



# CAHIERS

Les cahiers de santé publique  
et de protection sociale

*Publication de la Fondation Gabriel Péri*

N°24  
mars  
2017



# LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

## Rédaction

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

## Comité de rédaction

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

## Comité de lecture

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

## SOMMAIRE

### *Éditorial:*

---

Dépakine : les leçons d'une catastrophe Par le Dr Michel Limousin .....	Page 7
--	--------

### *Articles:*

---

Jean Reigner (1920-2017) Par le Dr Joël Le Corre, Successeur de Jean Reigner au Blanc-Mesnil (de 1985 à 2008) .....	Page 10
Les politiques de financement des soins de santé en Afrique Par le Dr Félix Atchade .....	Page 13
La recherche en soins primaires, un enjeu politique Par le Dr Alain Beaupin, Secrétaire général de l'Institut Jean-François Rey .....	Page 17
Coût du capital ou coût du travail ? Par M. Frédéric Boccara .....	Page 21

### *Le dossier : propositions pour 2017*

---

Où en sommes-nous des débats sur la santé et la protection sociale dans cette élection présidentielle ? Par Mme Maryse Montangon .....	Page 33
Une société pour tous les âges. Par M. Daniel Junker .....	Page 34
La question des retraites dans la Présidentielle de 2017. Par Mme Sylvie Durand .....	Page 38
Autonomie & vieillissement Par M. Claude Chavrot .....	Page 41
Deux ans après le rapport sur les services à domicile Interview de Dominique Watrin, Sénateur communiste du Pas-de-Calais .....	Page 44
Déclinons l'avenir de l'hôpital public Par Mme Evelyne Vander Heym .....	Page 47
Centre de santé/Maison de santé Par le Dr Fabien Cohen .....	Page 49
Le système transfusionnel : défendre l'éthique & refuser la prédominance de l'argent Par M. Jean-Pierre Basset .....	Page 51

Une nouvelle politique du médicament Par le Dr Fabien Cohen .....	Page 52
Réflexions autour des questions que pose le « 100% Sécu» Par le Dr Michel Limousin .....	Page 54
Annexe technique .....	Page 58
100% Sécu : de quoi parle-t-on ? par M. Frédéric Rauch .....	Page 62
Les institutions de prévoyance complémentaire : un modèle à réévaluer Par Mme Sylvie Durand .....	Page 66
<i>Les brèves des Cahiers</i> .....	Page 69

### *Les notes de lecture*

<i>La nouvelle microbiologie. Des microbiotes aux CRISPR</i> Pascale Cossart, Odile Jacob, Paris, 2016, 250 pages, par Evariste Sanchez-Palencia .....	Page 78
<i>Les métamorphoses de l'assurance maladie. Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres</i> par Pascal MARTIN, Presses Universitaires de Rennes, collection Le sens social, 2016, Recension réalisée par Blandine Destremau, CNRS / Iris / EHESS, 250117 .....	Page 78
<i>La santé des populations vulnérables</i> aux éditions Ellipses, publié avec l'appui entre autres de l'Uniopss, de Médecins du monde, du Comede, de la FNCS, du Samu social de Paris, de la fédération des acteurs en solidarité, sous la direction de Christophe Adam, Vincent Faucherre, Pierre Micheletti et Gérard Pascal. ....	Page 80
<i>Merci patron !</i> note critique du film de François Ruffin par Mme Catherine Limousin, ingénieur de recherche honoraire au CNRS .....	Page 80
<i>Le courrier des lecteurs</i> .....	Page 84

### *Document*

Vers une dialecticité générale en philosophie des sciences Par Gilles Cohen-Tannoudji, Laboratoire de recherche sur les sciences de la matière (LARSIM CEA-Saclay) .....	Page 87
La révolution scientifique du complexe et la dialectique matérialiste. Par Mme Janine Guespin, microbiologiste & Professeur honoraire de l'Université de Rouen .....	Page 91

---

# *Éditorial*

---

## Dépakine : les leçons d'une catastrophe

L'antiépileptique Dépakine ou valproate de sodium est commercialisé depuis 1967. Ce produit très largement prescrit dans l'épilepsie avait marqué un net progrès par rapport aux traitements barbituriques antérieurs. Il semblait avoir peu d'inconvénients; ceux-ci étaient en fait méconnus. Sa prescription était largement répandue du fait de son efficacité. Ce n'est que des années après que le risque sur le développement du cerveau de l'enfant *in utero*, a été connu. Pourtant la prescription chez les femmes enceintes a continué. Ainsi sont nés par milliers des enfants ayant des troubles neurologiques et mentaux. Aujourd'hui les familles de façon légitime réclament justice et indemnités.

