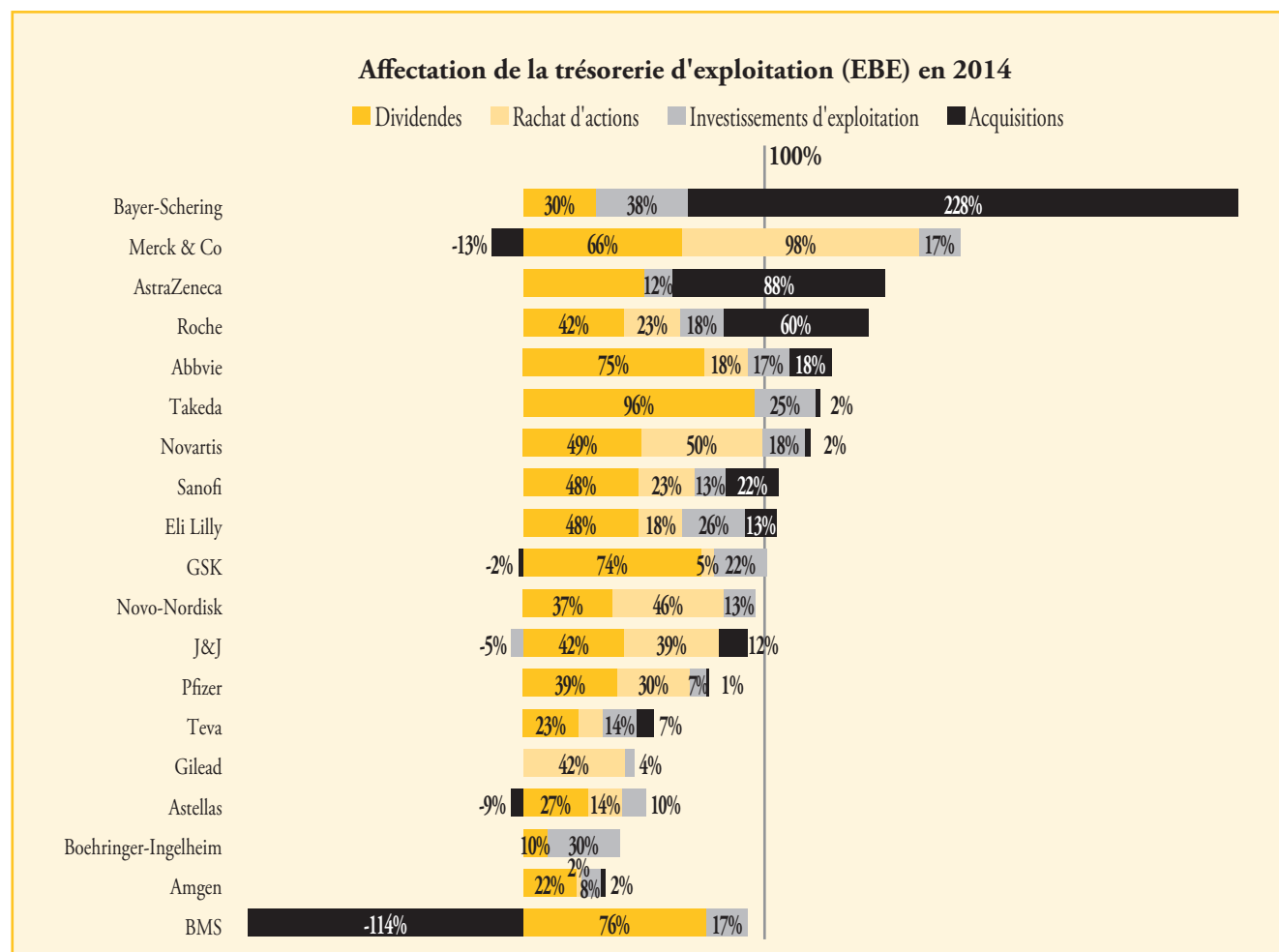
L'industrie du médicament ne cesse de communiquer et d'argumenter sur le fait que les prix du médicament sont non seulement justifiés mais en dessous de ce qu'ils devraient être. Pour eux les politiques d'économie qui leurs sont imposées mettent en danger leur capacité à être compétitif, à investir dans l'outil industriel, à financer la recherche et à assumer aussi, ça c'est nouveau dans leur langage, le coût des échecs de

recherche, le coût et la lenteur des AMM en France. S'il est vrai que le médicament pèse un peu moins de 15 % dans le budget de la sécurité sociale, il est aussi vrai que les économies exigées sur le médicament dans le cadre de l'Ondam représentent 50 %, entre 1 et 1,4 milliard par an sur les cinq dernières années. Le LEEM n'hésite pas à en faire état et s'en plaindre bien évidemment. Pour nous, c'est un faux problème et même une nécessité, l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale doit prédominer sur tout le reste. Quand bien même nombre de solutions peuvent et doivent être apportées pour la pérennisation de notre système de protection sociale, la réduction des coûts liés au médicament est justifiée et doit se poursuivre, pas par une baisse des taux de remboursement ou autre qui impacterait forcément les patients, mais bien par le juste prix du médicament et aussi un véritable nettoyage de la pharmacopée.

Qu'en est-il donc des arguments du LEEM contre les politiques menées et qui soi-disant les tuent à petit feu. Les chiffres du graphique ci-dessous parlent d'eux-mêmes, il représente l'affectation des résultats de plusieurs groupes pharmaceutique. Pas besoin de sortir de l'ENA pour comprendre. Si on prend Sanofi pour exemple, en 2014 c'est 71 % de son résultat qui a été

octroyé au rachat d'action et versement du dividende contre 13 % consacrés à l'investissement, GSK 78 % contre 22 % en investissement et il en est de même

pour les autres, y compris ceux qui ne figurent pas dans ce graphique.



Sans pour autant que ce soit une conclusion ou la seule solution, n'y a-t-il pas là un axe de réflexion, une piste à suivre? En ce qui nous concerne c'est une revendication. Le médicament n'est pas un bien marchand, l'industrie pharmaceutique doit revenir à ce qu'elle doit être, une industrie au service de la santé publique et garantissant notre indépendance

thérapeutique, autrement dit, elle doit sortir des stratégies et politiques qu'elle mène depuis des années, celles qui n'ont que pour réflexions et objectifs la profitabilité à tous prix pour encore et toujours plus de rétribution de l'actionnaire. La nationalisation de cette industrie ne doit plus être une réflexion taboue.

Le dossier : propositions pour 2017

Les Programmes Régionaux de Santé au cœur de la réflexion et de la mobilisation

Par M^{me} Maryse Montangon

Dans une totale opacité chère aux l'ARS, les prochains Plans régionaux de la santé (PRS II), préconisés par la loi Touraine, prévus pour 2018 se préparent.

Ces nouveaux plans sont pourtant confrontés au double enjeu :

- Celui des restructurations hospitalières et des urgences (mais aussi maternités, centres IVG et établissements médico-sociaux) qui suscitent dans chacun de nos départements des fermetures de services, voire d'hôpitaux, notamment à la faveur des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). La Loi Touraine et les Plans de Financement de la Sécurité sociale s'inscrivent dans une politique imposant à l'Hôpital public la réduction de près de 4 milliards d'euros, et la suppression de 22 000 emplois.
- Celui de la désertification médicale dans le domaine de l'ambulatoire, dans les quartiers et cités populaires, y compris à Paris.

A cela s'ajoute la lente et globale disparition de la santé publique, la prévention qu'elle soit scolaire ou de la petite enfance, des personnes âgées ou du Travail. Ce ne sont pas les réductions des dotations de l'Etat qui permettront aux collectivités territoriales de continuer d'innover en la matière.

Dans le même temps, le mécontentement monte, parmi les usagers comme les personnels Hospitaliers, notamment ceux de l'AP-HP. Nous avons su en 2011-2012, par un travail collectif au travers des Assises régionales de la santé dans plusieurs Régions, nous opposer au précédent PRS, et ainsi apporter toute notre aide aux élu-e-s de nombreuses collectivités qui l'ont rejeté ou se sont abstenus.

L'heure est à exiger une véritable démocratie en santé, plus de transparence dans l'élaboration des PRS II, et la relance des actions, comme en témoignent les différentes initiatives en Ile de France ou dans d'autres régions. La campagne des législatives, circonscription par circonscription, a été l'occasion de lancer des ateliers santé/protection sociale et/ou de programmer des projections/débats du Film « La Sociale ».

Le programme de Macron mais aussi les positions de tous les autres candidats, du FN aux socio-libéraux, ont installé la question de la Protection sociale et de la santé dans la campagne. Des articles comme celui dans le Monde de Hirsch et Tabuteau pour demander une Sécurité sociale universelle, ont donné de la crédibilité à nos propositions autour du 100 % sécu. Une analyse que l'on retrouvera dans le manifeste adopté les 13 et 14 janvier dernier à Tours, par la Convergence nationale des services publics, après celle de La Coordination nationale des Hôpitaux et maternités de proximité à Montreuil.

Il nous revient de mener débat et de travailler avec la population de nos cités et quartiers populaires à l'expression des besoins de santé, à l'accès de toutes et tous à la santé comme d'obtenir les moyens pour y parvenir avec le 100 % Sécu. Tous ces dossiers particulièrement sensibles pour les prochains mois, nécessitent des choix politiques courageux qui tranchent réellement avec les politiques suivies depuis des années. Il est utile de faire s'exprimer haut et fort les exigences de changement, avec la mise en place d'une véritable politique de santé à gauche et une protection sociale solidaire du XXI^e siècle.

Les décisions prises par Bachelot, hier, comme Touraine ces cinq dernières années ne correspondent pas aux attentes de celles et ceux qui veulent en finir avec la mise en concurrence, la privatisation, le renoncement aux soins. Ce constat plaide pour une approche territoriale des inégalités sociales de santé et de leurs déterminants, ainsi que de la définition des besoins de santé et de l'offre de soins hospitaliers comme ambulatoires. Les territoires de santé sont une donnée forte depuis les lois de droite. Ils forment un espace réel pour une organisation territoriale de la santé. Mais notre démarche est différente, car elle suppose partir des besoins de santé de la population à l'opposé des libéraux qui vise une recherche prioritaire de la répartition de l'offre de soins.

Un très mauvais coup pour les retraites !

Par Daniel Junker, syndicaliste

Le 18 avril 2017 dans une adresse aux retraité-e-s, E. Macron indiquait, notamment que le deuxième grand axe de son quinquennat sera celui de la réforme des retraites, en précisant : « *La réforme que je propose ne modifiera en rien votre situation si vous êtes déjà à la retraite. Elle ne changera rien non plus pour les personnes qui prendront leur retraite dans les cinq années à venir. Ce sera une réforme pour l'avenir. Elle reposera sur des principes d'équité, de justice et de clarté. Elle créera les mêmes règles pour tous : que l'on soit salarié, fonctionnaire, indépendant, un euro cotisé ouvrira les mêmes droits. Chacun aura un compte personnel de retraite, facilement consultable, sur lequel seront consignés tous les droits accumulés au cours de la vie, au titre des cotisations versées, mais aussi de la solidarité. Une fois que cette réforme aura été mise en place, il sera possible à tout moment de savoir où l'on en est en termes de droits et de cotisations. Cette réforme ne se traduira pas par une baisse des pensions. Les règles de calcul seront différentes, pour qu'il soit plus facile de changer de métier et de statut, et pour que les droits acquis au titre de la solidarité bénéficient à toutes et tous de la même manière. Cette réforme sera votée au cours de la législature mais mise en œuvre graduellement sur une période d'environ dix ans. Son élaboration donnera lieu à une large concertation, et je rechercherai le consensus sur ses principes et ses modalités. Enfin, je préserverai les fondamentaux de notre système, auxquels les Français sont attachés. En particulier l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans sera maintenu, ainsi que le fonctionnement par répartition.* »

Tout cela n'est qu'imposture

Notre système de retraite du régime général est appelé par « répartition » pour indiquer que les pensions sont payées grâce aux cotisations vieillesse prélevées sur la masse salariale, et immédiatement reversées aux retraités. Ce système est à « prestations définies », c'est-à-dire dont les paramètres de calcul sont connus à l'avance des cotisants.

À côté du régime général existent des régimes complémentaires pour les salariés cadres et non-cadres (AGIRC et ARRCO) qui ne calculent pas les retraites à partir des années de cotisation mais à partir

d'un nombre de points. Les cotisations versées chaque année donnent droit à des points qui sont accumulés tout au long de la vie active, et dont il suffit de fixer ensuite la valeur.

Est ainsi amplifiée la correspondance entre la contribution personnelle du salarié pendant sa vie active et ce qu'il percevra ensuite en tant que retraité.

E. Macron veut donc de mettre en place un système universel de retraites dans lequel « *un euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé* », alignant, à l'occasion, les règles entre public et privé.

Un système très individualisé, manquant de visibilité

Les cotisations seraient inscrites sur un compte individuel et revalorisées chaque année selon la croissance des salaires. Au moment du départ en retraite, le total des droits accumulés serait converti à l'aide d'un coefficient de conversion pour établir le montant de la pension.

Dans ce type de régime par points, le taux de remplacement n'est plus connu à l'avance, on est dans un régime à « cotisations définies » et non plus à prestations définies, entraînant un manque de visibilité pour le salarié sur sa future pension.

Ce système universel de retraite se rapproche d'un système par points dans lequel la pension à la liquidation est le produit du nombre de points total acquis par l'assuré au moment du départ à la retraite par la valeur de service du point à cette date.

Mais dans la mesure où ce système prend en compte l'âge de départ en retraite et l'espérance de vie en fonction de l'année de naissance pour établir un coefficient de conversion qui garantisse l'équilibre (théorique) du dispositif, il correspond plutôt à un système à comptes notionnels comme en Suède. Un système par « comptes notionnels » avance vers une stricte contributivité. Dans ce cas, on ouvre un compte

à chaque salarié qui est virtuel (c'est pour cela qu'il est dit « notionnel ») car il n'est pas financier.

On enregistre le montant des cotisations du salarié. Le montant de la pension sera ensuite proportionnel à ce capital virtuel actualisé, que l'on divise par un coefficient dépendant de l'âge de départ à la retraite et de l'espérance de vie à cet âge de la génération à laquelle appartient le salarié.

L'individualisation de la retraite est renforcée parce qu'on introduit le principe de la « neutralité actuarielle » selon lequel l'âge de départ à la retraite doit être neutre en termes de sommes perçues pendant tout le temps de retraite, et parce qu'on tend à substituer la notion de salaire différé à celui de salaire socialisé.

Un système injuste et pervers

Les partisans du dit système prétendent qu'il est plus juste. Mais, retenir une espérance de vie moyenne d'une génération au moment du départ en retraite revient à nier les très grandes différences d'espérance de vie entre les classes sociales et entre les conditions de travail au sein d'une génération.

Et, à l'inverse, introduire les différentiels d'espérance de vie dans une génération aura un effet dévastateur sur les femmes, déjà victimes en amont de discriminations au travail et de carrières discontinues et précaires, d'inégalités salariales. Ce système est donc, d'un côté ou de l'autre, pervers.

De plus, dans un tel système, comme l'âge de départ à la retraite est un des déterminants du montant de la retraite, les travailleurs sont incités à rester au travail même s'ils ont toujours effectué des travaux pénibles qui ont réduit leur espérance de vie. Chacun est censé pouvoir obtenir une retraite satisfaisante en choisissant personnellement le moment de son départ à la retraite, alors que les travailleurs manuels et les cadres ne sont pas dans la même situation quant à leur capacité de prolonger leur carrière.

Si le départ à la retraite devient une simple question de choix individuel, alors la conception d'une norme sociale fixant des règles de responsabilité collective vis-à-vis de tous les membres de la société devient caduque. La responsabilité des entreprises en matière d'emploi disparaît puisque chacun est appelé à décider s'il travaille ou se met en retraite. Ce qui permet de

dire à Macron « Nous ne toucherons pas à l'âge de départ à la retraite ».

L'exemple suédois

Le système de retraites par comptes notionnels a été promu en France à la suite de l'expérience mise en œuvre en Suède depuis 1998. Les préconisations pour ce système précisent que l'enveloppe globale des pensions doit rester, dans l'avenir, identique à l'actuelle. En l'absence d'augmentation du taux de cotisation pour suivre l'évolution démographique, les salariés n'ont le choix qu'entre travailler plus longtemps, alors que les entreprises cherchent souvent à se débarrasser des salariés âgés, ou accepter la baisse de leur pension.

Si l'espérance de vie continuait de progresser, le dilemme ne pourrait être arbitré que dans le sens d'une dégradation de la pension ou d'un recul toujours plus lointain de l'âge du départ à la retraite (75 ans en Suède). La logique est implacable puisque le rendement d'un système fondé sur la neutralité actuarielle diminue quand la durée de la retraite s'allonge.

De plus, ce système ne préserve pas des évolutions démographiques et des secousses économiques. Lors de la crise financière, la Suède a dû modifier les conditions de versement des pensions en suspendant momentanément en 2009 le système et en programmant la baisse des pensions puisque le système est devenu déficitaire.

Ensuite, le système suédois introduit dans le coefficient de conversion qui sert au calcul du montant des pensions un élément correspondant au taux de croissance moyen attendu du revenu par tête, qui a été fixé à 1,6 % par an. Les pensions ne peuvent être revalorisées que si le revenu moyen par tête réel croît plus que 1,6 %.

Le système de comptes notionnels suédois est d'autant moins miraculeux qu'il lui est adjoint un système complémentaire obligatoire par capitalisation pour lequel les salariés sont confrontés à plus de 800 offres d'épargne différentes, dont beaucoup ne sont pas fiables.

La preuve est faite qu'on n'échappe pas au problème incontournable de la répartition de la richesse produite au sein d'une génération. De ce fait, affirmer qu'un système par points ou par comptes notionnels permettrait de « ne pas transmettre de dette

à la génération suivante » comme l'affirme Macron est absurde. Quel que soit le système, les droits à pension sont toujours à valoir sur la production future. Ce qui distingue un système d'un autre, c'est que ces droits sont plus ou moins égalitaires, plus ou moins solidaires, plus ou moins calqués sur la contribution personnelle antérieure.

Travail et emploi dans le viseur

Un rapport du Conseil d'Orientation des Retraite de 2013 affirmait que « à taux de cotisation fixe sur le long terme, paramètre présenté en Suède comme un critère d'équité entre les générations, il existe un équilibre automatique portant sur le taux de remplacement ou l'âge de liquidation de la pension des assurés ».

Bien entendu, il n'en est rien. Aucun équilibre automatique n'existe. Cette croyance repose sur une erreur de perspective: à chaque instant, le versement de pensions est fonction non pas du niveau de richesse antérieur, mais du niveau de richesse présent. C'est la raison pour laquelle, garantir un système de retraites, à la fois globalement et pour chacun, suppose que le travail soit partagé et que l'emploi reste une priorité. Toutes les autres solutions, de baisse des pensions, d'allongement de la durée de cotisation, de cotisations définies, d'épargne capitalisée, aboutissent toutes à moins de solidarité, moins de justice et même moins d'efficacité.

Avec ce système Macron, nous restons dans le droit fil des réformes « structurelles » du marché de l'emploi. Celles-ci visent à le libéraliser toujours davantage et à réduire les droits sociaux, renvoyant les individus à de prétendus choix personnels. Les lois Macron

et El Khomri de 2016 détricotent le code du travail trouveront un prolongement logique avec les comptes notionnels.

Notre exigence politique en matière de retraite, c'est :

- La mise en œuvre d'une réforme basée sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, du parcours de vie de la naissance à la mort, l'égalité salariale entre les femmes et les hommes, permettant à chacun de pouvoir quitter le travail avec une pension à taux plein correspondant à une période allant de 18 à 60 ans, avec prise en charge des périodes de non-travail (précarité, chômage, formation, études, maladie, invalidité).
- Une retraite par répartition avec une indexation des pensions sur les salaires, non sur les prix. Aucune pension ne doit être inférieure au smic (1 800 € brut).
- Le maintien des pensions de réversion et l'augmentation de toutes les pensions.
- Le système de cotisation doit être basé sur la solidarité intergénérationnelle, avec les cotisations des salariés et des employeurs pour financer les pensions. Les revenus financiers doivent cotiser au même niveau que les salaires. Ce financement ne saurait être fiscalisé.
- Toutes les exonérations injustement allouées au patronat doivent être supprimées. Les employeurs et l'Etat doivent payer leurs dettes aux caisses de retraite et à la sécurité sociale.

Le financement doit s'appuyer sur un développement de la croissance économique et de l'emploi: une politique dynamique de développement de l'emploi stable et qualifié, doit apporter d'importantes ressources pour financer les retraites.

« Pour chaque euro cotisé, le même droit à pension pour tous ! »

Analyse de la proposition d'Emmanuel Macron...

Une promesse intenable, une proposition insoutenable

Pour qu'un euro cotisé donne le même droit pour tous, toutes générations confondues, il faudrait que la pension soit calculée en fonction de l'espérance de vie à la retraite et de surcroît de l'espérance individuelle. Tout le monde récupérerait alors le montant de ses cotisations au cours de sa période de retraite. Sauf qu'aucun organisme n'est capable de pronostiquer des espérances de vie individuelles. Les assureurs, grands spécialistes du calcul des rentes, se réfèrent donc à des espérances de vie moyennes par génération. Auquel cas, toutes les personnes qui ont une espérance de vie inférieure à la moyenne seraient pénalisées car leur rente serait minorée par un calcul qui tient compte d'une espérance de vie supérieure à la leur. Et inversement, les personnes qui ont une espérance de vie supérieure à la moyenne seraient favorisées par un calcul qui majore leur rente en tenant compte d'une espérance de vie inférieure à la leur.

Ce qui amène nombre de commentateurs à considérer que le système ferait des gagnants et des perdants. En conséquence, le principe d'égalité justifiant la proposition d'Emmanuel Macron ne pourrait être en aucun cas respecté, pour une raison toute simple: les individus n'ont pas tous la même espérance de vie.

Le système proposé serait-il plus avantageux que le système actuel?

La réponse est clairement non. Tel qu'il est formulé, il institue un droit à retraite strictement proportionnel à la cotisation. Or seuls les salaires sont assujettis à cotisation. Il s'ensuit que les périodes indemnisées au titre de la maladie, du chômage ou de la maternité ne sont pas cotisées: dans le système Macron, elles n'ouvriraient donc aucun droit à retraite alors que dans le système actuel elles sont prises en compte (validées) de façon à minimiser les effets sur le montant de leur retraite des aléas de carrière subis par les salariés.

La mise en œuvre de la proposition Macron, à défaut d'un emploi garanti à vie, pénaliserait doublement les salariés: pendant leur activité et pendant leur retraite. De ce côté-là, c'est donc bien tout le monde qui serait perdant.

Par ailleurs près de 38 % des retraités bénéficient aujourd'hui du minimum contributif: ce sont des personnes qui ont une carrière complète mais qui ont cotisé toute leur vie sur des petits salaires. Ce dispositif leur garantit le versement par leur(s) régime(s) de base d'un minimum de 629,62 euros de retraite mensuelle. Le système Macron, en créant une stricte proportionnalité entre la cotisation et le montant de la retraite, priverait ces 4,9 millions de retraités de ce minimum, pourtant bien insuffisant...

Quant aux régimes complémentaires ARRCO et AGIRC, ils versent pour 100 euros cotisés par an, parts « salariales et patronales » confondues, 6 euros de pension annuelle (auxquels s'ajoutent les prestations sociales). En conséquence, au bout de 16 ans et demi ($100/6=16,66$), les salariés ont récupéré toutes leurs cotisations de carrière.

Avec une espérance de vie moyenne à la retraite de 28 ans pour les femmes et de 24 ans pour les hommes, il s'ensuit qu'en moyenne, les femmes et les hommes récupèrent respectivement 1,75 et 1,5 fois leurs cotisations de carrière pendant leur retraite. Mais avec la proposition Macron, qui transforme la pension en rente viagère, ils ne récupéreraient au maximum que leurs cotisations de carrière.

A la clef, des baisses de pension pour toutes et tous!

La proposition de Macron aurait donc pour conséquence une baisse des pensions pour tous les salariés, baisse de surcroît très inégalitaire puisqu'elle affecterait plus les femmes que les hommes, celles-ci cotisant moins en raison des inégalités de salaire dont elles sont victimes pendant leur carrière: selon la DARES, leur salaire horaire net est en moyenne inférieur de 16,3 % à celui des hommes. Baisse qu'Emmanuel Macron admet implicitement en

annonçant que « sans que cela ne revienne plus cher aux employeurs, nous réduirons les cotisations payées par les salariés », « nous aiderons les entreprises à embaucher en baissant les cotisations sociales employeurs » ou encore « *nous réduirons leurs charges.* »

Voilà qui serait fâcheux dans un système où le montant de la retraite serait proportionnel à la cotisation. En d'autres termes, pour augmenter son pouvoir d'achat d'actif, il faudrait renoncer à son futur pouvoir d'achat de retraité! Et pour avoir un emploi, il faudrait renoncer à une partie de son salaire constituée par les cotisations! Diminuer le financement des retraites alors que les évolutions démographiques attestent d'une augmentation du nombre de retraités, cela signifie sans ambiguïté... la baisse des pensions.

Quelle évolution du niveau de vie entre activité et retraite?

Emmanuel Macron est discret sur le sujet. Il se borne à indiquer « *Nous ne toucherons pas (...) au niveau des pensions* ». Ce qui précède indique clairement le contraire. Sauf à reporter la liquidation de leur pension de plusieurs années au-delà de 67 ans, les salariés essuieront un décrochage insoutenable de leur niveau de vie. C'est la logique de la rente viagère: plus on part tôt, plus elle est basse, plus on part tard, plus elle augmente.

En Suède, où un système à la Macron est d'ores et déjà en place, le Premier Ministre suédois, Fredrik Reinfeldt, déclarait dès février 2012 que les actifs devraient travailler jusqu'à 75 ans s'ils voulaient pouvoir bénéficier du même niveau de retraite qu'en 2011. L'âge de départ cesserait ainsi d'être un droit pour devenir un arbitrage individuel que chacun pourrait exercer à partir de 62 ans. Ce qui permet à Emmanuel Macron d'annoncer tranquillement: « *Nous ne toucherons pas à l'âge de départ à la retraite* »

La transparence politique en matière de retraite, c'est quoi?

Elle se résume à trois engagements:

1. un niveau de pension minimum exprimé en pourcentage du salaire des meilleures années de carrière: c'est 75 %,
2. accessible à un âge déterminé pour une carrière complète: 60 ans,
3. l'évolution des pensions au même rythme que les salaires pour que les pouvoirs d'achat des actifs et des retraités évoluent de la même façon.

Ces trois engagements fondent la solidarité entre les générations qui est le socle de notre système de retraite et qui a fait largement ses preuves depuis 1945. Tout le reste n'est qu'enfumage ou mystification...

Les Brèves des cahiers

La branche maladie de la Sécurité sociale encore en déficit

Marisol Touraine avait promis à l'automne que le trou de la Sécu serait bouché en 2017. Or le dernier rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale indique que le déficit de la Sécurité sociale continue de se réduire, mais il devrait encore atteindre 5,5 milliards d'euros en 2017. Le seul déficit de l'Assurance maladie, devrait persister à 4,1 milliards, alors qu'on l'attendait à 2,6. C'est le dépassement des dépenses des soins de ville en 2016 qui s'est reporté sur les prévisions de ces soins pour 2017. L'Ondam - relevé à 2,1 % en 2017- sera respecté, estime la Commission qui évalue "les réserves d'un niveau suffisant pour faire face aux aléas".

La situation des autres branches : résultats positifs du côté de la branche retraite qui serait pour la deuxième année consécutive en excédent, à 1,1 milliard d'euros, solde positif pour la branche famille d'environ 500 millions, la branche accidents du travail affiche quant à elle + 900 millions. Au total, les différentes saignées sur le budget de la sécurité sociale ont au moins porté leurs fruits sur les comptes. Rappelons que le déficit était à 22 milliards il y a peu. Alors pourquoi le président Macron exige-t-il 15 milliards d'euros d'économies de santé sur le quinquennat. Il veut limiter l'Ondam à 2,3 % par an en moyenne ce qui est totalement insuffisant pour simplement maintenir le niveau du système de santé.

La vérité sur les dépassements de tarifs conventionnels

En 2015, 15 milliards d'euros de dépassements de tarifs ont été prélevés dans le portefeuille des patients directement ou *via* leur mutuelle :

- 2,8 milliards de dépassements d'honoraires en médecine et chirurgie
- 5,9 milliards en optique
- 4,8 milliards en dentaire
- 1 milliard en audioprothèse

L'optique et le dentaire sont les deux domaines dans lesquels les patients renoncent le plus aux soins pour raison financière, le fait d'être couvert ou non par une complémentaire santé constituant un sésame indispensable pour l'accès :

- 16 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé renoncent aux soins dentaires, contre 41 % des

personnes sans complémentaire santé et 21 % des bénéficiaires de la Cmu-c ;

- 9 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé renoncent à un achat dans le domaine de l'optique contre 24 % des personnes sans complémentaire santé et 15 % des bénéficiaires de la Cmu-c.

Schizophrénie : l'effet « catalyseur » du cannabis se confirme

Certaines évidences, relevées ces dernières années, laissent à penser que la schizophrénie est déclenchée via des prédispositions génétiques interagissant avec des facteurs environnementaux. Or, le lien entre ce trouble mental et la marijuana semble bien se confirmer. D'après une étude parue dans *Human Molecular Genetics*, le cannabis pourrait être un de ces facteurs déclencheurs de cette pathologie. Ces observations sont d'autant plus inquiétantes, que beaucoup de gouvernements ont ou sont en passe de légaliser la marijuana au moins pour un usage « médical » dont on peut se demander d'ailleurs s'il existe vraiment. Une autre étude américaine parue dans *JAMA Psychiatry* suggère en effet que l'utilisation du haschich de manière illicite augmente dans les états où son emploi pour motif médical est devenu légal. Le Cannabis est donc à proscrire chez les adolescents qui ont des prédispositions génétiques. Des chercheurs de l'université de Tel Aviv, ont eux aussi remarqué que le fait de fumer du haschich pouvait servir de catalyseur dans la survenue de la schizophrénie chez certains adolescents déjà prédisposés. « *Nos recherches démontrent que le cannabis est plus ou moins à risque selon la sensibilité des individus* », souligne le D^r Ran Barzilay auteur principal de l'étude.

Les scientifiques ont expérimenté différents types de souris, certaines présentant une mutation qui les prédispose à développer la maladie. Apparemment, seules les souris prédisposées génétiquement ont développé des comportements liés à la pathologie après avoir été soumises au cannabis. « *Les travaux ont été conduits sur des souris mais ils imitent le tableau clinique typique d'un premier épisode de schizophrénie comme il se présente dans l'adolescence en lien avec un usage régulier de cannabis* », résume le D^r Barzilay, qui est aussi un psychiatre spécialisé chez l'enfant et l'adolescent. Des observations complémentaires ont permis aux spécialistes de comprendre en partie le mécanisme d'interaction entre la drogue et les gènes. « *Un mécanisme protecteur a été mis en évidence* » chez

les souris sans prédispositions génétiques, explique le Pr Offen, un des auteurs. Les scientifiques ont en effet constaté chez elles « *une surexpression d'un facteur neurotrophique protecteur ou BDNF dans l'hippocampe* ». Lorsque ce facteur est artificiellement délivré chez les souris porteuses de la mutation les prédisposant à la pathologie, elles s'avèreraient par la suite protégées contre l'effet déclencheur du THC. Pour les auteurs, leurs recherches ont forcément des implications sur la santé publique en particulier via la découverte de ce mécanisme protecteur. Il est important pour les jeunes avec des antécédents de troubles psychiatriques (familiaux ou autres) d'être particulièrement prudent avec l'usage de marijuana. Si la prudence doit être de mise, le fait que le cannabis est de plus en plus légalisé pour son intérêt médical pourrait tenter les adolescents à en abuser pour un usage purement récréatif. C'est du moins ce que suggèrent des travaux parus dans *JAMA Psychiatry*, où les auteurs expliquent avoir comparé trois enquêtes nationales aux États-Unis à différentes périodes pour examiner l'évolution de l'utilisation du haschich en fonction des législations. Ces sondages incluent en totalité près de 118 500 personnes et portent sur les années 1991-1992, 2001-2002 et 2012-2013. Les résultats révèlent que l'usage illicite du cannabis augmente davantage dans les États où la drogue a été légalisée pour motif médical (une hausse de 1,4 % plus importante). Pour les chercheurs, il serait nécessaire de connaître les raisons de cette association. Par exemple, est-ce que le fait de légaliser la marijuana pour un usage strictement médical accroît le sentiment chez les jeunes que sa consommation est sans risque? Au fond, quel est l'intérêt réel de l'usage médical du cannabis? D'autres molécules sont plus efficaces et portent moins de risques. Est-ce que certains ne poussent pas cet usage médical pour ouvrir plus largement à la consommation?

Par ailleurs, comme l'a signalé Roxane Curtet dans le Quotidien du Médecin en juin 2017 des preuves que le cannabis est la porte d'entrée à d'autres addictions existent. Consommer de façon régulière ou occasionnelle du cannabis pendant l'adolescence serait associé à un risque accru d'alcoolisme, de tabagisme ou d'usage de drogues dures à l'âge adulte. C'est ce que révèle une étude américaine parue dans the Journal of Epidemiology and Community Health, une revue du British Medical Journal. Ce n'est en effet pas la première fois que la marijuana se voit suspectée d'agir comme une porte d'entrée vers la consommation d'autres drogues. Des chercheurs ont donc regardé cela de plus près et ont analysé les données d'une cohorte de grande

ampleur : the Avon Longitudinal Study of parents and Children (ALSPAC). Les scientifiques ont observé les consommations de cannabis et si cela pouvait prédire les mésusages d'autres substances addictives au début de l'âge adulte (21 ans). Les informations sur le recours au haschich étaient disponibles pour 5 315 adolescents entre 13 et 18 ans. En outre, d'autres facteurs ont également été pris en compte, notamment l'éducation de la mère, les habitudes concernant la drogue et l'alcool, le nombre d'enfants dans la fratrie, les problèmes comportementaux de l'enfant à 11 ans et s'il a commencé à boire ou à fumer avant l'âge de 13 ans. Dès que les participants ont atteint l'âge de 21 ans, ils ont de nouveau été questionnés : cette fois, sur leur consommation d'alcool, de tabac et de drogues dans les trois derniers mois. Parmi eux, 462 ont déclaré un usage récent de ces substances : 60 % ont eu recours aux amphétamines, 38 % à la cocaïne, 30 % à des inhalants, 23 % à des hallucinogènes, 16 % à des sédatifs et enfin 6 % à des opioïdes. Certains facteurs étaient très fortement liés à l'usage de cannabis à l'adolescence, notamment être de sexe masculin, le mésusage de substances addictives par la mère, ou des problèmes comportementaux, de tabac et d'alcool avant l'âge de 13 ans. Après avoir pris en considération tous ces facteurs d'influence, les adolescents qui étaient déjà consommateurs de cannabis courraient un risque plus important de consommation de drogue à l'âge de 21 ans.