Cette situation nous conduit à plusieurs réflexions :

Tout d'abord notre pays ne dispose pas d'un système public de surveillance des effets indésirables des médicaments et plus généralement d'un système de surveillance de l'état de santé de la population. C'est une question de culture; les pays anglo-saxons sont bien plus en avance que nous dans ce domaine. Or lorsque les risques sont faibles statistiquement, ils sont difficiles à repérer. Et ceci d'autant plus que la manifestation pathologique secondaire survient très à distance de la prescription. Ce n'est pas un médecin isolé qui peut les détecter. La mesure à prendre est donc la mise en place d'un service public performant dans ce domaine car d'autres drames apparaîtront si on n'y prend garde. C'est bien une responsabilité publique. Une mutualisation au niveau européen pourrait trouver un intérêt.

La deuxième remarque porte sur la responsabilité du laboratoire produisant et commercialisant ce médicament. Il est de sa responsabilité de collecter les effets indésirables, de les traiter, et de les utiliser. On peut douter qu'il l'ait fait. Ce n'est qu'en 2006 que les médecins ont été informés de la situation. La recherche effrénée des profits tend à minimiser les efforts dans ce domaine; le risque est grand de voir le laboratoire s'endormir sur son succès commercial et de préserver d'abord sa rente. Ainsi se pose la question de savoir depuis quand le laboratoire a eu connaissance du risque et de savoir s'il a préalablement fait les efforts nécessaires pour l'identifier. On ne voudrait pas imaginer qu'il ait caché volontairement l'information...

La troisième remarque est que ce ne sont pas les pouvoirs publics ou la profession médicale qui ont mis en avant ce drame et porté la défense des victimes devant les tribunaux. C'est une association de famille de malades. En cette affaire les malades n'ont pu que compter sur eux-mêmes. Cela mérite respect, considération, et nécessite qu'une démocratie sanitaire nouvelle s'instaure dans le pays donnant une place à ces associations dans le système de santé. La vie en vase clos des professions de santé est une impasse. La responsabilité de l'État est de donner à ces associations les moyens de vivre, de se former et de les inscrire dans les processus de décision et de contrôle.

La quatrième remarque est que les médecins prescripteurs ne peuvent attendre que les laboratoires pharmaceutiques leur transmettent les informations nécessaires. Ils doivent se former dans un cadre indépendant et éthique. Il est regrettable que l'organisme public de formation et de développement professionnel (OGDPC) continu créé en 2009 (Loi Bachelot) et modifié en 2017 (ANDPC, Loi Touraine) ait vu ses crédits diminuer de moitié et les obligations de formation des professionnels de santé abaissées. **Une erreur de prescription, c'est un enfant handicapé à vie.** Les économies irresponsables réalisées sur ces formations seront suivies de coûts faramineux, sans compter la souffrance humaine. Ces économies sont une honte.

Cinquième remarque: comment se fait-il que la Sécurité sociale ne diffuse pas à toutes les femmes enceintes une liste de tous les médicaments dangereux pendant la grossesse ? Une liste détaillée avec les préconisations afférentes. On connaît le nom de toutes les femmes enceintes. Pourquoi ne pas diffuser l'information et attendre que les médecins le fassent ? Ce serait facile, peu onéreux et très efficace.

Enfin l'industrie pharmaceutique a obtenu l'autorisation de vente libre (sans prescription médicale) de nombreux produits ces dernières années. On voit fleurir à la télévision des publicités. Ce n'est pas raisonnable. Des autorisations ont été données trop largement. Par exemple on voit l'Ibuprofène distribué *largamane*. On ouvre là pour des raisons commerciales et sans but médical des risques insensés. Il faut y mettre fin.

Pour la Dépakine, maintenant l'affaire est devant les juges. Espérons que la justice ne laissera pas trainer les dossiers car l'affaire du Médiateur nous a donné l'expérience de la capacité de l'industrie pharmaceutique à utiliser les méthodes procédurales.

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

---

# *Articles*

---

## Jean Reigner (1920-2017)

Par le Dr Joël Le Corre

Successeur de Jean Reigner au Blanc-Mesnil (de 1985 à 2008)

Cela fait bien longtemps que Jean Reigner n'arpentait plus, de sa silhouette élégante et austère, les travées des congrès nationaux des centres de santé. Jean est mort le 27 janvier 2017, à Olonne sur mer, dans cette Vendée qui l'avait vu naître il y a quatre-vingt-seize ans.

En 1999, dans les cahiers de la revue *Prévenir*, il avait livré quelques éléments de sa biographie: je suis Vendéen, né en 1920 à la Roche-sur-Yon, d'une famille d'origine très modeste, artisans, paysans, très ancrés dans le Poitou-Vendée. Mon père était employé des chemins de fer, franc-maçon et j'ai commencé mes études de médecine à Nantes, en 1939, par vocation. J'avais toujours voulu être médecin. J'ai du les interrompre en 1943, car la Gestapo est venue pour m'arrêter et j'ai du filer. J'étais lié à différentes organisations résistantes. Militant du mouvement des Auberges de Jeunesse, Jean utilise cette couverture pour aider les réfractaires au STO, leur procurer de faux papiers et les exfiltrer vers les réseaux de résistance. Il est finalement arrêté en 1944 et déporté au camp de Neuengamme d'où il sortira en 1945. Il achève ses études de médecine en 1947 et trouve un poste au dispensaire municipal du Blanc-Mesnil en 1948.

Singulière aventure que celle de la santé dans les municipalités ouvrières de la périphérie de Paris, où des maires précurseurs, soucieux de l'intérêt général, conseillés par les médecins salariés qu'ils avaient recrutés, ont développé des services dans presque tous ses champs. Comme l'a dit l'historien Lion Murard, du CNRS, à propos des institutions sanitaires françaises depuis le 19<sup>e</sup> siècle *chaque fois les vrais acteurs auront été les villes qui toujours eurent l'initiative de l'invention et obligèrent à la longue la puissance publique à thésauriser le résultat de leurs efforts.*

Dans ce domaine Blanc-Mesnil a aussi apporté à l'Histoire. Jean Reigner était le disciple de Robert Henri Hazemann théoricien de la santé publique, formé aux États Unis, créateur en France du concept de centre de santé, médecin chef des services de santé de la ville de Vitry sur Seine puis haut fonctionnaire sous divers gouvernements. Marqué par ses travaux,

Jean Reigner, dans un contexte favorable, amplifie fortement le travail déjà entrepris par celui qui l'avait précédé dans la ville, le Dr Moïse Kaplan, premier médecin chef, disparu durant la seconde guerre mondiale. En 1949, le Centre médico-social du Blanc-Mesnil, en Seine et Oise, réunit la caisse locale de Sécurité sociale, les permanences des assistantes sociales, les services du dispensaire (médecine générale, service dentaire, radiologie, spécialistes divers, etc.), le centre de Protection maternelle et infantile, les examens de santé et de dépistage de la Sécurité sociale. *Pour moi, confie-t-il à Dominique Durand, le centre de santé est un établissement polyvalent, permettant la mise en place et l'essor d'une médecine moderne. L'accueil en un seul lieu, un dossier médical commun et le tiers payant. Ajoutons le travail en réseau. Le centre de santé est un outil qui permet d'améliorer l'accès aux soins pour tous. Pour les collectivités gestionnaires, le centre doit améliorer non seulement la santé des habitants de la commune mais participer à l'amélioration du bien-être des administrés au même titre que les colonies de vacances, les centres aérés. C'est pourquoi se sont développés, autour des centres, la planification familiale, où les centres ont joué un rôle pionnier, les PMI, les études de périnatalité, le dépistage des tumeurs, la préparation à l'accouchement, les programmes de santé bucco-dentaire, les consultations anti-tabac, les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, la toxicomanie.*

Fort de cette expérience, Jean Reigner va s'emparer de tous les leviers possibles à l'échelon national pour défendre sa vision de la santé publique et de l'exercice médical, que ce soit les syndicats médicaux, le Comité national de Liaison des Centres de Santé, le Congrès National des Centres de santé, l'Institut Renaudot.

En effet, il ne va pas perdre de temps. Nommé Médecin chef à 28 ans, en 1948, il est élu Secrétaire général du Syndicat national des médecins de dispensaires en 1950, puis président de l'Union des syndicats de médecins de centres de santé (soins et prévention) en 1963. La même année, il organise au sein de la Confédération des syndicats médicaux français, l'Union confédérale des médecins salariés dont il sera longtemps le secrétaire général. En 1952, il crée

le Comité de liaison des dispensaires et centres de santé qu'il préside jusqu'en 1991. Il fondera l'Institut Renaudot en 1982. Homme de dossiers et de synthèse, très au fait de l'actualité de la médecine dans ses mouvements internes et ses rapports avec les institutions, il est l'interlocuteur des principales organisations médicales et des pouvoirs publics. Remarquable lobbyiste, il occupe tous les terrains que la pratique qu'il défend délimite. La revue *Le centre de santé*, lancée en 1954, puis les Congrès nationaux des médecins de dispensaires et centres de santé, à partir de 1961, véhiculeront sa pensée et celle de l'équipe réunie autour de lui ; ce seront aussi des lieux de débat sur la médecine et son avenir. Le Syndicat, le Comité de liaison constituent indéniablement une école dont il est le chef de file incontesté.

*Je n'ai jamais eu de vocation pour la médecine libérale, le paiement à l'acte ne me plaisait pas* confiait-il à Dominique Durand le 16 février 1999. Fort de ses liens avec le professeur Marc Nédélec, autre nantais résistant, et théoricien de la médecine de groupe, Jean Reigner a pensé que les centres de santé pouvaient être une alternative à la médecine libérale telle que l'avait définie la charte de 1927. N'allons nous pas assister à une substitution de la médecine d'équipe gérée par une collectivité publique ou privée, avec tiers payant et rémunération fixe, à la médecine individuelle avec entente directe et rémunération individuelle ? se demande-t-il en introduction au premier congrès du Syndicat des médecins de centres de santé. L'année suivante, en 1962, en conclusion du 2<sup>e</sup> congrès national, sur le thème « La médecine de groupe et d'équipe dans le cadre des centres de santé » il en vient à une vision moins radicale : *la période qui précédait les ordonnances de 1960 est donc close... La concurrence entre la médecine libérale et la médecine exercée en centres de soins gérés par les collectivités se fera donc sur le plan de la qualité des soins et même tendra à disparaître, compte tenu de l'aspect complémentaire des centres de santé par rapport aux praticiens et même aux cabinets de groupe ou d'équipe.*