En effet, la probabilité d'être dépendant à la nicotine était 37 fois supérieure pour les jeunes qui consommaient régulièrement de la marijuana par rapport au non-utilisateur. De même, celle de boire de l'alcool de manière incontrôlée triplait et celle de consommer des drogues dures était multipliée par 26. Cet accroissement des risques de consommer des substances addictives a été constaté aussi chez ceux qui consommaient du haschich de manière occasionnelle, que ce soit tôt ou tard dans l'adolescence. En revanche, plus les participants en consommaient plus leurs risques de dépendance tabagique comme d'abus d'alcool ou de drogue augmentaient. « *Un cinquième des adolescents de notre étude ont consommé du cannabis de façon régulière ou occasionnelle, et s'avèreraient plus enclins à présenter des comportements nocifs au début de l'âge adulte* », concluent les auteurs.

Autre donnée d'actualité sur le cannabis : l'usage du cannabis avant 17 ans nuit vraiment à la scolarité

L'effet indésirable de l'usage de cannabis sur la concentration, la motivation ou la réussite scolaire des jeunes est actuellement soutenu par des recherches en neurosciences qui ont montré des lésions spécifiques chez les adolescents consommateurs. Une équipe de chercheurs de l'Inserm a tenté de savoir s'il existait une relation causale entre l'initiation précoce au recours au haschich (c'est-à-dire avant 17 ans) et le niveau d'étude atteint. Leur étude publiée dans *International Journal of Epidemiology* révèle que « la consommation précoce de cannabis peut induire des difficultés scolaires, se traduisant à terme par un niveau d'études inférieur à celui obtenu par des jeunes non consommateurs, et ceci quel que soit le milieu social non considéré, les difficultés psychologiques ou scolaires des jeunes », comme l'explique Maria Melchior, qui a dirigé les travaux. Même si les études disponibles suggèrent que la consommation de cannabis prédit le niveau d'études à venir, de nombreux facteurs pouvant influencer certains jeunes à recourir à la marijuana de manière précoce n'ont pas été pris en compte. Il peut s'agir notamment de caractéristiques familiales, de difficultés psychologiques ou scolaires. Ainsi, les spécialistes de l'Inserm se sont basés sur les données de la cohorte TEMPO qui regroupent les informations concernant 1 103 personnes âgées entre 25 et 35 ans en 2009. Les parents de ces participants faisaient eux partie de la cohorte GAZEL, une étude longitudinale débutée en 1989, ce qui a permis aux scientifiques d'avoir accès aux caractéristiques du milieu social d'origine, du comportement et du parcours scolaire dans l'enfance des intéressés. D'après les résultats, les consommateurs précoces ont une probabilité plus importante de ne pas dépasser le baccalauréat par rapport aux non consommateurs. Or, ce lien restait significatif même après avoir pris en considération les caractéristiques individuelles et familiales, même s'il était légèrement plus faible. Étrangement, l'association entre le recours au cannabis avant 17 ans et un piètre parcours scolaire était plus forte pour les jeunes filles que pour leurs homologues masculins. Enfin, les ados ayant commencé à fumer après 17 ans ont un niveau comparable aux non consommateurs. « Les mécanismes par lesquels la consommation de cannabis à un âge précoce affecte le devenir scolaire peuvent avoir trait à la baisse de la motivation, aux problèmes de mémorisation et de concentration », présumant les chercheurs. En France un collégien sur dix et environ un lycéen sur

deux a déjà essayé le haschich. Ceux qui ont proposé la légalisation du cannabis durant la présidentielle devraient se renseigner...

PSA : les États-Unis se rapprochent de la position française

Un débat a lieu chez les médecins pour savoir s'il faut utiliser ou non le teste de dépistage du cancer de la prostate par le PSA. Certains l'utilisent pour ne pas priver leurs patients d'un diagnostic précoce et d'un traitement adapté et d'autres le négligent pour éviter les sur-diagnostic et donc les sur-traitements. Un groupe consultatif d'experts du gouvernement fédéral américain vient d'assouplir leur position sur le dépistage du cancer de la prostate. L'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force), haute autorité dans le domaine de la prévention est revenue sur son opposition au dosage des PSA dans ce cadre pour les hommes âgés entre 55 à 69 ans. Dans une lettre publiée récemment dans le JAMA, ces spécialistes énoncent leurs nouvelles recommandations et expliquent leur revirement. Au vu des derniers éléments apportés par divers travaux scientifiques, l'USPSTF « préconise désormais une prise de décision individuelle après discussion avec le praticien » car ainsi « chaque homme a l'opportunité de comprendre les bénéfices et les risques de ce dépistage et de décider selon ses valeurs et préférence ». L'autorité reconnaît que le dépistage offre « un petit bénéfice potentiel de réduire le risque de mourir des suites d'un cancer », et ce, même si, beaucoup d'hommes subiront des effets secondaires du dépistage, notamment des résultats faussement positifs. Toutefois, ils insistent sur le fait que les bénéfices surpassent les risques de peu.

Par ailleurs, les experts insistent sur l'absence de données sur les populations d'hommes à risque comme les Afro-Américains ou les individus ayant des antécédents familiaux. Ce manque d'informations est tel qu'il leur est impossible d'émettre des recommandations spécifiques pour ces deux groupes. Ces deux populations sont en effet largement sous représentés dans les essais cliniques. Par exemple, seul 4 % des participants de la plus large étude américaine s'avéraient afro-américains alors qu'ils représentent 12,6 % de la population générale du pays et que l'incidence de ce type de cancer pour ces personnes est le double de celle estimée pour les populations de la population générale.

D'autre part, l'USPSTF continue à se prononcer contre le test PSA pour les hommes de 70 ans et plus. Selon les scientifiques, toutes les preuves disponibles démontrent que, dans ce groupe d'âge, la pathologie évolue lentement avec une survie à 10 ans assez élevée. Sachant que le taux de surdiagnostic est plus important à cet âge, la balance bénéfique/risque penche en la défaveur du dépistage. Ces recommandations marquent une évolution de la part des experts par rapport à la position qu'ils avaient affichés en 2012 lors de la publication de leurs précédentes préconisations sur le sujet.

Ce revirement s'explique par la publication de travaux complémentaires appuyant les bienfaits du dosage des PSA. Le suivi sur 13 ans du plus large essai clinique aux États-Unis montre une réduction de la mortalité plus importante que 1 pour 1000 comme estimé précédemment.

De même, les experts ont également remarqué que les effets du surtraitement sont moindres grâce à l'arrivée d'une nouvelle approche: la surveillance active. Celle-ci a été relativement bien acceptée dans le pays. En effet, si 10 % des patients avec un cancer à risque faible étaient suivis de cette manière entre 2005 et 2009, ils étaient 40 % dans la période 2010-2013.

Cet assouplissement, s'il était acté, rapprocherait les experts américains de leurs homologues français qui recommandent une "décision médicale partagée" sur le dosage des PSA, sujet à controverse depuis de nombreuses années.

Les inégalités sociales de santé, raisons de la colère et de l'abstention

Et si le sentiment d'abandon et d'exaspération d'une grande partie de la population était en lien avec les inégalités de santé et les déserts médicaux? C'est l'analyse partagée par les acteurs du secteur, interrogés par « le Quotidien » publiée le 15 mai 2017 par Christian Delahaye. L'idée émise par un journal connu pour ses positions droitières est intéressante à explorer. 16 millions de bulletins blancs et d'abstention au deuxième tour. L'élection présidentielle a mis au jour une fracture entre deux France, dans et hors les urnes: celle des vainqueurs de la mondialisation, et celle des vaincus, touchés à des titres divers par la pauvreté, la précarisation, le sentiment d'exclusion et d'abandon. « Parmi d'autres facteurs, comme la crise industrielle, le rejet de la classe politique a connu une ampleur exceptionnelle certainement en raison des inégalités

dans l'accès aux soins, analyse Rony Brauman, ancien président de Médecins sans frontières et professeur à l'IEP. En France, plus vous vous éloignez du centre de votre région, plus votre gradient d'espérance de vie chute, que ce soit dans les banlieues ou dans les zones rurales. Or, aucun candidat n'a pris en considération les problèmes de la carte sanitaire, les reléguant au second rang du débat et alimentant du coup la colère des électeurs concernés. » « Dans nos programmes sur le terrain, dans les déserts médicaux d'Auvergne et de la vallée de l'Aude, confirme le directeur des opérations France de Médecins du monde, Yannick Le Bihan, nous l'avons vérifié: le sentiment d'abandon a alimenté l'abstention et le vote populiste et protestataire ». « La seule question santé qui a été traitée, fut celle de l'assurance-maladie, sous l'angle financier, sans prendre en compte l'articulation entre le médical et le social, se désole Pierre Micheletti, vice-président d'Action contre la faim et enseignant à Sciences Po Grenoble. Ponctuellement, la question de la santé des migrants n'aura été abordée que pour des surenchères sur l'AME (aide médicale d'État), agitée souvent comme un épouvantail. ». Cette position semble oublier ce qu'a pu dire la gauche (Pcf, FI...). Les associations ont pourtant essayé d'engager le débat sur les inégalités sociales de santé. Ainsi, Médecins du Monde a lancé avant le premier tour un « plaidoyer pour permettre un meilleur accès aux soins pour tous ». MDM demandait la révision du mécanisme de fixation du prix des médicaments innovants, la réforme des règles du marché des produits de santé, la transparence et la démocratie sanitaire, ainsi que la sanctuarisation des lieux de soins, des personnels soignants et humanitaires sur les territoires en conflits. Fataliste, le P^r Marc Gentilini, ex-président de la Croix-Rouge française, constate qu'« une fois de plus, les problématiques de précarité n'ont pas été prises en considération, parce que la pauvreté, c'est ringard, c'est sale et ça sent mauvais. Tant pis pour les femmes abandonnées, battues, violées, les enfants sans identité, les petits drogués, les handicapés abandonnés, les gens sans famille et sans logement, les édentés, les prisonniers sans droits à la santé. La litanie des souffrants sans accès suffisants aux soins est sans fin, elle comprend aussi des personnes qui ont un travail et un logement, mais qui n'arrivent pas à boucler les fins de mois. Or, leur sort ne mobilise pas les politiques, ni les médias. »

Dans ces conditions, « comment s'étonner qu'une majorité de Français ne se retrouve pas dans les discours politiques, demande la chef de Mission France de Médecins sans frontières, Corinne Tore, ils ne sont pas concernés par les discours politiques, ils ont cessé

de croire à un possible changement et donc ils cessent de voter. Ou ils votent pour les extrêmes ». « Même quand des propositions sont intéressantes pour améliorer la vie quotidienne, observe Pierre Micheletti, elles sont inadaptées : rembourser à 100 % les lunettes, les prothèses auditives et dentaires, c'est bien, mais qu'est-ce qu'un très bon remboursement quand on est au fin fond d'un désert médical ? Qu'est-ce qu'un doublement du nombre des maisons de santé pluridisciplinaires quand il n'y a pas de praticiens pour s'y installer ? Qu'est-ce qu'une organisation territoriale de santé avec son administration technocratique, quand il n'y a pas de professionnels sur les territoires ? ». Ces territoires connaissent une grande inégalité dans l'accès aux soins. « En zone rurale, les dispositifs contrats de ville, ateliers santé ville n'ont pas cours. Les ARS développent des actions de santé laissées à la seule charge des coordonnateurs territoriaux lorsqu'ils existent, le maillage restant fragile et les moyens faibles », note le P^r Olivier Lesens, responsable du DU santé précarité de Clermont-Ferrand. « Dans les zones périurbaines sensibles, depuis des années, les rapports montrent que les habitants sont plus souvent que d'autres en mauvaise santé, ou sujets à des maladies chroniques. Ils sont victimes à la fois d'une situation socio-économique dégradée et des carences de l'offre de soins », observe Jean-Yves Lefeuvre, délégué de la Fédération nationale des centres de santé. Et dans les rues des centres urbains, relève le D^r Xavier Carrard, médecin directeur des centres de santé mutualistes, « les SDF, plus nombreux et plus visibles, ballottés entre les centres d'hébergement, accumulent tous les facteurs de risques, maladies potentielles, désordres socio-économiques et culturels, troubles psycho-pathologiques qui concourent à créer ou à aggraver les addictions aux drogues et alcools. Leur âge moyen de décès est de 41 ans pour les femmes et de 56 ans pour les hommes. »

C'est cette « démocratie sanitaire » que Pierre Micheletti veut mettre en œuvre, avec l'élaboration d'« une politique ciblant franchement les inégalités sociales de santé ».

La reprise des arrêts maladie

Les dépenses d'Indemnités Journalières ont grimpé de 4,1 % en trois ans. Les IJ représentent près de 10 milliards d'euros versés chaque année par le régime général. Dans son dernier rapport « charges et produits » destiné à aiguiller le gouvernement sur les économies, l'Assurance Maladie projetait d'épargner 100 millions d'euros en 2017 sur les IJ, soulignant le nouveau rythme de croissance dynamique depuis

2014, après plusieurs années de faible évolution. Mais en 2016, sur 100 millions d'euros d'économies attendus, seulement 24 ont été réalisés... La CNAM ne reste pas les bras croisés : elle les agite ! Elle a déployé un plan d'action pour enrayer cette tendance. Elle a édité 67 « fiches repères » proposant des durées recommandées moyennes d'arrêt de travail, en fonction du type de poste occupé, pour des situations cliniques particulières (troubles ostéo-articulaires, traumatismes, suites d'interventions chirurgicales...). La Sécurité sociale a aussi lancé une campagne de sensibilisation sur les lombalgies qui pèsent 24 % des IJ versées sur un an. La CNAM a aussi intensifié la surveillance de la pertinence des arrêts de travail avec 2,2 millions de contrôles réalisés tous les ans, avec un renforcement sur les arrêts longs... 100 praticiens ont été placés sous objectif ou accord préalable. La petite fraction de praticiens dont les comportements de prescription d'arrêts de travail apparaissent très excessifs en comparaison à leurs confrères (en volume et en nombre d'arrêts par consultation) sont l'objet d'une surveillance. La CNAM accompagne environ 8 000 médecins par an dans le cadre d'échanges confraternels. Environ 800 praticiens réalisent chaque année des entretiens préalables de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable. Une fonction de « facilitateur » (facilitateurs de quoi ?) a été testée dans 18 sites pour soutenir les médecins dans les démarches médico-administratives de leurs patients en cas de difficulté à la reprise du travail. Selon le D^r Claude Leicher de MG France, cette hausse s'explique en partie par le climat de tension au travail et le recul de l'âge de départ à la retraite des salariés. « Les médecins sont conscients de leur responsabilité collective et on a le sentiment que l'Assurance maladie a compris que cela ne servait à rien de mettre trop de pression négative sur le prescripteur. ». En fait, nous constatons que l'Assurance Maladie ne comprend rien à la situation et agit comme toujours dans ces cas-là : énervement, mesure technocratique, intimidation, répression, échec. La crise est sociale, économique, politique. Le travail et son exploitation reste au cœur des problématiques sociales. Elle ne le sait pas ?

Triplement des cas d'hépatite C signalés aux États-Unis depuis cinq ans

Le nombre de cas d'hépatite C signalés aux autorités sanitaires aux États-Unis a presque triplé en cinq ans pour atteindre son plus haut niveau en quinze ans, selon des estimations publiées en mai 2017. Dans

la mesure où cette infection peut être longtemps dormante, avec peu de symptômes, près de la moitié des personnes vivant avec le virus l'ignorent et la plupart des nouveaux cas ne sont pas diagnostiqués, précisent les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC). Les CDC ont enregistré 850 cas en 2010 et 2436 en 2015 alors qu'ils estiment à environ 34 000 le nombre de nouvelles infections pour cette dernière année, précisent les centres dans un communiqué. L'hépatite C tue plus d'Américains que toutes les autres maladies infectieuses. Selon les derniers chiffres des CDC, l'hépatite C a fait près de 20 000 morts en 2015 aux États-Unis, dont la majorité étaient âgés de 55 ans et plus. Les nouveaux cas d'infection augmentent le plus rapidement parmi les jeunes. Cela s'explique surtout par l'accroissement de l'usage des drogues par injection avec l'épidémie grandissante de l'usage des opiacés aux États-Unis.