Structures alternatives ou complémentaires ? La question n'a pas cessé de se poser. Elle va délimiter les positions respectives des médecins des Centres de santé municipaux et celle des médecins des Centres mutualistes dont le leadership est assumé par Jean François Rey. Pour celui-ci, *d'entrée de jeu, les centres de santé des Bouches-du-Rhône se sont construits avec l'ambition de proposer une alternative globale à l'exercice libéral de la médecine, tout en conservant, de cette pratique, les fondements qui en ont fait la valeur... le secret médical et*

*le libre choix du médecin par son patient.* Pragmatique, connaissant bien la sensibilité des élus aux équilibres locaux et fréquentant la frange la plus progressiste des médecins libéraux de la CSMF, comme Jacques Monier ou William Junod, Jean Reigner ne plaidera pas l'affrontement. Il opte pour la complémentarité des Centres de santé municipaux, laissant la permanence et la continuité des soins aux dispositifs *ad hoc*, essentiellement assurés par l'hôpital et le secteur libéral. En ce sens, il se rapproche des idées de Robert Henri Hazemann sur *l'Hygiène Sociale des Villes* et de la position de Fernand Goulène, médecin chef du Centre de santé d'Argenteuil pour lequel, les relations entre l'hôpital de secteur et le Centre de santé *préfigurent le noyau de l'organisation sanitaire de demain, avec un hôpital central et des polycliniques décentralisées où seront assurées les investigations cliniques et les soins pour les malades ambulatoires.* Les options des mutualistes des Bouches-du-Rhône sont plus en adéquation à ce moment, avec ce que proposera la déclaration d'Alma Ata de 1978 : les soins de santé primaires, compris comme étant à la fois un programme d'actions, un échelon de soins, une stratégie de réorganisation des systèmes de santé et une philosophie de la santé orientée vers la justice sociale. Jean Reigner n'était pas dupe cependant de la fragilité d'établissements gérés par des communes dont les compétences en santé restent limitées. Il l'évoque dans l'interview de 1999<sup>(1)</sup> : *dans mon esprit, j'en arrive à me demander si la formule actuelle et réglementaire des centres de santé dépendant de municipalités est la mieux adaptée ? Ne faudrait-il pas aller vers une formule donnant plus d'autonomie fonctionnelle aux centres ?*

Mais *il y a plusieurs demeures dans la maison du père.* Au sein du Comité de liaison, avec son art de la synthèse, Jean Reigner va rassembler des acteurs aussi différents que sont les animateurs des Centres de santé municipaux, mutualistes ou associatifs, aux fins d'être les interlocuteurs incontournables des pouvoirs publics pour la reconnaissance des établissements et de leurs missions, et l'octroi des moyens nécessaires à celles-ci. Les arguments mis en avant sont la complémentarité, voire la subsidiarité territoriale, l'accès aux soins facilité par le tiers payant, l'unité de lieu, le dossier médical unique, le salariat des praticiens, l'offre globale de soins de qualité, de première et de seconde ligne, d'activités préventives et d'éducation pour la santé, les économies induites. La pugnacité et la constance dans

<sup>1</sup> Vous pouvez retrouver ces textes dans le livre publié au Temps des Cerises : « Jean-François Rey, *Penser la santé* », recueil de textes sous la direction de Michel Limousin, novembre 2015.

l'action finiront par porter leurs fruits : à partir de la loi du 3 janvier 1985 qui supprime les abattements de tarif qui frappaient les dispensaires depuis 1960, une série de textes reconnaissent les Centres de santé et les encadrent.

En 1982, Jean Reigner crée l'Institut Théophraste Renaudot, le pendant de l'Institut de recherche appliquée en prévention et économie de la santé (IRAPES), créé par les mutualistes de Provence. Initialement il s'agissait de susciter, voire de conduire des recherches en médecine sociale et d'assurer de la formation. Ce n'est que plus tard que l'Institut Renaudot, sous la présidence de Marc Schoene s'attachera particulièrement à la santé communautaire.

En 1985, il prend sa retraite de médecin directeur de la ville du Blanc-Mesnil, tout en continuant d'assumer ses responsabilités au sein du Comité national de liaison qu'il quittera en 1991.

Que retenir de l'œuvre de Jean Reigner ? Il aura été médecin, politique et stratège. Si sa vision d'un système de santé est celle d'un planificateur, très inspiré des travaux d'Hazemann et de son expérience urbaine, il est ouvert à d'autres idées, aux promoteurs desquelles il s'allie. Il est à l'origine du cadre institutionnel dans lequel évoluent aujourd'hui les Centres de santé en France, par la mise en place d'organes de concertation et de pression que sont les syndicats, le Comité de liaison, le Congrès national, la revue *Le centre de santé*, l'Institut Renaudot, et par l'obtention de textes légaux et réglementaires qui codifient la pratique. Il aura été un syndicaliste, portant les combats au sein même de la profession, défendant avec d'autres le salariat médical devant des praticiens libéraux hostiles, arc-boutés sur une conception très crispée de l'indépendance professionnelle.

Très discret sur sa vie en dehors du travail, Jean Reigner aimait à se retrouver chez lui, dans sa belle maison dessinée par André Lurçat, en bordure de la forêt de Montmorency. Il se livrait là à l'entretien de son domaine, au jardinage, à la lecture. Il aura survécu à son épouse Geneviève, à ses compagnons de route, Etienne Gatineau Saillant, Georges Godier, Lazar Katz dit Victor Lafitte, Claude Meyroune, Aline Pagès, Jean François Rey, Elsa Rustin.

Jean Reigner était chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'ordre national du Mérite, croix du combattant volontaire de la Résistance, croix du com-

battant, médaille de la Résistance française, médaillé de la déportation pour faits de Résistance.

# Les politiques de financement des soins de santé en Afrique

Par le Dr Félix Atchade

N.D.L.R. : Le Dr Félix Atchade est spécialiste en santé publique et en Éthique médicale. Il est le Directeur Exécutif du Centre de Recherche sur le Développement Humain (CREDHU)<sup>(2)</sup>. Il est Président du Groupe médical de la Section sénégalaise d'Amnesty International. Enfin il est l'auteur de « Radioscopie d'un système de santé africain : le Sénégal », Paris, L'Harmattan, 2013, 248 p. ISBN 978-2-343-00269-9 (Collection Études africaines).

## Introduction

L'Afrique n'échappe pas une tendance mondiale : les débats questionnant les politiques de financement des soins de santé (Brunet-Jailly, 2011). En Afrique subsaharienne, ce débat prend une tournure particulière, eu égard au niveau de performance des systèmes de santé qui est loin des standards mondiaux. Que l'on considère l'espérance de vie à la naissance : elle est en moyenne inférieure de 14 ans en Afrique à celle du reste du monde. La mortalité infanto-juvénile est de 101 pour 1000 naissances vivantes en Guinée alors qu'elle est en France de 4 pour 1000 naissances (OMS, 2014). Pourtant, les résultats en matière de santé d'un grand nombre de pays africains se sont améliorés durant les 20 dernières années, notamment ceux qui concernent les maladies transmissibles, maternelles et infantiles les plus répandues. La mortalité maternelle en Afrique a baissé de 27 pour cent au cours des deux dernières décennies, et la mortalité des enfants de moins de cinq ans diminue d'environ 2,5 pour cent par an. Le paludisme en Afrique a reculé de 34 pour cent depuis 2000 et le taux de mortalité dû à cette maladie de 54 pour cent (OMS Afrique, 2016). Ces progrès ont été faits grâce, en partie tout au moins, à la mobilisation internationale à travers diverses politiques désignées par l'expression « Global Health » (Kerouedan, 2013). Mais l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola qui a frappé l'Afrique de l'ouest en 2014-2015 a montré que ces politiques n'ont pas réussi à résorber les insuffisances des systèmes de santé à savoir : un

niveau d'investissement faible, de fortes inégalités géographiques et sociales ainsi qu'une dépendance insoutenable à l'aide pour un grand nombre d'interventions de soins de santé primaires de base (Chabrol, 2014). Le présent article décrit la situation du financement de la santé en Afrique subsaharienne et fait l'économie politique des stratégies mises en place depuis les indépendances dans le secteur.

## Situation du financement de la santé en Afrique subsaharienne

Selon la Banque mondiale, 27 pays sur les 48 que compte l'Afrique subsaharienne sont des « Pays à faible revenu » c'est-à-dire des pays où le revenu national brut (RNB) par habitant inférieur ou égal à 1 025 dollars (Banque mondiale, 2017). La dépense totale de santé (DTS) est une mesure globale reflétant le montant total des fonds disponibles pour la santé provenant de sources publiques, privées et externes et reflétant l'importance des soins de santé dans l'ensemble de l'économie. Les dépenses totales de santé par habitant (DTS / per capita) exprimées en termes de parité du pouvoir d'achat (PPA) en dollars internationaux. Il s'agit d'un indicateur de base des systèmes de financement de la santé. Cet indicateur aide à comprendre les dépenses totales de santé par rapport à la population bénéficiaire, exprimées en parités de pouvoir d'achat afin de faciliter les comparaisons internationales (OMS Afrique, 2016).

Pour 18 pays de la Région la Dépense totale de santé (DTS/ par habitant) est en dessous du seuil minimal de 44 us\$ par habitant préconisé en 2009 par le Taskforce sur Les Financements Innovants des Systèmes de Santé (HLTF).