Le FMI alerte sur la hausse du risque de pauvreté en Allemagne

Berlin dispose de marges de manœuvre financières pour agir en faveur des travailleurs pauvres, selon le rapport annuel du FMI. Alors à qui profite l'insolente prospérité allemande? Le FMI s'inquiète de la *"lente augmentation générale du risque de pauvreté"* outre-Rhin en dépit d'une solide croissance et d'un taux de chômage historiquement faible. *"Malgré un filet de sécurité sociale bien développé et une forte progression de l'emploi, le risque de pauvreté relative - en Allemagne - demande une attention continue"*, écrit le FMI. Le risque de pauvreté a progressé, soulignent les auteurs du document. Ce risque se définit par la part de la population concernée par au moins un des trois critères suivants: un revenu situé sous du seuil de pauvreté; une situation de privation matérielle; un très faible taux d'activité des personnes du foyer en âge de travailler. Selon les derniers chiffres disponibles publiés par l'institut de statistiques Destatis, 20,1 % de la population allemande était, en 2015, menacée par le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, ce qui représente 16,1 millions de personnes. La pauvreté monétaire concerne 13,4 millions de personnes (soit 16,7 % de la population): il s'agit de travailleurs dont le revenu est inférieur à 60 % du salaire médian. Ce sont donc des actifs pauvres qui ne profitent que très faiblement de la prospérité du pays. A titre de comparaison, ce taux s'élève en moyenne à 17,3 % au sein de l'Union européenne. Prudemment, le FMI parle d'une *"hausse lente"* du risque de pauvreté.

Destatis estime que celui-ci est resté stable depuis 2008. Mais l'Institut économique de Berlin (DIW), dans une étude publiée fin janvier, notait de son côté un net décrochage des faibles revenus par rapport à la moyenne nationale. Entre 1991 et 2014, la moyenne des revenus a ainsi crû de 12 %, alors que le produit intérieur brut (PIB) du pays gagnait 22 % sur la période. *"Dans le même temps, les inégalités de revenu ont augmenté: alors que les revenus moyens ont progressé de plus de 8 %, et les plus élevés de 27 %, les 10 % des foyers aux revenus les plus faibles ont subi des pertes après déduction de l'inflation"*, écrit le DIW. Pour le FMI, l'Allemagne dispose de marges de manœuvre financières suffisantes pour agir en faveur d'une *"croissance inclusive"*: un modèle selon lequel tous les groupes de revenus doivent recevoir une part équitable de la hausse de la prospérité générale. Le FMI suggère ainsi d'encourager l'augmentation des salaires et de permettre une plus grande participation des femmes au marché du travail. Il recommande une hausse des impôts pour les plus fortunés ainsi qu'un allègement des charges pour les salaires les plus faibles. Le FMI insiste enfin pour que Berlin accroisse ses investissements, notamment dans les infrastructures physiques et numériques, dans la garde des jeunes enfants et pour l'intégration des réfugiés, afin de consolider ses perspectives de croissance à long terme et de réduire les excédents courants, jugés trop élevés, quitte à assouplir sa discipline budgétaire. Alors, l'Allemagne est-elle toujours le modèle idéal que la France doit atteindre? Non, cela va finir par se voir.

D'ailleurs, dans sa tribune au « Monde » du 5 juin 2017, l'historien Hartmut Kaelble⁷ considère qu'il faut prendre garde aux sirènes du « modèle allemand ». Il signale que le gouvernement d'Edouard Philippe subit une forte pression internationale parce qu'il paraît que la société française est sclérosée, pas assez flexible et trop peu encline à se réformer. C'est ce que l'on lit du reste partout dans la presse allemande. On oublie cependant que les différences entre la France et l'Allemagne ont, ces dernières décennies, tourné à l'avantage de la première dans un domaine important: celui des inégalités sociales. Au début de la V^e République, la France passait à juste titre pour être socialement plus injuste que l'Allemagne. La répartition de la richesse était traditionnellement, depuis le début du XX^e siècle, moins injuste de l'autre côté du Rhin. L'ascension sociale était, pour les jeunes, une réalité confirmée en

7 Hartmut Kaelble est professeur émérite d'histoire sociale de l'Europe à l'université Humboldt de Berlin (Allemagne).

Allemagne, mais pas en France. Les distinctions sociales étaient moins strictes outre-Rhin. Tout cela s'est inversé dans les dernières décennies. Les différences de revenus sont aujourd'hui plus importantes en Allemagne qu'en France, tout comme les différences entre hommes et femmes, et la concentration de richesses. Il y a en Allemagne presque deux fois plus de milliardaires qu'en France. Parmi eux, les deux tiers sont des héritiers, contre 50 % en France. L'OCDE constate que les 1 % les plus riches concentrent 25 % de la richesse nationale en Allemagne contre 18 % en France. La pauvreté pèse plus en Allemagne qu'en France : 5,4 % des Allemands, selon Eurostat, sont privés des ressources, des biens et des services indispensables à la vie, contre 4,9 % en France. Le risque de pauvreté est en outre plus élevé en Allemagne qu'en France : parmi les 20 % les plus pauvres, deux tiers sont en bonne santé en France, contre seulement la moitié en Allemagne. Les femmes ont de meilleures perspectives d'ascension sociale en France, de même que les immigrants. Pourquoi l'inégalité sociale est-elle plus marquée en Allemagne ? D'abord parce que l'Allemagne est devenue tardivement un pays d'immigration : l'Etat y dépense moins pour l'éducation et l'Etat-providence. L'économie allemande est en outre devenue une économie du discount et de la finance, qui nourrissent l'inégalité sociale. Enfin, les gouvernements allemands n'ont jamais, ces dix dernières années, effectué les réformes nécessaires, comme celles de l'impôt sur le revenu ou de la taxation des héritages. Modèle allemand ? « Réfléchissez bien » nous dit Hartmut Kaelble.

La santé financière des hôpitaux français s'améliore...

Le déficit global cumulé des hôpitaux s'est réduit en 2016, selon des chiffres annoncés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. En 2016, le déficit des hôpitaux atteint 295 millions d'euros, en amélioration de 110 millions par rapport à 2015 où il atteignait 406 millions. On se rapproche d'une situation de « quasi-équilibre ». Le compte de résultat principal (qui correspond aux activités de soins, soit l'essentiel des budgets) "suit la même tendance" et accuse un déficit de 529 millions d'euros, contre 606 millions en 2015. En 2016, 54 % des hôpitaux affichaient un résultat excédentaire tandis que 14 % soit 119 établissements publics de santé concentraient 80 % du déficit cumulé. Les CHU qui représentent 38 % au total des produits hospitaliers, ont diminué de plus de moitié leur déficit global pour

s'établir à 95 millions d'euros : la méthode utilisée : la saignée. La DGOS salue les efforts de productivité "très importants" de la part des hôpitaux. Leur volume d'activité a augmenté +3,9 % de séjours en 2016, dans un contexte où l'Ondam était lui de 1,75 %. Cela s'est traduit par une "maîtrise de la croissance de la masse salariale" de 1,43 % (contre 1,76 % en 2015) : donc moins de personnel... "Pour la première fois les recettes de l'Assurance maladie ont progressé plus vite que les dépenses de personnel", souligne la DGOS, qui relève aussi des efforts tous azimuts avec "une évolution des organisations, le développement de la prise en charge de l'ambulatoire et des économies dans les achats hospitaliers". La prise en charge en chirurgie ambulatoire est ainsi passée de 54 % à 72 % entre 2014 et 2016. Les établissements de soins avec une durée de séjour en chirurgie inférieure à cinq nuits passant de 14 % en 2014 et désormais 21 %. Et parallèlement, il se confirme que la dette se stabilise. Alors il n'y a plus de crise à l'hôpital ? Les malades sont bien soignés et le personnel est content ? Ne pouvait-on pas dispenser les hôpitaux surendettés du fait de la crise de payer cette dette induite comme en ont été dispensées les banques ?

Santé des femmes, nouvelle alerte : recul de l'espérance de vie de 0,4 an

L'écart se resserre en matière d'espérance de vie entre les femmes et les hommes. Des signaux d'alerte s'allument qui témoignent d'un ralentissement de l'augmentation de l'espérance de vie. Selon le tableau dressé par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, les Françaises bénéficient d'une espérance de vie élevée. Elle s'élève à 85 ans. Mais pour autant cette progression a ralenti en dix ans. Ainsi a été gagné 1,2 an. Dans le même temps, celle des hommes a bondi de 2,2 ans. Surtout, faut-il envisager pour la première fois un retournement de tendance ?

Un recul de l'espérance de vie entre 2014 et 2015 de 0,4 an pour les femmes a été observé. Cette réduction est la plus importante depuis l'après-guerre. En effet des diminutions ponctuelles se sont produites en 2003, 2005, 2008 et 2012. Mais elles étaient toujours inférieures à 0,2 an. Les experts avancent comme toujours une explication conjoncturelle, mais le phénomène se répète et doit être pris en considération dans la durée. Une forte épidémie de grippe, touchant des personnes âgées, fragiles et donc des femmes (les plus nombreuses dans cette classe d'âge) peut certes

expliquer transitoirement le phénomène sur une année. Mais des facteurs structurels comme l'obésité ou la consommation de tabac doivent être pris en compte ainsi que leurs causes sociales. En effet, la mortalité liée à la consommation de tabac au cours de cette période s'est en effet détériorée chez les femmes (+38 %). Elle est en revanche en franche régression chez les hommes (-27 %). Ce résultat se traduit par une accélération de l'incidence du cancer du poumon depuis 2005. Le taux de mortalité est également en hausse. Il est désormais proche de celui du cancer du sein. Là encore, l'incidence et la mortalité, certes plus élevées chez l'homme sont en nette décroissance. Cet écart négatif au détriment des Françaises est retrouvé dans d'autres pathologies, notamment dans la sphère cardio-vasculaire. Pour les cardiopathies ischémiques, les progrès enregistrés en ce qui concerne la mortalité sont plus modestes chez les femmes (-26 %) que chez les hommes (-42 %). Quant aux hospitalisations pour accident vasculaire cérébral, elles grimpent de 20 % chez les femmes âgées de moins de 65 ans alors que leur nombre se stabilise chez les plus de 65 ans. Ce même phénomène s'observe aussi en pneumologie. Il existe une forte augmentation de l'incidence des hospitalisations pour exacerbation de la BPCO à tout âge et surtout chez les femmes de moins de 65 ans. Elle a bondi de +134 % entre 2002 et 2014. Sans surprise, la mortalité a presque doublé (+93 %). Or, elle n'a pas été modifiée chez les hommes de tout âge ainsi que chez les femmes de 65 ans et plus. Bref, l'ensemble des indicateurs révèle une dynamique d'évolution défavorable aux femmes de moins de 65 ans. Le cadre général de cette situation appelle une réflexion qui dépasse le cadre strict des logiques médicales et fait écho à la crise socio-économique du pays. On pourrait relire à ce propos la note de lecture « **Le deuxième âge de la machine – Travail et prospérité à l'heure de la révolution technologique** » d'Erik Brynjolfsson et Andrew McAfee (Edition Odile Jacob) publiée dans le N° 19 des Cahiers qui signale la même tendance aux États-Unis.

Dépistage de la trisomie 21, la HAS recommande l'utilisation de tests ADN

C'est la dernière décision d'Agnès Buzyn en tant que présidente de la HAS juste avant d'être nommée ministre de la Santé. L'Autorité recommande désormais l'utilisation des tests ADN après une simple prise de sang chez la mère, en plus du dispositif déjà existant. L'objectif est d'améliorer le dépistage en réduisant le

nombre d'amniocentèses, qui continue de comporter des risques, de l'ordre de 0,1 % à 1 %. Pour l'instant, les tests ADN sont déjà utilisés par certaines femmes enceintes. Mais ils ne figuraient pas dans le dispositif officiellement reconnu, n'étaient pas toujours disponibles et n'étaient pas remboursés par la Sécurité sociale. Un arrêté devrait être pris prochainement par le ministère de la Santé pour y remédier. De façon pratique, le test ADN aura lieu entre les deux étapes du parcours habituel de la femme enceinte, d'une part l'échographie et la prise de sang au premier trimestre de la grossesse et d'autre part avant l'amniocentèse en cas de risque supérieur à 1/250. Si le test ADN s'avère négatif, l'amniocentèse ne sera pas pratiquée, mais restera indispensable en cas de test positif. Au total, c'est un progrès à souligner.

Systèmes de santé : la France au 15^e rang

La France, pas très fière, arrive à la 15^e place d'un classement des systèmes de santé établi par une étude publiée dans le Lancet et financée par la fondation Bill & Melinda Gates. Cette étude se base sur un indicateur qui mesure la qualité et l'accessibilité des systèmes de santé, selon les taux de mortalité de 32 maladies pour lesquelles les décès peuvent en théorie être évités, à condition d'un accès rapide à des soins efficaces (tuberculose, cancer du sein, leucémie, certaines maladies cardiovasculaires). 195 pays ont été examinés de 1990 à 2015 et notés de 0 à 100. Et c'est la principauté d'Andorre qui est en tête de ce classement avec un score de 95, suivi de l'Islande (94) et de la Suisse (92). La France a un total de 88. Treize des quinze premiers pays sont en Europe de l'Ouest. Notre pays est ainsi classé après la Suède, la Finlande, l'Espagne, les Pays-Bas, le Luxembourg, l'Italie, à égalité avec l'Irlande, l'Autriche et la Belgique et devant tous les autres, dont l'Allemagne (20^e)⁽⁸⁾ et le Royaume-Uni (30^e). A noter pour la France : un point de faiblesse assez net dans le domaine de la mortalité par iatrogénie. Dans ce classement, l'Australie est 6^e et le Japon 11^e. Les États-Unis n'arrivent qu'au 35^e rang (81). À l'autre bout de l'échelle, on trouve la Somalie (34), l'Afghanistan (32) et, en dernier, la Centrafrique (29).

Dans l'ensemble, la bonne nouvelle, c'est que la moyenne des résultats a notablement augmenté

8 Ceci nous renvoie à la brève concernant l'Allemagne citée plus haut.

depuis 1990, passant de 40,7 à 53,7. "167 pays ont vu l'accessibilité et la qualité de leur système de santé augmenter de façon significative", relève l'étude. Et la mauvaise, c'est que les inégalités se sont creusées: l'écart entre le premier pays et le dernier était de 66 points en 2015 contre 62 seulement en 1990. Les performances des États-Unis sont inférieures de 10 points à ce qu'on pourrait attendre d'eux et cet écart se monte à 25 dans le cas de l'Afrique du Sud. À l'inverse, pour les premiers pays du classement, la différence est nulle. "*Ces résultats sonnent comme un avertissement: l'augmentation du niveau de développement n'entraîne pas forcément une amélioration de la qualité et de l'accès au système de santé*", a commenté le responsable de l'étude, le professeur Christopher Murray, de l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME) de l'Université de Washington. Il devrait se demander pourquoi!

La réforme de santé de Donald Trump privera 23 millions d'Américains de couverture maladie

Donald Trump réussit enfin à imposer son projet de réforme du système de santé américain et à remplacer l'Obamacare. D'après un rapport publié en mai par le Bureau du budget du Congrès (CBO), cette réforme privera de couverture maladie 14 millions de personnes supplémentaires dès 2018 et 23 millions en 2026. Le nombre de personnes sans couverture maladie atteindra 51 millions en 2026 aux États-Unis, contre 28 millions si la loi de Barack Obama était maintenue en place, selon les nouvelles estimations du CBO, généralement considérées comme fiables.

Gilles de Margerie, le nouveau « dircab » d'Agnès Buzyn, en temps réel

Directeur adjoint d'une grande mutuelle, Humanis, Gilles de Margerie est en tout état de cause un homme de réseau. Il avait créé *En temps réel*, son propre *think tank* qualifié de « progressiste » par son fondateur. On y retrouve selon Gilles Noussebaum du Quotidien du Médecin, les noms de Bernard Spitz, le président de la Fédération française des sociétés d'assurance, Nicolas Dufourcq, le directeur général de Bpifrance, Stéphane Boujnah, le président du directoire et directeur général d'Euronext, Olivier Nora, le patron des éditions Grasset et Fayard ou Laurent Joffrin, le directeur de la

rédaction de Libération. Dans le Conseil d'Orientation siègent des personnalités comme au hasard Jean Pisani-Ferry, l'ancien commissaire général à la stratégie et la prospective qui avait rejoint Emmanuel Macron début 2017. Bref, cet ancien élève de l'École normale supérieure et de l'ENA, agrégé de sciences sociales, après avoir occupé de nombreuses fonctions au sein du groupe Crédit Agricole, revient là où il avait commencé, à savoir les cabinets ministériels où il avait conseillé Roger Fauroux, ministre de l'Industrie avant d'intégrer l'Hôtel Matignon auprès de Michel Rocard. La société civile en somme!

Déserts médicaux: les praticiens à diplôme étranger amortissent le choc?

La nouvelle cartographie de la démographie médicale de l'Ordre des médecins met en lumière la forte hausse de la population de médecins à diplôme étranger entre 2010 et 2017. Ce flux compense un peu la diminution des praticiens diplômés en France et modifie les projections démographiques. Cette cartographie complète propose un focus sur l'origine des diplômes des praticiens exerçant sur le territoire national (depuis 2010). 21 % des nouveaux inscrits ont un diplôme étranger. Au 1^{er} janvier 2017 (tableau ci-dessous), la France comptait – hors médecins remplaçants et retraités, toutes spécialités confondues – 174 146 praticiens en activité régulière à diplôme français (soit 88,5 % des effectifs médicaux totaux), à quoi il faut ajouter 10 031 praticiens à diplôme obtenu au sein de l'Union européenne (5,1 %) et 12 545 praticiens à diplôme étranger hors UE (6,4 %). En 2010, la répartition était sensiblement différente: on recensait alors 182 405 médecins à diplôme français (92,6 % des effectifs totaux), 8 416 médecins diplômés dans l'UE (4,3 %) et seulement 6 179 praticiens ayant obtenu leur diplôme hors UE (3,1 %). La démonstration issue de ces données est claire: si le nombre de praticiens à diplôme français a chuté de 8 259 sur la période 2010/2017, cette perte de professionnels a été presque totalement compensée par l'apport symétrique des médecins à diplôme européen (+1 615) et surtout à diplôme étranger hors UE (+ 6 366). Au total, la population médicale globale est restée stable, ce qui a permis d'amortir le choc de la désertification (dans un contexte de demande croissante de soins). Toutefois, si le nombre de médecins à diplôme étranger a bondi entre 2010 et 2017, ce flux se réduit désormais. « *Le nombre des nouveaux arrivants baisse d'environ 1 % par an*, précise

le D^r Mourgues président de la section santé publique et démographie médicale de l'Ordre des médecins. *Pour 2016, 21 % des nouveaux médecins inscrits au tableau avaient un diplôme étranger, à peu près également répartis entre diplôme européen et hors UE* ». L'analyse régionale est également très parlante. L'Île-de-France, qui comptait 38 780 médecins à diplôme français en 2010 n'en comptait plus que 34 692 au 1^{er} janvier 2017. Mais, sur la même période, la région francilienne a accueilli près de 3 000 médecins à diplôme étranger supplémentaires... La région Centre-Val-de-Loire a plus que triplé ses effectifs de praticiens étrangers

(de 199 à 636), la région Auvergne/Rhône-Alpes les a quasiment doublés... À l'inverse, la Bretagne ne fait guère recette. Au 1^{er} janvier de cette année, elle hébergeait 8 688 médecins diplômés en France (94 % des effectifs médicaux de la région) mais uniquement 292 diplômés dans l'UE et 284 diplômés hors UE (3 % chacun). Au total, le problème reste entier, les besoins croissent, le nombre se réduit et les médecins étrangers ont beaucoup de mal à s'intégrer dans le système du fait des problèmes de langue et parfois de niveau de formation initiale.

Diplômes selon l'origine en 2017 (praticiens en activité)

Régions	Étranger	France	Union européenne
Guadeloupe	83	941	66
Martinique	70	838	57
Guyane	169	320	28
La Réunion	82	2 171	92
Mayotte	82	148	21
Île-de-France	23	34 692	1 991
Centre-Val de Loire	4 477	4 964	410
Bourgogne et Franche-Comté	636	6 633	434
Normandie	443	7 525	415
Nord-Pas-de-Calais et Picardie	621	13 964	854
Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine	1 232	13 577	1 376
Pays de la Loire	870	8 789	352
Bretagne	383	8 688	292
Aquitaine, Limousin et Poitou-Charente	635	16 113	638
Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées	744	16 046	934
Auvergne et Rhône-Alpes	1 107	21 551	1 073
Provence-Alpes-Côte d'Azur	627	15 899	890
Corse	27	838	25
Étranger	32	449	83

La France compte en moyenne 330,7 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants (tous modes d'exercice). Le département qui affiche la plus forte densité médicale (tous modes d'exercice, toutes spécialités) reste Paris avec 681 praticiens en activité régulière pour 100 000 habitants. La plus faible densité est subie à Mayotte (133 médecins pour 100 000 habitants!) et en Guyane (231). En France

métropolitaine, les écarts vont du simple au double entre des départements à faible densité médicale comme la Seine-et-Marne (215), la Vendée (224) ou l'Essonne (231) et des départements bien pourvus médicalement comme la Haute-Vienne (399) ou la Somme (429). L'Ordre recense 87 275 généralistes en activité régulière en 2017 (tous modes d'exercice), avec une moyenne de 131 médecins de famille pour

100 000 habitants. C'est dans les Hautes-Alpes que la densité est la plus forte (194,3 généralistes pour 100 000 habitants). À l'inverse, de nombreux départements présentent des densités de généralistes inférieures à 100 (Cher, Ain, Aisne, Eure, Eure-et-Loir, Sarthe...). Paris a perdu 15 % de ses généralistes depuis 2010. Les variations d'effectifs sont édifiantes. Sur la période 2010-2017 le nombre de généralistes a baissé de 10 % – dans l'Yonne et l'Indre, cette chute atteint même 20 %. Certaines spécialités subissent des variations encore plus spectaculaires. « *C'est le cas de l'ophtalmologie, spécialité en forte tension* », précise le Dr Jean-Marcel Mourgues. En sept ans, les effectifs ont baissé de 54 % en Haute-Saône, d'un tiers en Lozère ou dans les Alpes-de-Haute-Provence. Mais ils ont grimpé d'un quart dans la Meuse et même de 37 % dans les Hautes-Alpes ou en Corse du Sud ! Le Dr Mourgues met en lumière l'impact limité des zones dites déficitaires, définies comme telles par les agences régionales de santé (ARS) et qui conditionnent les aides à l'installation censées faire venir les nouveaux médecins. Une carte permet de juxtaposer ces zones déficitaires et les « vissages de plaque » de généralistes. Dans la Vienne par exemple, alors que c'est le sud du département, autour des communes de Civray et Charroux, qui est classé déficitaire, tous les vissages de plaques se sont faits dans le centre du département, et à Poitiers et ses environs.

Une convention Miviludes-ANDPC pour préserver la FMC des groupes sectaires

La mission interministérielle de lutte contre les sectes (Miviludes) a signé une convention avec l'Agence nationale du développement professionnel continu créée en juillet 2016 par l'Etat et l'Assurance maladie. L'objectif est de mieux prévenir les risques de dérives thérapeutiques voire sectaires dans la formation des professionnels de santé, un marché ciblé par des groupes aux pratiques non reconnues. Selon le dernier rapport annuel de la Miviludes, la formation aux pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique est "*un marché rentable pour certains mouvements sectaires*" ciblant en particulier des stagiaires en quête de reconversion. Les professionnels de santé déjà en activité eux montrent un "*intérêt croissant*" pour une médecine douce ou alternative, "*ce qui se traduit par la demande d'actions de formation dans le cadre du développement professionnel continu (DPC)*", relève la

mission. A l'hôpital ou en médecine ambulatoire et de ville, "*des groupes proposent aux professionnels de santé des offres qui peuvent paraître novatrices et séduisantes*", explique le généraliste Serge Blisko, président de la Miviludes. Pour l'hypnose, par exemple, "*il faut vérifier précisément la qualité des formateurs et surtout savoir dans quel but c'est proposé*". "*L'enjeu de ce partenariat de préserver le secteur de la formation en santé de l'entrisme potentiel de certains courants à la recherche de caution scientifique*," soulignent les deux partenaires. À cette fin, deux axes prioritaires ont été définis : d'une part, la sensibilisation des personnels de l'agence à la dérive sectaire dans le domaine de la santé, y compris par le biais de la formation professionnelle, d'autre part, l'échange d'informations portant sur les signalements de situations à risque et les formations sans contenu scientifique. Le champ thérapeutique est en tête des 2 500 sollicitations annuelles de la Miviludes, 40 % de celles-ci concernant le domaine de la santé.

Des chercheurs britanniques expliquent comment le virus Zika provoque des microcéphalies

Selon une étude parue dans la revue Science, en détournant la protéine Musashi-1 (MSI1), le virus Zika parvient à se répliquer dans les cellules-souches neurales et à tuer ces dernières, entraînant à terme la microcéphalie. Des chercheurs de Cambridge ont étudié plusieurs lignées cellulaires pour tâcher de comprendre comment le virus Zika pouvait provoquer des microcéphalies. Parmi les lignées étudiées, les cellules-souches neurales (CSN). C'est dans celles-ci, qui se différencieront à terme pour former le cerveau du nouveau-né, que sont majoritairement produites les protéines MSI1. Quand le virus Zika entre dans ces cellules-souches, il détourne MSI1 pour sa propre réplication, ce qui endommage les CSN, les rendant d'autant plus vulnérables au virus. Par ailleurs, le virus empêche aussi MSI1 de fonctionner correctement, perturbant sa liaison à ses cibles endogènes, et altérant l'expression de nombreux gènes impliqués dans le développement neural. D'autre part, les chercheurs ont montré que MSI1 était mutée chez des individus avec un type rare de microcéphalie héritée, non liée à l'infection par le Zika. Ces divers résultats suggèrent que les CSN ont besoin de MSI1 pour générer assez de neurones pour produire un cerveau de taille normale mais aussi que la présence de MSI1 augmente la vulnérabilité des CSN à l'infection. Les

chercheurs notent enfin que MSI1 est aussi hautement exprimé dans la rétine et les testicules, d'autres tissus vulnérables à l'infection par Zika. « *Le développement du cerveau humain est un processus complexe impliquant des cellules-souches mais aussi l'action coordonnée de plusieurs gènes. Nous avons, pour la première fois, le lien entre Zika et le gène MSI1, le virus détournant le gène pour son propre cycle de vie* », souligne le D^r Fanni Gergely, un des auteurs. Les chercheurs espèrent que la compréhension de cette étape ouvre une piste pour la recherche vaccinale. Un espoir qui montre la rapidité de la recherche biologique: en effet le temps passé entre l'apparition de l'épidémie et la découverte de son mécanisme aura été très court.

Le Comité consultatif national d'éthique rend un rapport sur la bioéthique

Le CCNE a rendu public ce 7 juin un rapport, le 125, sur « biodiversité et santé », sous-titré « nouvelles relations de l'humanité avec le vivant? ». C'est le premier rapport publié sous la nouvelle présidence du P^r Jean-François Delfraissy, l'ancien directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Ce rapport propose une révision de plusieurs concepts fondateurs, à commencer par la notion de progrès, qui ne tient pas face aux atteintes que l'humanité fait subir à la diversité du vivant. Plutôt que d'assimiler progrès à maîtrise croissante du vivant, il faut, selon le CCNE, assumer le fait que l'humain est une composante de la nature, et que son développement ne peut se faire au prix de perturbations mettant en cause les capacités d'adaptation et d'évolution des écosystèmes et des espèces. Le comité préconise donc de privilégier le concept de coévolution entre humain et vivant plutôt que de maîtrise de l'un sur l'autre. Dans cette cohabitation, l'humain, plutôt que de chercher à conserver le vivant, à préserver un état donné de la biodiversité à un instant précis, devrait, selon le CCNE tâcher de préserver la *capacité* du vivant à se diversifier

et de la biodiversité à se renouveler. Le CCNE appelle aussi à revoir la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (« état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou d'infirmité »), en l'élargissant à l'environnement. « *L'être humain vit dans un écosystème complexe où chaque individu constitue lui-même un écosystème. Cette compréhension scientifique nouvelle nécessite de repenser la santé humaine selon une approche multi-échelles et interdisciplinaire, intégrant les concepts de biodiversité et d'évolution biologique* », dit le rapport. Le CCNE appelle à un partage des connaissances, et plus globalement à une responsabilité éthique accrue des communautés scientifiques dans leurs travaux, surtout dans un contexte où les technologies de transformation du génome sont de plus en plus performantes. « *On s'adresse aux chercheurs non seulement pour revisiter les programmes de recherches jusque-là construits sur la maîtrise du vivant, en prenant en compte cette coévolution de l'humanité avec le vivant, mais aussi pour partager des connaissances nouvelles indispensables, y compris avec la société civile* », ou encore s'intéresser aux causes souvent complexes de phénomènes comme la disparition des abeilles, a déclaré Pierre-Henri Duée, second rapporteur. Il assigne aux comités d'éthiques le rôle de lanceurs d'alerte.

GHT : maintenant ce sont les directeurs qui sont inquiets

Inquiets sur leurs perspectives d'avenir, mécontents de leurs conditions d'exercice, regrettant l'absence de perspectives sur leurs métiers, les directeurs et cadres hospitaliers observent la dégradation de leurs conditions de travail, selon les résultats du sondage Ifop réalisé pour le Syndicat des managers publics de santé révélé le 22 juin dernier. Ainsi, seuls 9 % d'entre eux jugent que les GHT offrent un cadre juridique et fonctionnel adapté. Et à peine la moitié (45 %) pensent que leur métier a changé ou va changer négativement à cause de cette réforme (en hausse de 14 points par rapport au sondage de 2016).

Les notes de lecture

Note de lecture du N° 15 d'HESAMAG

Par le D^r Nadine Khayi

Le numéro 15 de ce magazine de l'institut syndical européen comporte un dossier sur la précarisation du métier de journaliste. Il s'appuie sur quelques études et enquêtes menées par des cabinets de consultants spécialisés ou par les organisations syndicales dans plusieurs pays européens.

Le premier article décrit les mécanismes qui conduisent au malaise des professionnels. La diversification des supports conduit à une polyvalence non reconnue mais exigée. Ceci contribue à augmenter la charge de travail par la multiplication des sources d'information à analyser. La concurrence induite par l'intégration des moyens d'information dans l'économie de marché crée un impératif d'immédiateté (être le premier) qui empêche la vérification des informations et conduit à l'auto-référentialité. L'aboutissement est une déprofessionnalisation du métier de journaliste.

Le deuxième article raconte le cheminement difficile d'un jeune journaliste arrivé plein d'espoir à Bruxelles et toujours à la recherche d'un poste près de 10 ans après.

Le troisième article explique les difficultés des journalistes en freelance ou pigistes, simultanément instruments et victimes de la dérégulation. Ils ont du mal à se faire reconnaître comme salariés et ne sont donc pas couverts par une convention collective et souvent ne peuvent se syndiquer. Toutefois, dans certains cas, les journalistes salariés ne sont pas mieux lotis.

Le quatrième article détaille comment le marché empêche la production d'informations fiables et indépendantes, attaque la liberté de la presse et la qualité de vie des salariés. Il termine par l'analyse des phénomènes à la mode (fact-checking) et des pistes pour un nouveau modèle d'entreprise.

Le dossier se termine par le récit et l'analyse d'une conversion professionnelle d'un journaliste sportif reconnu et ayant pignon sur rue en Grèce en un journaliste indépendant tourné vers le phénomène des migrants d'Idomeni.

L'éditorial - *230 000 vies sacrifiées au lobbying de l'industrie?* - revient sur la révision de la directive CMR (sur la protection des travailleurs contre les cancérogènes) par la Commission Européenne qui a exclu les émissions de particules des moteurs diesel en milieu professionnel alors que 230 000 morts en Europe sont prévus. Laurent Vogel fait le parallèle avec la sécurité alimentaire ou aérienne : il est vrai que 230 000 morts par défaut de sécurité aérienne déclencheraient une action immédiate! L'article suivant déconstruit les arguments des lobbys en revenant notamment sur le cas de la silice. Les industriels voudraient bien se passer de la réglementation REACH en affirmant qu'ils peuvent le gérer mieux tout seuls par un code de bonne conduite.

Ce numéro se termine par un article sur le combat pour la reconnaissance des cancers professionnels en Belgique et un autre sur la révolte des journaliers africains travaillant dans les champs en Italie.

Une revue passionnante!

Le courrier des lecteurs

Lettre de M^{me} Josiane Hoarau : De l'émancipation des adolescents, pour un avenir plus prometteur : consommations et évolutions des consommations de tabac, d'alcool et de drogues

Selon le Professeur Michel Reynaud⁽⁹⁾, psychiatre et chef du département de psychiatrie et d'addictologie à l'hôpital universitaire Paul Brousse « les épidémies » industrielles ont largement dépassé dans les pays riches dont nous faisons partie, en termes de mortalité et de dommages, les épidémies infectieuses. La régulation de leur consommation et la réduction des dommages que ces consommations entraînent doivent donc constituer une des priorités nationales et internationales : à la fois priorité de Santé Publique et priorité de Sécurité Publique.

L'audition publique du Professeur Michel Reynaud à Paris, les 7 et 8 avril 2016 sur « la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives » cadre le sujet de façon scientifique et pragmatique :

- Consommations et évolutions des consommations
- Les dommages sanitaires et sociaux, citons entre autres :

■ Les dommages sociaux liés à l'alcool

En ce qui concerne les infractions et la délinquance directement liées à l'alcool

- 25% de toutes les condamnations prononcées en France
- 75 000 Ivresses Publiques et Manifestes (IPM)
- 372 000 contrôles à alcoolémie positifs en 2009
- 290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2011.

En ce qui concerne les violences aux personnes et les délits indirectement liés à l'alcool :

- 40% des violences familiales et/ou conjugales soit environ 400 000 personnes chaque année ; chez les femmes la moitié des violences familiales ou conjugales sont en lien avec l'alcool 25 % des faits de maltraitance à enfants
- 30% des viols et agressions sexuelles soit environ 50 000 personnes chaque année

- 30% des faits de violences générales soit environ 200 000 personnes chaque année

■ Les dommages sociaux liés aux drogues

Ils représenteraient entre 746 et 832 millions d'euros (pour un marché national estimé à deux milliards d'euros), soit entre 186 et 208 tonnes vendues. Le trafic de cannabis, qui représente les trois quarts du revenu du trafic de drogues, s'est « gangstérisé », en lien avec la grande délinquance, de plus en plus violent et de plus en plus lourdement armé. Il organise la vie d'un certain nombre de cités et altère gravement et durablement le modèle républicain.

- Les dommages liés au cannabis, surtout consommé lors de la préadolescence et l'adolescence :

« Une consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage, particulièrement dommageables à l'adolescence. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies chez les personnes présentant une vulnérabilité psychotique ». « Le cannabis est source de dommages sanitaires de gravité moyenne mais de dommages sociaux absolument majeurs ».