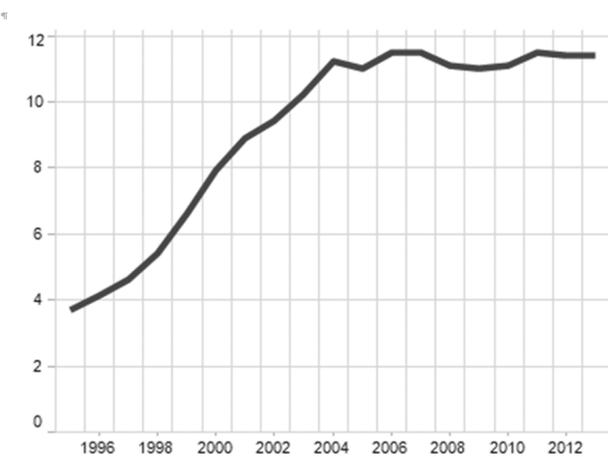
Quand on analyse l'évolution des dépenses publiques et des dépenses totales de santé depuis les années 90, en considérant plusieurs catégories d'indicateurs, notamment la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, ainsi que les dépenses publiques et les dépenses totales de santé par habitant en dollars, puis en dollars corrigés de la parité des pouvoirs d'achat (PPA). Très peu de

2 Le CREDHU est une association loi 1901 qui a pour but de produire du savoir dans le domaine du développement humain pour les pays d'Afrique subsaharienne.

pays atteignent, comme le montre pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne la figure 1, l'objectif adopté lors de la conférence d'Abuja (2001) de consacrer à la santé 15 % de leurs dépenses publiques totales (Musango, 2013).

De plus, les pays africains dans lesquels ce ratio a diminué sont presque aussi nombreux que ceux dans lesquels il a augmenté. En revanche, les dépenses publiques et les dépenses totales de santé en dollars et en dollars PPA ont augmenté dans plus de 80 % des États africains.

**Figure 1 : Évolution des dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales**



Source : OMS, 2015

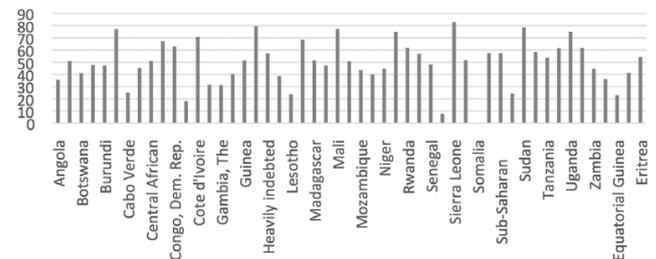
Les niveaux des dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques sont très hétérogènes. Parmi les 46 pays africains sur lesquels porte plus spécialement cette étude, seuls quatre d'entre eux atteignent l'objectif adopté lors de la conférence d'Abuja (2001), de consacrer à la santé 15 % des dépenses publiques totales. Il s'agit de l'Éthiopie, du Swaziland, de la Gambie et du Malawi. Le Burkina Faso qui avait atteint cet objectif a connu ces dernières années une baisse, laissant croire que les dépenses de santé sont les premières à partir d'une diminution des dépenses publiques. La moitié des pays africains allouent à la santé moins de 10 %, et 3 allouent moins de 5 %. L'analyse en termes de dépenses discrétionnaires révèle un panorama d'ensemble très comparable.

Les pays africains ont augmenté leurs dépenses de santé, bien qu'à un rythme variable. Par exemple, le Rwanda a plus que doublé sa dépense (nominale) par habitant en santé sur une période de dix ans, une

grande partie de cette augmentation provenant de fonds externes. En revanche, six pays sont restés en dessous du niveau des dépenses de 20 USD par habitant. Onze pays ont constamment dépensé plus de 44 USD par habitant pendant la même période.

Les écarts entre pays sont considérables. Dans l'ensemble des pays à faible revenu (PFR), le financement privé de la santé égale, voire dépasse très largement, le financement public comme le montre la figure 2.

Dépenses de santé privées en pourcentage des dépenses de santé 2014 [YR2014]



Source : Banque de données de la Banque mondiale

De nombreux pays africains ont une capacité limitée de recettes publiques principalement à cause de la nature informelle de leurs économies. Il existe d'importantes différences entre les pays en ce qui concerne leur capacité à mobiliser des ressources financières publiques. Les pays dont le PIB par habitant est élevé en termes absolus sont capables de dépenser plus, même lorsque leurs dépenses publiques en tant que part de l'économie sont faibles. Ces contraintes limitent les possibilités budgétaires dans de nombreux pays (Musango, 2013).

Selon une étude macroéconomique du Fonds monétaire international (FMI), 20 des 45 pays d'Afrique subsaharienne peuvent être considérés comme des exportateurs importants de ressources naturelles. La situation des finances publiques dans ces pays est très différente de celle des pays qui n'ont pas ou dont les recettes proviennent de ressources naturelles limitées et explique en grande partie les différences d'assiettes fiscales entre ces deux catégories de pays.

Dans la majorité des États membres de la Région africaine de l'OMS, les sources externes représentent moins de 20 % de la DTS. Mais certains pays sont confrontés à des circonstances particulières, comme le Malawi, où le financement des donateurs représentait

toujours plus de 40 % de la DTS entre 2001 et 2010. Le Burundi et la République Unie de Tanzanie ont enregistré une augmentation importante de l'importance relative du financement des donateurs entre 2005 et 2010 - Dans les deux pays, le financement externe est passé d'environ un tiers de la CE à environ 50 % pendant cette période (Musango, 2013).

### **Les politiques de financement systèmes de santé en Afrique, une brève histoire**

La médecine a longtemps été présentée comme le côté noble de la colonisation, mais elle a été aussi et surtout un instrument (Van Lerberghe et De Brouwere, 2000). L'organisation moderne des systèmes de santé en Afrique remonte pour l'essentiel aux années 1920-1930 avec, dans les colonies françaises, une empreinte très marquée du service de santé des armées. Au cœur du dispositif, l'hôpital jouait un rôle essentiel, puis autour s'organisait un réseau d'institutions publiques et privées de soins.

Après les indépendances, les nouveaux gouvernements se sont engagés dans l'extension des services de santé de base dont la très grande majorité de la population était privée. Le principe de gratuité des soins était un des fondements de l'offre publique de soins (Audibert et al, 2004). Dans les années 60, les politiques de santé se définissaient en termes de programmes verticaux privilégiant des stratégies de lutte contre les grands fléaux en négligeant les actions en faveur de la viabilité des organisations qui conçoivent et exécutent ces politiques. L'offre de soins en faveur des populations urbaines a été développée et les grands centres hospitaliers ont joué un rôle important tout en mobilisant l'essentiel des ressources. Au Sénégal, par exemple, pendant les cinq premiers plans de développement, de 1961 à 1981, la partie des investissements consacrée aux hôpitaux a été de 51 à 62 % du budget de la santé publique (De la Moussaye, Jacquemot, 1992).

La déclaration d'Alma Ata en 1978 en faveur des soins de santé primaires ne peut mieux être appréhendée sans tenir compte du contexte historique qui l'a vu surgir. Le contexte historique est celui de la confrontation Est-Ouest où les appels à la justice sociale et à l'équité sont aux premiers plans dans les pays développés comme dans les pays en développement (Walt et Rifkin, 1990).

Ce contexte n'a pas manqué d'influencer l'OMS qui dans sa constitution souligne que « la santé n'est

pas la simple absence de maladie » préparant l'idée que la santé est une conséquence, et une contribution, au progrès social et politique et qu'elle n'est pas seulement le résultat de la disponibilité des services médicaux. Cette idée a fait son chemin dans les instances internationales. « En 1978, les soins de santé primaires sont adoptés par l'Assemblée mondiale de la santé comme représentant l'avenir des soins de santé, incarnant une reconnaissance du concept de bonne santé, fruits de facteurs socio-économiques et de justice sociale. ». Cela marque une rupture par rapport à la période d'avant-guerre, au cours de laquelle les professionnelles de la médecine recherchaient des solutions scientifiques.

La seconde phase, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. C'est ce que l'on a appelé l'Initiative de Bamako. L'initiative de Bamako, adoptée en 1988, se voulait une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires tout en renforçant l'équité d'accès aux soins. Dix ans après, des recherches au Mali et au Burkina Faso ont constaté le fait que cette politique ne s'est pas traduite en un meilleur accès aux services de santé parmi les plus démunis, qu'elle a marginalisé davantage certains sous-groupes déjà très vulnérables au profit d'une plus grande viabilité financière des structures et que Ridde et Girard, (2004).

La troisième phase, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs pour le développement, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers (Letourmy, 2008). La déclaration du Millénaire marque un tournant décisif pour les politiques internationales en faveur du développement. La situation sanitaire des pays du sud est telle que trois des Objectifs du Millénaire pour le développement concernent la santé, outre celui de rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables pour les pays en développement. Mais derrière ces objectifs en apparence louables, se cachent des logiques moins avouables (Brunet-Jailly, 2011). Plus largement, la quasi-absence de systèmes de sécurité sociale pèse, au-delà des conséquences sanitaires, sur les perspectives de développements (OCDE, 2009).

## Conclusion

L'amélioration de la santé des populations africaines est confrontée à de nombreux défis. Les ressources financières qui lui sont consacrées sont insuffisantes mais les augmenter ne suffit pas. Il est essentiel de prendre en considération les priorités de santé, de lutter contre les inégalités de santé et d'accès et de rendre plus efficaces les systèmes.

## Bibliographie

AUDIBERT M., MATHONNAT J., DE ROODENBEKE E. (2004) « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis » *Med Trop* 2004 ; 64 : 552-560

Atchadé, F. (2013) *Radioscopie d'un système de santé africain: le Sénégal*. Paris: L'Harmattan, 2013.