- Les dommages à autrui et les dommages à la société :

La consommation de ces produits psychoactifs est une des principales causes de souffrances sociales, de violence et de délinquance en France. Au-delà des dommages à l'usager lui-même (c'est-à-dire les dommages de santé immédiats, les dommages de santé chroniques et la dépendance), Ces produits sont également la cause de la majorité des dommages causés à autrui, des violences, de la délinquance et de la criminalité, mais ces dommages à la société, en

⁹ Président du Fonds Actions Addictions et fondateur du portail "Addict'Aide: le village des addictions"

particulier ceux liés à la consommation d'alcool sont peu documentés. »

- Les liens entre les consommations, les dommages et les addictions
- Les coûts sociaux
- Les représentations différentes de la dangerosité des produits dans la population générale

Avec une présentation méthodique « de l'usage à l'addiction » ainsi que les interactions des 3 facteurs favorisant l'addiction :

- des facteurs de risque liés aux produits (P) ;
- des facteurs individuels de vulnérabilité (I) ;
- des facteurs de risque environnementaux (E).

L'auteur milite en faveur d'un large débat sociétal, afin d'aboutir à une conférence citoyenne sur les mesures à prendre pour réduire les dommages.

La réduction des dommages

- Une autre philosophie de soins est prônée « La demande de l'utilisateur reste le meilleur levier : s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle tous les changements positifs sont considérés comme des succès ». Nécessité d'actions multifocales, à la fois sociétales prenant en compte les représentations et les intérêts des consommations, et individualisées s'adaptant aux individus consommateurs.

Question : Quelle action mener quand il y a refus d'aide de la part d'un usager préadolescent ? Comment éviter la non-assistance à personne en danger ?

- La dépénalisation du cannabis

Question : Que devient la transgression de l'interdit dans le cas de dépénalisation du cannabis ? N'ouvrons-nous pas la porte au trafic de cocaïne ou autres substances plus dures ?

Conclusion

À l'heure des restrictions budgétaires en tout genre, notamment dans le domaine de la santé et de la psychiatrie, nous avons à concevoir des structures du type centres de santé dédiés aux consommateurs et à leurs proches pour les aider, les conseiller, les orienter. Nous n'avons pas le droit de laisser les consommateurs et les familles livrés à eux-mêmes dans leurs combats quotidiens. C'est l'avenir de très nombreux jeunes qui sera compromis si la politique de santé qui est menée actuellement, reste dans sa logique de soigner des symptômes et non plus des êtres en construction. Défendons la définition de la santé inscrite au préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Lettre du D^r Michèle Leflon, ancienne Présidente de la Région Champagne Ardenne : En silence, les Agences Régionales de Santé établissent leur stratégie pour les dix ans à venir : un exemple dans le Grand Est

À la suite des lois Bachelot et Touraine, les ARS doivent proposer un plan régional de santé, avec un cadre stratégique (COS) pour les dix ans à venir. L'avant-projet de ce cadre stratégique dans le Grand Est circule. Sa lecture est édifiante: masquée par une novlangue technocratique, son objectif est avant tout de limiter les dépenses de santé et de continuer à faire perdre tout repère entre public et privé, que ce soit au niveau de l'organisation des soins ou de la protection sociale. De ce point de vue par exemple, il parle de complémentaires, sans faire la différence entre mutuelles et assurances privées, sans même que la particularité du système local d'Alsace Moselle ne soit citée.

Avec un parti pris d'adapter les dépenses aux recettes de la sécurité sociale, sans envisager que celles-ci puissent être augmentées (Ah! le sacré coût du travail, alors que le capital coûte si cher en dividendes, optimisation fiscale et autre...), le but de ce cadre stratégique est d'adapter notre système de santé, non aux besoins des populations, mais à l'austérité.

Comme dans l'ensemble des politiques de prévention en santé pour les adeptes du libéralisme, le travail n'existe pas, le danger constitué par le recul de l'âge de la retraite, évidemment pas non plus et l'ARS ne propose que des politiques de prévention reposant sur l'éducation des comportements, volontiers culpabilisatrice.

Quant à la politique de soins, elle met la charrue avant les bœufs: vider les hôpitaux, avant d'avoir construit un véritable réseau de prise en charge ambulatoire (c'est vrai que les techniques se modernisant, certaines hospitalisations peuvent être raccourcies, mais sous certaines conditions de poursuite de soins à construire et pas pour tous les patients, quoiqu'en disent les administratifs) et utiliser les technologies du numérique avant d'en avoir validé l'utilité (car il y a à boire et à manger là-dedans!) et avec des contradictions énormes, car tout en reconnaissant le vieillissement de la population, ce COS propose des

perles, comme de ne plus servir les hospitalisés dans leur chambre, mais de faire des restaurants en self-service: on imagine papy ou mamie avec ses cannes porter son plateau-repas!

Vous trouverez ci-dessous une analyse détaillée de ce document, un peu polémique, certes, mais sinon, résumer de la langue de bois, ce n'est pas drôle. Et je ne reprends même pas tout ce qui est sujet à critique: il y en a trop!

L'ARS du Grand Est a engagé des "concertations" sur le Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2027: concertation est sans doute un bien trop beau mot pour ce qui se passe au sein de la CRSA dont les représentants des usagers ont été choisis par l'ARS

C'est quoi le COS? Le plan régional de santé (PRS), qui sera adopté pour le 1^{er} janvier 2018, doit comporter un cadre d'orientation stratégique pour 10 ans et pour les 5 prochaines années un schéma régional de santé et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le COS, je cite: « *s'inscrit dans une dimension prospective et vise, autant que possible, à prendre en compte les évolutions / innovations technologiques, thérapeutiques, organisationnelles majeures de nature à modifier profondément le paysage régional de la santé dans les 10 ans à venir et à générer des évolutions en matière de pratiques professionnelles, de comportements des patients, d'organisation et de modalités de leur prise en charge.* »

Qu'est ce qu'il y a dans ce COS? L'avant-projet qui circule comporte 44 pages de novlangue technocratique - je vous passe des expressions comme l'ambition d'avoir un PRS agile et je vous mets en

note ci-dessous⁽¹⁰⁾ (1) un remarquable exemple de refus de la réalité dissimulé derrière un savant verbiage - masquant une réelle volonté d'adopter une stratégie limitant les dépenses de santé: une page complète est consacrée à la "soutenabilité financière du système de santé" avec un parti pris d'adapter les dépenses aux recettes actuelles de la Sécurité sociale, sans envisager que celles-ci pourraient être augmentées! (Au fait, combien de milliards d'évasion fiscale?!)

Comme dans tout bon document, il y a une première partie d'état des lieux, générale puis dans le Grand Est, avant de présenter les trois grandes orientations stratégiques, celle de faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours de santé - orientation intégrant la partie prévention de ce COS, ce qui en soit en marque la réflexion limitée et par exemple la notion de travail n'existe pas, pas plus que celle d'environnement - celle d'agir sur la démographie et la formation des professionnels de santé. La promotion des outils et usages du numérique constitue à elle seule la troisième orientation stratégique: ça doit faire neuf, bien... mais d'un volontarisme sans limite et sans autre objectif que le développement du numérique pour le numérique (et - cela n'est pas dit, mais va de soit vu le contexte - pour les économies) sans même se demander si cela répond aux besoins de la population et des professionnels. Le COS se termine avec les orientations du PRAPS avant une conclusion sur les partenariats de l'ARS et le pilotage du PRS. Je reprends tout cela en détail.

Un état des lieux bien pauvre... et orienté! Il n'y a en effet pas grand-chose de neuf dans cette première partie:

- la population vieillit, a de plus en plus de maladies chroniques! On le sait! Il faut donc développer la prévention! Bien! Sauf qu'un vrai état des lieux ne

se bornerait pas à citer certains comportements sans la moindre allusion au travail (et quelles vont être les conséquences du recul de l'âge de la retraite sur la santé?).

- il y a des progrès en santé et des nouvelles technologies! On le sait! Mais la volonté de réduire l'offre de soins est si forte pour l'ARS que l'on a cette contradiction remarquable: la télémédecine et l'interprétation à distance devrait permettre de concentrer les plateaux techniques d'imagerie! Alors que précisément, la télémédecine permet une interprétation à distance, ce qui permet le recours à un avis très spécialisé et donc il peut y avoir des plateaux techniques de proximité évitant aux malades de se déplacer pour un simple examen!
- il y a des inégalités d'accès aux soins! On le sait! Il y a des populations pauvres qui n'ont pas de voiture et pas de possibilité d'accès aux transports en commun. Il n'y a pas que des pauvres d'ailleurs - qu'est ce que c'est que cet a priori sur un choix de mode de vie?! Mais si l'ARS connaît leur existence, pourquoi veut-elle absolument toujours diminuer les remboursements de transports sanitaires par la sécu? Dans ce chapitre, l'ARS se lâche en en déduisant quatre enjeux. Le premier est un exemple remarquable de langue de bois: "*Une amélioration de la prise en charge des patients par l'adaptation des pratiques à l'évolution de la médecine et de la société*" mais la suite dit bien le but: un gain d'efficacité par des transferts de compétences et la télémédecine. En langage décodé, cela veut dire faire faire à des infirmières ce qui relève actuellement de la compétence des médecins, sans les payer plus... sinon, il y aurait peut être gain d'efficacité, en évitant des déplacements, mais certainement pas d'efficacité qui suppose de faire des économies!
- il faut une soutenabilité financière! J'en ai déjà dit un mot en introduction: c'est un parti pris qui commande tout le reste et là je n'écrirais pas "on le sait!" mais: c'est faux! Ne me faites pas le procès de ne pas avoir développé ce point ici: pour être complet cela demande quelques développements que vous pouvez trouver ailleurs.

Fataliste sur la nécessaire réduction des dépenses de santé, le COS aborde aussi la question des complémentaires, sans faire de différence entre assurance privée et mutuelle... et sans un mot pour le régime local d'Alsace Moselle, ce qui est quand même étonnant dans un document de l'ARS du Grand Est. Y a-t-il eu copier/coller du COS d'une autre ARS? Encore un parti pris, avec la volonté affichée d'une complémentaire santé pour tous (privée?) alors que la

10 "D'après des travaux nationaux de 2008 relatifs à l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2030, le scénario prenant en compte, à dire d'experts, l'évolution de l'incidence des différentes pathologies sous l'effet des politiques de prévention ou des évolutions techniques prévisibles, l'évolution de la demande sociale et le développement de modes de prise en charge innovants, aboutirait à l'augmentation du nombre de séjours un peu plus forte en raison de l'hypothèse faite d'un recours plus important à l'hôpital pour certains patients pas forcément pris en charge aujourd'hui. Cependant, la façon dont cette prise en charge s'organise doit pouvoir conduire à un raccourcissement des hospitalisations conventionnelles et à une augmentation de la part de prise en charge en ambulatoire. L'étude prospective indique qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en médecine et chirurgie, même s'il est probable que les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes. Tout cela n'est possible que si des structures alternatives favorisant les prises en charge à domicile, en ambulatoire ou d'aval se développent."

volonté d'aller vers le 100 % sécu serait quand même plus intéressant!

Je passe vite sur les deux derniers chapitres de cet état des lieux, consacrés l'un à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge et l'autre aux usagers: à part quelques redites lourdes de menaces (mais on les retrouve ailleurs), c'est surtout du blablabla.

La deuxième partie du COS, consacrée aux points saillants du diagnostic du Grand Est, est très succincte, surtout faite d'allusions aux inégalités intrarégionales, sans précision. Cela ne serait pas grave si cela reposait sur un diagnostic complet. Mais alors que dans le temps, les DDASS et DRASS faisaient des études intéressantes sur l'état de santé des populations, rien de tout cela. L'ARS présente bien sur son site des diagnostics territoriaux, mais il ne s'agit que de la compilation de données démographiques fournies par l'INSEE et de données sur la démographie des professions de santé, rien sur l'état de santé de la population. En tant qu'Ardennaise, la seule chose intéressante que j'ai trouvée dans cette partie du COS, c'est l'absence de plateforme de répit dans les Ardennes, alors qu'elles existent dans tous les autres départements du Grand Est. En espérant que cela dépasse la seule constatation!

Première orientation stratégique: faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours, des parcours à toutes les sauces!

- à la sauce des personnes âgées ou en situation de handicap avec une longue série de préconisations et gages de bonnes intentions. Mais la seule phrase concrète que je vois dans ce chapitre est une menace pour le médico-social: "Rééquilibrage territorial de l'offre lorsque cela est nécessaire". C'est-à-dire que la réponse à des besoins dans des territoires passerait par la suppression de la réponse dans d'autres! Bonjour, le vivre ensemble dans le Grand Est! L'ARS voudrait mettre en concurrence nos territoires!

- à la sauce de la prévention. Deux pages, sans citer le mot travail! Comme si l'impact des conditions de travail sur la santé n'avait aucune importance!

- à la sauce du virage ambulatoire: là on rentre dans le dur de ce COS. Si effectivement l'évolution de certaines techniques permet plus de soins en ambulatoire, la rédaction même de ce chapitre, en parlant de l'hôpital avant de parler des soins de proximité traduit bien l'objectif financier et uniquement financier de l'ARS: diminuer les hospitalisations d'abord et les soins en ville finiront bien par s'adapter! Mais à quel prix en terme de qualité pour les patients? D'autant plus qu'en

obligeant les hôpitaux à des objectifs chiffrés, le choix de l'ambulatoire n'est plus fonction de la personne concernée mais d'un chiffre! J'ai d'ailleurs même entendu parler de personnes à qui on aurait refusé une intervention chirurgicale au prétexte qu'elles étaient seules, alors qu'il suffisait d'accepter de les garder le soir à l'hôpital! Et le COS a une idée géniale: ne plus servir les hospitalisés dans leur chambre, mais faire des restaurants en self-service: on imagine papy ou mamie avec ses cannes porter son plateau-repas! Sans parler de l'hôtel hospitalier, une manière de faire payer l'hébergement aux malades avec une discrimination scandaleuse entre ceux qui habitent les grandes villes et les autres, ceux qui ont de la famille et ceux qui sont seuls ou n'ont tout simplement pas envie de faire supporter leurs problèmes de santé à leurs enfants. Et avec des conséquences dramatiques pour les conditions de travail des personnels hospitaliers! Car ce n'est pas la même chose de s'occuper d'un service de 30 malades dont certains pourraient éventuellement être sortis si leurs conditions sociales étaient différentes, et un service de 30 patients demandant beaucoup de soins: on a concentré la charge de travail sans augmenter le personnel et les tutelles s'étonnent que le personnel se plaigne de l'aggravation de ses conditions de travail.

Et face à la fermeture imposée de lits pour accélérer le développement de l'ambulatoire, que des belles paroles pour le développement des soins de ville, sans proposition véritable d'actions! Sauf des menaces pour casser la proximité. Je cite: "*L'offre sera organisée sur des territoires de proximité, regroupant souvent plusieurs bassins de vie*"

- à la sauce de la langue de bois: admirez la phraséologie. Le titre de l'objectif stratégique n° 4 c'est "Fluidifier les parcours de santé en développant l'intégration et la coordination des acteurs". Sauf que les belles paroles ne suffisent pas et parler d'obligation d'une lettre de liaison remise au patient lors de sa sortie de l'hôpital et adressée au médecin traitant le jour même de la sortie, c'est bien mal connaître les raisons pour lequel ce n'est pas fait: tout simplement, on a supprimé des postes de secrétaires dans les hôpitaux et le retard s'accumule!

- à la sauce de l'hôpital de demain et cela passe pour l'ARS par les partenariats public/privé! La marchandisation de la santé un peu plus en route donc!

- à la sauce de l'efficacité: nous y voilà! C'est bien emballé, la réduction des dépenses en diminuant les durées d'hospitalisation, les frais de transports sanitaires (remarquablement contradictoire avec la fermeture de services et le développement de l'ambulatoire,

multipliant les consultations de suivi... mais l'ARS n'est pas à une contradiction près!), les médicaments...

Deuxième orientation stratégique: agir sur la démographie et la formation des professionnels de santé

Pour être sûr de ne rien changer, l'ARS affirme tout de suite que l'unique vision de l'augmentation du *numerus clausus* est une vision trop restrictive, ce qui est vrai, mais ne doit pas être une raison pour ne pas supprimer le *numerus clausus*, sauf à vouloir ne jamais régler la question ou à vouloir la surmonter, non par le haut, mais par le bas.

Car la première solution proposée, c'est d'accompagner la mutation des métiers de la santé et le document s'épanche sur les nouveaux métiers, un intermédiaire entre l'infirmière et le médecin... Sauf que ce que l'on voit dans la réalité, c'est l'augmentation des responsabilités données à des personnels soignants, sans la reconnaissance financière, et, trop souvent, avec une formation succincte, sans la "culture générale" leur permettant de replacer l'acte fait dans le processus complexe qu'est le soin d'un malade, toujours différent du précédent ou du suivant.

Je vous passe le deuxième objectif stratégique de ce chapitre: il faut faire de la prospective. Depuis le temps qu'on le dit, on peut s'étonner d'en être toujours aux déclarations d'intention, mais c'est vrai que faire de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans un hôpital, cela supposerait une stratégie dans la durée et pas de s'amuser à fermer des lits au fur et à mesure des injonctions de l'ARS et des changements de tarification sans lien avec les besoins de la population. Rien de bien intéressant dans le troisième non plus: l'ARS ignore même la possibilité d'impulser la création de centres de santé, permettant à des jeunes médecins généralistes d'être salariés, ce à quoi aspirent beaucoup!

Troisième orientation stratégique: promouvoir les outils et usages du numérique en santé. Il faudrait favoriser l'appropriation des outils et usages par les professionnels et les patients, avec ce constat, du reste fort vrai, c'est que "le numérique reste considéré par nombre de professionnels comme une contrainte supplémentaire" et suit un conseil également fort juste: "la co-construction avec les utilisateurs est

une modalité à privilégier", sauf que la réalité est fort différente et pour deux raisons, la première, c'est l'absence de toute véritable stratégie de développement public de logiciels libres, pouvant s'adapter aux besoins, et pourtant le nombre d'hôpitaux en France aurait pu permettre un développement de qualité, mais sauf quelques exceptions, on a préféré s'adresser à des sociétés privées, avec comme conséquence des logiciels non adaptés aux besoins et la seconde, c'est que l'on a rajouté des éléments de flicage des personnels. Alors, évidemment, devoir regarder la tablette ou l'ordinateur, plutôt que le malade, personne n'en veut!

Faisons le tri dans ce qui est utile et ce qui ne l'est pas avant d'aller plus loin, avant de promouvoir un environnement de travail unique pour les professionnels de santé comme l'affirme l'objectif stratégique suivant pour, in fine, je cite, "*créer un sentiment d'appartenance au système régional de santé*". A l'heure des coopérations transfrontalières, voilà que les rapports avec les populations (patients et personnels de santé) de Hirson ou de Château Thierry ne seraient plus les mêmes que ceux avec celles du Grand Est. Sans commentaires.

Cette partie du COS se termine sur le développement voulu de la télémédecine. Sans une réflexion poussée sur les possibilités nouvelles offertes par les technologies du numérique et les besoins des populations et à vouloir développer le numérique, parce que ça fait bien et que peut être il y a quelques économies à faire, on va droit dans le mur... de la déshumanisation. Avec une inquiétude supplémentaire: le grand "libéralisme" de cette partie du document aurait-il vocation à susciter des initiatives privées, histoire de mettre un peu plus en difficulté les hôpitaux, face à la marchandisation de la santé?

En conclusion, le document nous indique le plan du schéma régional de santé (à suivre donc!) et les partenariats, en valorisant ce qui a été fait dans les contrats locaux de santé. Faut-il tant valoriser que cela? Dans la Pointe des Ardennes, la responsable d'une association qui s'était beaucoup impliquée dans l'écriture de ce contrat me disait récemment qu'elle n'avait pas de nouvelles depuis la signature il y a plus d'un an maintenant!

Lettre de la CGT Aquitaine

Au 31 décembre 2014, la France comptait 3 111 structures hospitalières ; ces structures pouvant être de taille et de nature différente. En effet, ce secteur de la santé fait cohabiter des établissements de 3 statuts juridiques différents : public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif.

Selon les chiffres 2016 de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), l'offre hospitalière en France en 2014 est pour 54.5 % privée ; 22 % pour le privé non lucratif aujourd'hui établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC (fondations, centres de lutte contre le cancer, cliniques mutualistes) et 32.5 % pour le privé lucratif (cliniques commerciales).

La part très importante du secteur privé commercial dans la fourniture des soins hospitaliers distingue la France des autres pays européens.

Si la coexistence des 2 systèmes, public et privé, est ancienne, reposant sur le principe du libre choix de son établissement de soin par le malade, les différentes lois santé, plus ou moins contraignantes pour le privé lucratif n'ont jamais remis en cause deux éléments fondamentaux, leur caractère commercial et leur possibilité de choisir leur clientèle.

En 1971, l'IGAS dans son rapport sur l'hospitalisation parle « d'une concurrence à la fois sévère et déloyale tendant à détourner des établissements publics les activités rentables, le plus souvent avec la complicité tacite ou inconsciente d'un corps médical très influencé par la disparité des taux des honoraires médicaux en faveur du secteur privé ».

Le paysage de l'hospitalisation privée à statut commercial français, marqué pendant de longues années par le modèle de la clinique de taille réduite détenue par un ou deux médecins a fait place aujourd'hui à l'ère de la finance et de l'internationalisation. Introduction en Bourse, OPA, développement à l'étranger, fusion, acquisition par des groupes d'investissement, des holdings financiers français ou étrangers. Ils s'appellent ORPEA, Medipôle Partenaires, ELSAN, CAPIO santé, KAPA santé, C2S, etc., et ont tous pour mission d'enrichir leurs actionnaires. Tandis qu'en 2014, les hôpitaux publics restent déficitaires, la situation des cliniques privées s'est améliorée notamment via l'effet du CICE. D'ailleurs le groupe

ORPEA (Ehpad et cliniques) vient d'annoncer avoir réalisé une année record en 2016 de 2,84 milliards d'euros (+18.8 %) et vise une croissance pour 2017 de 10 % à 3 125 milliards d'euros. Rappelons que dans le même temps, le pacte de responsabilité impose 3,4 milliard d'euros d'économies à la branche maladie et la suppression de 22 000 postes dans la fonction publique hospitalière.

Qu'en est-il en Aquitaine ? (chiffres relatifs à la configuration de l'ancienne région et non de la Nouvelle Aquitaine.) Sur 172 établissements, 83 sont des cliniques et hôpitaux privés soit 48 % des établissements de la région (rapport sectoriel 2013 de la Fédération de l'hospitalisation privée FHP), la majorité des médecins et chirurgiens y exerçant le sont à titre libéral (89 %) et pratique le secteur 2 (avec dépassement d'honoraires). La stratégie de ces groupes consiste à intégrer les activités hospitalières, les soins à domicile et la prise en charge du médico-social. Mais ils ont besoin pour cela d'autorisations obligatoires en matière d'implantation et d'équipement en matériels lourds. Cela est régulé aujourd'hui par les ARS (agences régionales de santé) qui s'appuient sur les PRS (projets régionaux de santé) et les SROS (schémas régionaux d'organisation des soins) et bien sûr cela dans un objectif de diminution des dépenses publiques (ARS = bras armé du gouvernement). Et leur stratégie consiste à déposer des dossiers d'implantation ou d'équipement là où ceux-ci font défaut et là où le secteur public est absent.

Aujourd'hui, avec la mise en place des GHT (groupements hospitaliers de territoire) en application de la loi Touraine, les hôpitaux publics regroupés dans ces GHT vont devoir mutualiser leurs moyens au travers de filières de soins. Cet objectif, non avoué, va avoir pour conséquences inévitables la suppression d'activités dans les établissements, activités jugées redondantes ou peu rentables, réduisant ainsi les capacités d'accueil des hôpitaux, éloignant la population des activités de soins de proximité publiques et la diminution des personnels hospitaliers. Cela va répondre aux exigences du pacte de responsabilité en imposant des réformes structurelles et privilégier les structures privées. La montée en puissance de la mainmise du secteur hospitalier commercial sur le système

sanitaire français est plus que préoccupante pour l'égalité d'accès aux soins de proximité et intolérable quand on pense qu'une partie de nos cotisations sociales sert à financer ces établissements et part dans la poche des actionnaires. Bien entendu, nous

sommes opposés à la CGT à cette marchandisation effrénée de la santé et demandons l'interdiction du financement par la collectivité des structures privées commerciales, et le développement d'un grand service public de la santé.

Document

Programme du Colloque international des 23 & 24 novembre 2017

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples

Jeudi 23 novembre

Matinée :

9 heures : Accueil

9 heures 30 : discours d'accueil par M. Michel Maso, directeur de la Fondation Gabriel Péri

9 heures 40 : Introduction générale par le D^r Michel Limousin : Définir ce que nous entendons par un droit à la protection sociale

10 heures : **Présentation des données internationales & diagnostic par M^{me} Valérie Schmitt, Direction générale du département protection sociale de l'Organisation internationale du travail (Genève)**

10 heures 45 : questions de la salle / réponses de l'OIT

10 heures 55 : pause-café

11 heures 15 : **Table ronde animée par M^{me} Blandine Destremau**, directeur de recherche au CNRS
Thème : **Etat des lieux : les éléments qui contrarient le droit à une protection sociale**
Participants :
Jacques Rigaudiat (magistrat à la Cour des comptes) : *financiarisation et dettes publiques*
Sandra Lhotte : *marchandisation*
D^r Omar Brix (enseignant en santé publique) : *pouvoir des organisations internationales sur les états*
Michel Cibot (animateur de Afcdp) : *les dépenses d'armement*
Fabrice Angéi (membre du bureau confédéral de la CGT) : *ubérisation contre salariat et travail non déclaré*

12 heures : échanges avec la salle

12 heures 30 : repas (libre)

Après-midi :

14 heures 15 : **La protection sociale au Japon par le D^r Fujisue, Président de Min-Iren**

14 heures 45 : **La protection sociale comme facteur du développement économique par Frédéric Rauch, Rédacteur de la revue « Économie & Politique »**

15 heures 15 : pause-café

15 heures 30 **Table-ronde animée par le D^r Eric May**, Président du syndicat des médecins de centres de santé

Thème : **Les enjeux de la protection sociale**

Participants :

Thomas Coutrot : *Les enjeux économiques*

M^{me} Lilian Hallsfrench : *Les enjeux sociaux*

Philippe Rio (Président de l'Association des maires pour la Paix) : *Les enjeux de paix universelle*

Jean-Michel Galano (professeur agrégé de philosophie) : *Les enjeux de dignité humaine*

P^r Emmanuel Vigneron (Université de Montpellier) : *Les enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales*

17 heures : échanges avec la salle

17 heures 30 : fin de la première journée

Vendredi 24 novembre

Matinée :

9 heures : Accueil

9 heures 30 : **L'explosion des inégalités de fortune joue contre le droit à la protection sociale de tous les peuples** par M^{me} Monique Pinçon-Charlot & M. Michel Pinçon (directeurs de recherche honoraire CNRS)

10 heures : **La protection sociale en Inde** par D^r Nishant Jain, Advisor, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India

10 heures 30 : **La protection sociale au Maghreb** par le D^r Belgacem Sabri, ancien Secrétaire d'Etat à l'immigration et à l'intégration sociale de Tunisie, Président de l'Association tunisienne de la défense du droit à la santé

11 heures : *pause-café*

11 heures 15 : **Table ronde animée par le D^r Emmanuel Kosadinos, psychiatre syndicaliste**

Thème : **Quels sont les points d'appui pour développer le droit à une protection sociale?**

Participants :

P^r Yann Marec (Université de Rouen) :

le mouvement social et la démocratie

Oxfam : *L'intervention des États*

Alain Bocquet (ancien député) : *La fiscalité*

D^r Eric May : *Les services publics*

M^{me} Blandine Destremau (CNRS) : *Droits des femmes et protection sociales*

Amar Bellal (Revue Progressiste) : *Le*

développement scientifique et technique

12 heures : *échanges avec la salle*

12 heures 30 : *repas (libre)*

Après-midi :

14 heures : **La protection sociale en Grèce à l'heure de la dette** par le D^r Yannis Baskos, Secrétaire d'Etat de la santé publique de Grèce

14 heures 30 : **La protection sociale en Afrique subsaharienne** par le D^r Atchadé, médecin de santé publique

15 heures : *pause-café*

15 heures 15 : **Table ronde animée par le D^r Fabien Cohen**

Thème : **Les axes stratégiques pour une extension du droit à une protection sociale pour tous les peuples?**

Participants :

D^r Michel Limousin : *Présentation de la Déclaration d'Osaka 2015*

X : *Les perspectives d'ensemble : le débat cotisation / fiscalisation*

M^{me} Maryse Montangon : *Pour le droit à une prise en charge à 100 % en maladie*

D^r Omar Brixi : *Les risques de sous-médicalisation et sur-médicalisation*

Bernard Thibault : *Les convergences*

Catherine Perret (membre du bureau confédéral de la CGT) : *Les axes de lutte*

16 heures : *échanges avec la salle*

16 heures 30 : **Synthèse & conclusion par le P^r Alain Supiot (Collège de France)**

Contribution de Laurence Cohen et Christine Prunaud à la Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, 11 avril 2017

Pédopsychiatrie et psychiatrie s'inscrivent dans le contexte général de la politique de santé, donc des choix politiques et budgétaires qui ont été faits, ces 20 dernières années, par les gouvernements successifs. Participer à la « *Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France* » a été une expérience riche, par la diversité des auditions comme par les échanges qui en ont découlé, même si nous regrettons que le « Collectif des 39 » n'ait pas été reçu malgré nos insistances.

Notre travail s'inscrit dans un contexte de fortes turbulences, tant l'hôpital public est en souffrance et la psychiatrie encore plus. Tenir compte de la gravité de la situation et surtout du cri d'alarme poussé par les personnels soignants, toutes catégories confondues, est un impératif pour nous. Nous regrettons donc que la mission n'ait pas acté une véritable rupture avec les politiques menées jusqu'à présent, et notamment avec les restrictions budgétaires drastiques infligées à l'hôpital. Si nous soutenons les propositions de la mission qui vont dans le sens d'un meilleur accompagnement, une meilleure répartition territoriale des pédopsychiatres, et l'investissement dans la recherche en santé mentale, nous regrettons le manque d'ambition des préconisations.

« La pédopsychiatrie, le tiers-monde dans la République » ⁽¹¹⁾

Alors que la psychiatrie française a toujours été le fer de lance de pratiques innovantes, hors les murs, favorisant la coopération entre tous les acteurs - ce que l'on appelle la psychiatrie de secteur - les continuelles réductions des moyens remettent en cause les fondements mêmes de cette discipline. Toutes les personnes auditionnées ont vanté l'importance du lien de proximité pour assurer une aide psychologique à l'enfant qui souffre, pour recevoir sa famille... Toutes ont dit le besoin du temps passé à écouter, mettre des mots sur les maux, un temps long qui ne peut être

comptabilisé. Cette prise en charge psychologique, de qualité, couverte financièrement par l'Assurance Maladie, existe dans les Centres Médico-Psychologiques et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques, pièces maîtresses de la sectorisation.

Or, alors que les demandes explosent, ces structures d'accueils, auxquelles il faut ajouter les Centres de Protection Maternelle Infantile, voient leurs moyens réduits comme peau de chagrin et subissent des regroupements qui, non seulement, les éloignent de leurs patient-e-s mais risquent de provoquer des ruptures de soins. S'offusquer, à juste titre, des temps d'attente trop longs dans ces structures, sans en analyser les causes et proposer des solutions pour y remédier, est vain. Pire, en obligeant les centres d'accueil à travailler à flux tendu, on les pousse à écourter leurs prises en charge pour en accepter de nouvelles. Ainsi, les équipes ne traitent plus que de la crise et non de la souffrance psychique, de ses causes et conséquences. Il faut arrêter de supprimer des postes de psychologues, de psychiatres, d'infirmiers, de paramédicaux... Il faut stopper les fermetures de lits, d'unités de soins, de services de jours en pédopsychiatrie! Ces restructurations, au seul motif économique, ont des conséquences désastreuses. Ainsi, pour illustrer nos propos, ce sont 166 psychiatres et médecins du centre hospitalier Le Vinatier, premier hôpital psychiatrique de France, qui sont mobilisés pour protester contre la "paupérisation globale de l'offre de soins", ou encore leurs collègues de l'hôpital de Vienne, qui dénoncent, entre autres, la fermeture de l'internat séquentiel pour les mineurs qui met les familles dans des situations extrêmement difficiles.

Toutes les réformes subies par la psychiatrie et la pédopsychiatrie, au nom d'une logique gestionnaire, engendrent de grandes souffrances parmi les professionnels de santé qui parlent de perte de sens dans l'exercice de leur métier et vont jusqu'à évoquer un climat de maltraitance à l'égard des patient-e-s et de leurs familles. Alors que la loi santé vante les mérites de l'outil sectoriel, la mise en œuvre des GHT (Groupements hospitaliers de territoire), auxquels nous nous opposons avec l'ensemble de notre groupe,

¹¹ Professeur David Cohen, chef du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Professeur à l'Université Marie-Curie, Président de la sous-section du Conseil National des Universités.

le détruit, de fait, en rompant le lien de proximité, en réduisant et précarisant les équipes. Quelle hypocrisie!

Nous regrettons que la mission n'ait pas fait mention, dans ses recommandations, de la nécessité de préserver l'organisation de la psychiatrie en secteur, en y afférant les moyens indispensables. D'autant que les auditions ont permis de montrer en quoi le cumul des précarités, la fragilisation des repères familiaux et sociaux peuvent aggraver les troubles psychiques chez l'enfant et chez l'adolescent. Ne pas partir des besoins des patient-e-s conduit à réfléchir à des offres de soins à minima. Ainsi, de la reprise, dans la recommandation 20, de la proposition du rapport Laforcade, visant à assurer que la population dispose d'un "panier de soins homogène dans chaque département". L'objection qui nous est faite est de dire que certains départements ne disposant même pas de ce minimum, généraliser ce panier de soins permettrait des progrès. Mais c'est ne pas voir le risque encouru, celui que le panier de soins devienne la norme des soins pris en charge par l'Assurance Maladie. Dans ce cas, les territoires qui bénéficieraient de mesures supérieures à ce que prévoit ce panier de soins verraient la justification de suppressions de moyens, de services rendus. C'est ce qu'on appelle « niveler par le bas ».

En outre, plusieurs propositions semblent ouvrir la porte vers une tarification à l'activité qui, faut-il le rappeler, n'a pas cours en psychiatrie. C'est très inquiétant! Actuellement, l'essentiel des actes de pédopsychiatrie qui sont effectués en CMP, CATTP... ne sont pas tarifés aux patient-e-s et sont financés par le budget global de l'hôpital. D'où l'importance d'arrêter de réduire les budgets des hôpitaux, d'autant que les directeurs d'hôpitaux et d'ARS ont la fâcheuse tendance de diminuer d'abord les ressources à la psychiatrie et singulièrement à la pédopsychiatrie.

Nous sommes favorables, en tant que parlementaires communistes, à ce que ces structures restent en dehors de la T2A. Plus que tout autre discipline médicale, les équipes de pédopsychiatrie n'ont pas besoin de pseudo-évaluations de leurs pratiques, destinées à tout faire rentrer dans des protocoles en vue de codifications, afin de rentabiliser les soins. L'être humain et ses souffrances psychiques doivent échapper à cette vision mercantile. Nous regrettons que la Haute Autorité de Santé soit totalement soumise à une logique de démarche de qualité qui ne vise pas à conduire les équipes à améliorer les soins mais plutôt à les normaliser par des procédures qui réduisent la créativité, l'inventivité

indispensables dans le soin particulier prodigué par un soignant à son patient.

Une vision de la pédopsychiatrie humaniste

En 1982, les D^{rs} Marie et Jean Demay ont proposé, dans leur rapport *Une voie française pour une psychiatrie différente*, « une psychiatrie nouvelle, s'appuyant sur des acquisitions scientifiques contemporaines et refusant toute fonction de contrôle et de ségrégation sociale, doit simultanément :

- *fonder exclusivement sa mission de soins sur la reconnaissance des potentialités dynamiques de chaque personnalité infantile;*
- *assurer une position qui peut apparaître subversive à l'égard des idées dominantes sur la maladie mentale et soutenir dans sa pratique l'idée que tout individu dépend davantage dans son humanité de l'imaginaire, du désir, du langage et des libres rapports interactifs qu'il établit avec le patrimoine social que de ses structures génétiques et biologiques données ».*

Ce rapport, s'il a besoin d'être réactualisé, reste une référence qui mériterait que les pouvoirs publics s'en inspirent. Là réside la vraie innovation au service des besoins des patient-e-s et non en faveur d'une hypothétique offre décidée par des gestionnaires sans compétence médicale et sans lien avec le terrain. La mission première de la psychiatrie est de soulager les souffrances psychiques des patient-e-s en se situant dans l'accompagnement et le soin relationnel et non dans le soin centré sur le traitement des symptômes et la normalisation des comportements.

La particularité de la pédopsychiatrie en France est qu'elle est assurée conjointement par le sanitaire et le médico-social. Malheureusement, cette singularité, enviée dans le monde entier, s'est heurtée aux politiques qui ont été déployées par les gouvernements successifs. Dans un contexte de crise économique, la pédopsychiatrie a connu une régression sans précédent en termes de moyens financiers et humains mais également en termes d'idées innovantes. Les lois sécuritaires ont, malheureusement, fait passer la psychiatrie d'un dispositif sanitaire au service des malades à un dispositif de contrôle social. Il est temps de redresser la barre!

Parce que nous sommes profondément humanistes, nous sommes attaché-e-s au respect de la personne. Aussi, face à la souffrance psychique, sommes-nous fondamentalement favorables à la prise en charge

des sujets dans leur entité. Il est nécessaire, par conséquent, de préserver et de renforcer l'organisation de la pédopsychiatrie en secteur qui repose sur une pluridisciplinarité des équipes et un véritable partenariat, ce qui nécessite de reconnaître la compétence de tous les professionnels et de revaloriser leur statut. Mais il est important de définir ce que l'on entend par partenariat. Il s'agit pour nous d'organiser une véritable coopération afin que le patient puisse être pris en charge en même temps par le médico-social, le social et la pédopsychiatrie. Sinon, ce que la loi santé appelle coopération n'est en fait que le séquençage et la segmentation de la prise en charge.

Séquençage parce que la prise en charge serait découpée en fonction de l'intensité des troubles et de leur évolution. Des séquences de crises alternant avec des séquences de rémission partielle ou complète, chaque séquence, considérée comme une entité en soi ne nécessiterait pas d'être mise en perspective dans l'histoire du sujet et de sa maladie. Le soin devient alors exclusivement symptomatique et non plus psycho-dynamique, ce que tous les professionnels s'accordent à rejeter.

Segmentation, parce qu'à chaque séquence de la maladie, correspondrait un type de prise en charge en fonction de l'intensité des troubles dans la séquence (séquences de crise = psychiatrie; séquence de rémission avec troubles importants = médico-social; séquence de rémission = social ou famille!).

Notre conviction, forgée sur les auditions mais également sur les rencontres dans nos départements respectifs, nos soutiens aux luttes qui se multiplient un peu partout sur le territoire, est qu'il est impératif de renforcer une politique de santé mentale centrée sur la personne, ici sur l'enfant et l'adolescent, reposant sur 2 axes intimement liés, la prévention et le soin. Les moyens des structures d'accueil des mineurs doivent donc être garantis et les subventions aux centres de Protection Maternelle Infantile (PMI), aux centres

Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et aux centres Médico-Psychologiques (CMP) préservées et valorisées. Parallèlement, des mesures sont à prendre sans attendre. Ainsi, il faut augmenter le nombre de pédopsychiatres en supprimant le *numerus clausus*, et en créant les conditions pour organiser des enseignements de pédopsychiatrie dans chaque université de médecine. De plus, nous sommes favorables au rétablissement de l'internat en psychiatrie et concernant les infirmiers, nous soutenons l'organisation d'une formation qui s'articule sur un tronc commun pour toutes et tous avec un système de choix d'options parmi lesquelles la psychiatrie.

Nous pensons également qu'il faut suspendre, sans plus attendre, les enseignements donnés à l'Université par les laboratoires pharmaceutiques afin d'éviter tout conflit d'intérêt. Nous soutenons, dans le même mouvement, la création d'un Institut de recherche de santé mentale.

Enfin, une pédopsychiatrie humaniste doit s'accompagner d'une véritable démocratie sanitaire qui permette aux familles, aux représentant-e-s du personnel, aux représentant-e-s des « usagers », aux élu-e-s locaux et nationaux de participer aux prises de décision des établissements.

Cette liste n'est pas une liste à la Prévert, elle s'appuie sur les besoins des patient-e-s et des professionnels de santé qui, pour être satisfaits, auront besoin de nouveaux financements, ce que nous proposons à chaque PLFSS. Tout est une question de volonté politique. En conclusion, nous soutenons, comme le propose le Collectif des 39, la mise en œuvre d'une loi-cadre en psychiatrie, avec en son sein la pédopsychiatrie. Une psychiatrie humaniste qui place l'individu au cœur du système de soins, organisée en secteurs contre la logique des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et celle des fusions de CMP et CMPP, tel est notre apport singulier à la fin de cette mission.

Lettre de l'ensemble des organisations syndicales de retraités au Président de la République

NDLR : nous donnons ici ce document car il exprime une synthèse parfaite des problèmes que va poser aux retraités la nouvelle politique de Macron.

Paris, le 19 mai 2017

Monsieur Emmanuel MACRON
Président de la République
Palais de l'Élysée
55 rue du Faubourg Saint Honoré
75008 Paris

Monsieur le Président,

Les citoyens et citoyennes de ce pays viennent de se prononcer et de vous élire à la présidence de la République.

Au cours de la campagne qui a précédé, vous avez fait parvenir aux organisations de retraités, par courrier du 18 avril 2017, les orientations qui seraient celles de votre gouvernement concernant les retraites. Nous vous en remercions.

N'ayant pas souhaité interférer dans la campagne électorale, nous avons différé une réponse qu'il est maintenant utile de porter à votre connaissance.

Depuis 4 années, nos organisations mènent une campagne pour informer les pouvoirs publics, les médias et la population des attentes et préoccupations des retraité-e-s.

Comme vous le soulignez, la génération actuelle a (re)bâti la société dans laquelle nous vivons. Si elle a « *participé aux avancées sociales* », c'est aussi qu'elle a travaillé dur pour les obtenir et les financer par son travail : nulle gratification dans cet état de fait mais la contrepartie de l'effort fourni.

Pour nos organisations, cette contribution au redressement du pays en 1945 et après s'est concrétisée dans le socle social représenté par la Sécurité sociale et le système des retraites fondé sur la répartition à prestation définie. Chacun reçoit selon ses besoins, cotise selon ses moyens, ce qui permet l'acquisition de

droits sans les cotisations correspondantes (maternité et éducation des enfants, précarité, réversion, etc.).

Nous sommes donc particulièrement attachés à la retraite par répartition à prestation définie et à la solidarité intergénérationnelle, répartition dont les conditions sont connues (taux de remplacement, années de cotisations, âge légal de départ à la retraite) pour faire en sorte que l'appartenance à une génération donnée n'empêche pas l'exercice de la solidarité des autres générations à son égard.

Nous ne voulons pas d'un système par répartition à cotisations définies (dit système à point) qui s'apparente au système suédois. Pour rappel, le 1^{er} ministre suédois déclarait en février 2012 que les actifs devraient travailler jusqu'à 75 ans s'ils voulaient bénéficier du même niveau de retraite qu'en 2011.

Nous sommes également attachés à la reconnaissance de la place et du rôle des retraité-e-s dans la société actuelle. Pour nos organisations, il ne peut s'agir d'un simple appel d'ordre compassionnel, mais de la reconnaissance du statut social du retraité lié à son passé de salarié et du rôle social, familial et économique des 16 millions de retraités. Les retraités ont du temps libre, il est vrai. Mais un rapport du COR (13^e rapport 2015) établissait que les retraités apportent, en temps, près de 40 % de l'aide apportée par l'ensemble de la population à d'autres ménages. Ils sont aussi très investis dans le mouvement associatif et politique,

particulièrement au niveau municipal, dans le cadre de l'intérêt général de la Nation. Les retraités continuent ainsi de contribuer à la création de richesses « dont la valorisation économique pourrait représenter jusqu'à l'équivalent de 1,2 % du PIB », estime le COR.

Enfin, nos organisations sont très sensibles aux questions liées à la fin de vie et au maintien de l'autonomie et à la compensation de la perte de celle-ci. Que le choix d'un maintien à domicile ou de l'accueil en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) relève des personnes et de leur famille, nous ne le contestons pas : encore faut-il que ce choix puisse se faire librement, sans être dicté par des considérations purement économiques et budgétaires. Le fait que la partie « Établissements d'accueil » ait été retirée de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement aura des conséquences dans l'avenir quand on sait qu'il nous faudra 540 000 places supplémentaires d'ici 2040 selon une étude du CREDOC.

Aussi, Monsieur le Président, souhaitons-nous évoquer quelques-unes de nos revendications, en les accompagnant de demande d'éclaircissements sur certains points de votre programme.

► **Reconnaître la place des retraité-e-s** c'est créer un lieu permettant le dialogue et la concertation avec les organisations syndicales de retraités.

► **Nous rappelons que les retraites et pensions n'ont pas été réellement revalorisées** depuis 4 ans et plus. Ceci questionne sur l'intention réelle des pouvoirs publics en matière de pouvoir d'achat des retraités.

Vos propositions entraîneraient une baisse des pensions pour tous les salariés retraités et qui affecterait principalement les femmes puisque celles-ci cotisent moins que les hommes en raison des inégalités de salaires dont elles sont victimes durant leur carrière.

Diminuer le financement des retraites alors que les évolutions démographiques attestent d'une augmentation du nombre de retraités, cela signifie sans ambiguïté la baisse des pensions.

Nous demandons, la revalorisation des pensions au 1^{er} octobre 2017 et le retour au 1^{er} janvier de chaque année ainsi que le rattrapage du pouvoir d'achat perdu.

► **Les organismes officiels comme le COR et le Comité de suivi des retraites ont confirmé le caractère inéluctable de la baisse du pouvoir d'achat** des retraités si rien n'est fait.

Nous demandons l'indexation des retraites et pensions sur l'augmentation du salaire annuel moyen et non plus sur l'inflation, ce qui a conduit à accélérer le décrochage du pouvoir d'achat des retraités.

► **Monsieur le Président, nous souhaitons exprimer notre désaccord sur la proposition consistant à augmenter, pour 60 % de retraités, de 1,7 point la CSG, qui est un impôt**, pour compenser les baisses de cotisations salariales. C'est, si l'on comprend bien, en prenant dans la poche des retraités que l'on pourrait redonner du pouvoir d'achat aux actifs. C'est oublier que les personnes en retraite depuis plusieurs années ont subi une baisse des revenus, sous le double effet du gel des pensions et de l'augmentation de leur fiscalité spécifique.

Ajouter 1,7 % de contribution sociale généralisée aux 0,3 % de la CASA, à la suppression de la 1/2 part et à la fin de l'exonération des majorations familiales va faire bondir encore une fois la pression fiscale sur les retraités, à rebours de la promesse de protection de leur pouvoir d'achat. C'est ignorer que les retraités contribuent largement, quand ils le peuvent, aux dépenses de leurs enfants et petits-enfants et que les priver d'une partie de leur pension n'améliorera pas leur situation. C'est négliger aussi que la CSG, contrairement aux cotisations, n'ouvre aucun droit en contrepartie. Enfin, c'est négliger que cet impôt est largement supporté par les salarié-e-s, actifs ou non, sachant que depuis la mise en place de la CSG en 1991, la part de la cotisation dans le financement de la sécurité sociale est passée de 86,8 % à 67,3 % alors que la part de l'impôt incluant la CSG est passée de 4,9 % à 28,6 %. Et rappelons qu'en plus, au 1^{er} janvier 2015, 400 000 retraités assujettis au taux réduit de 3,8 % de la CSG ont été alignés au taux de 6,6 % et pour ces retraités se rajouteront les 1,7 % de CSG.

La suppression partielle de la taxe d'habitation pour les couples percevant moins de 3 800 € mensuels ne nous paraît pas une bonne mesure, d'une part parce que la taxe reste profondément inégalitaire selon les communes et les quartiers d'habitation, d'autre part car elle risque de porter

atteinte aux capacités des localités pour investir et développer les services publics. Nous préférons une juste taxe d'habitation basée sur la valeur locative actuelle (et non celle de 1970), tout en maintenant les exonérations actuelles.

S'agissant de l'aide à l'autonomie, nos organisations considèrent que les pouvoirs publics doivent permettre le libre choix pour les personnes et leur entourage. Actuellement, le manque de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est avéré, de même que l'insuffisance du financement du secteur et de la valorisation des professions médico-sociales. D'autre part, il est scandaleux de faire supporter aux familles le financement de la perte d'autonomie notamment par la vente du patrimoine lorsqu'il existe et de privilégier le recours à l'assurance privée individuelle.

Ceci limite donc sévèrement le choix de l'accueil institutionnel. Quant aux services à domicile, le financement laisse également à désirer du fait de la faiblesse de l'APA, alors même que le secteur est – vous le soulignez à juste titre – un réservoir potentiel d'emplois.

Nos organisations considèrent que l'aide à l'autonomie devrait être prise en charge par la Sécurité sociale, par une extension du domaine de l'assurance-maladie. Et elles revendiquent un nouveau modèle économique du secteur basé sur les principes du service public.

En matière de santé, pour les soins essentiels nous voulons que la prise en charge soit réalisée dans le cadre de la Sécurité Sociale. Nous craignons que « ces risques essentiels » ne soient pris en charge que par les mutuelles. De trop nombreux retraités sont dans l'impossibilité de se payer une mutuelle.

Voici, Monsieur le Président, nos premières réactions à la lecture de votre courrier du 18 avril. Nous sommes naturellement à votre disposition

pour débattre plus en détail de la situation des retraités, en remarquant d'ailleurs, que le « **R** » du mot « *retraité* » a disparu du titre des institutions intéressées à notre situation : HCFEA au lieu du CNRPA, CDCA au lieu des CODERPA, ... signe sans doute de l'importance qu'on ne prête plus à ceux qui représentent pourtant 25 % de la population.

En espérant que ces observations retiennent votre attention, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre haute considération.

François Thiéry-Cherrier
(UCR-CGT,

263 rue de Paris, 93515 Montreuil cedex)

Didier Hotte
(UCR-FO,

141 avenue du Maine, 75680 Paris cedex 14)

Jacqueline Valli
(UNAR-CFTC,

128 avenue Jean Jaurès, 93697 Pantin cedex)

Daniel Delabarre
(UNIR CFE-CGC,

59 rue du Rocher, 75008 Paris)

Marylène Cahouet
(FSU,

104 rue Romain Rolland, 93260 Les Lilas)

Gérard Gourguechon
(UNIRS-Solidaires,

144 boulevard de la Villette, 75019 Paris)

Michel Salingue
(FGR-FP,

20 rue Vignon, 75009 Paris)

Francisco Garcia
(Ensemble & Solidaires - UNRPA,
47 bis rue Kléber, 93400 St-Ouen)

Jacques Sanchez
(LSR,

263 rue de Paris, 93515 Montreuil)

Réalisation, Impression :



Dépôt légal : août 2017