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

Banque mondiale World Bank Country and Lending Groups consulté le 26 mars 2017

<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

BRUNET-JAILLY J. : Le pendule du financement de la santé : du financement au recouvrement des coûts, chapitre 16, p. 227-247, in Dominique Kerouedan (sous la direction de) : *Santé internationale, les enjeux de la santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011

Chabrol, F. "Ébola et la faillite de la santé publique en Afrique." *Revue internationale et stratégique* 96, no. 4 (November 17, 2014): 18–27. doi:10.3917/ris.096.0018.

CNUCED, 2004, *Le développement économique en Afrique, Endettement viable: Oasis ou mirage?*

<http://www.unctad.org/Templates/WebFlyer.asp?intItemID=3246&lang=2>

De la Moussaye, E., Jacquemot, P. (1993), « Politique de santé, les trois options stratégiques », *Afrique contemporaine*, n° 166, p. 15-26.

DUPONCHEL J-L. Bilan des soins des soins de santé primaires *Med Trop* 2004; 64 : 533-538

Kerouedan Dominique, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde » *Émergence de la « global health » en Afrique subsaharienne*, *Revue Tiers Monde*, 2013/3 n°215, p. 111-127.

Lerberghe WV, Brouwere VD. État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne. *Afrique contemporaine*. 2000(195): 175-90.

Letourmy Alain, C.R. *Biologies* 331(2008)

Musango L., et al; "The state of health financing in the African Region" *African Health Monitor Issue* 16, p.9-14

OCDE *Vers croissance pro-pauvres: la protection sociale* (2009), OECD, Paris

<https://www.oecd.org/fr/cad/reductiondelapauvrete/43528735.pdf>

OMS Afrique (2014) *Le rapport sur la santé dans la Région africaine 2014 - La santé des populations: Les mesures efficaces*

<http://www.who.int/sites/default/files/publications/2446/ARHR-2014-fr.pdf>

OMS Afrique (2016) *Atlas des statistiques sanitaires africaines 2016*

<http://www.who.int/sites/default/files/publications/5296/Atlas-2016-fr.pdf>

République du Sénégal. Ministère de santé et de l'Action sociale 2013 *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*

[http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013\\_03\\_Ministere\\_Sante\\_Senegal-Plan\\_strategique\\_dvpt\\_CMU\\_2013-2017.pdf](http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal-Plan_strategique_dvpt_CMU_2013-2017.pdf)

Ridde V., Girard J.-E Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains *Santé publique* 2004, volume 15, no 1, pp. 37-51

Walt Gill , Rifkin Susan, 1990 « Le contexte politique des soins de santé primaires »

In Chabot Jarp et Streefland Pieter (eds) *Expériences depuis Alma Ata*, Amsterdam, Institut Royal des Tropiques, pp.14-22

## La recherche en soins primaires, un enjeu politique

Par le Dr Alain Beaupin, Secrétaire général de l'Institut Jean-François Rey

*Si l'on en croit les auteurs d'un récent ouvrage collectif, les maladies chroniques nous invitent à inventer la 3<sup>e</sup> médecine<sup>(3)</sup>. C'en serait fini de l'hospitalocentrisme. Dans ce modèle, l'exercice regroupé pluriprofessionnel devient la base de la dispensation des soins. Le professionnel devient pour le patient un facilitateur de ses actions et décisions relatives à sa propre santé. D'où partons nous? Comment avancer? Telles sont quelques questions auxquelles sera confrontée la recherche en soins primaires.*

### I - Recherche en soins primaires, un contexte nouveau

Depuis quelques années, les centres de santé sont désireux d'investir collectivement le champ de la recherche. L'étude Epidaure menée avec l'IRDES avait marqué le coup d'envoi de cette démarche, 21 centres de santé s'y étant investis.

#### L'institut Jean-François Rey

L'institut Jean-François Rey (IJFR) a été créé fin 2015 afin de prolonger l'élan. Il capitalise sur une longue tradition de volonté d'innovation sociale, en dehors des chemins académiques. On pense aux travaux militants des équipes de l'expérience mutualiste de Marseille, dont l'action s'est inscrite dans les années soixante-dix au croisement des pratiques de santé et de l'action sociale ouvrière, en lien avec les travaux d'un Ivar Oddone<sup>(4)</sup>. On pense aussi au soutien apporté par la Fédération de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé à des thèses d'exercice de médecine générale<sup>(5)</sup>. L'IJFR est porté par les organisations représentatives des professionnels des centres de santé, USMCS pour les médecins, SNCDCS pour les dentistes, et par la FNCS qui regroupe des gestionnaires de centres de santé, pas seulement municipaux mais aussi associatifs, gérant principalement des centres de santé polyvalents.

3 André GRIMALDI, Yvannie CAILLE, Frédéric PIERRU, Didier TABUTEAU, Les maladies chroniques, vers la troisième médecine, Odile Jacob éd., Mars 2017

4 Louis CALISTI, Jean-François REY, Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille, Éditions Sociales, 1977.

5 FNFCEPPCS - 74 avenue Pierre Larousse - 92240 Malakoff

L'Institut Jean-François Rey a déposé au printemps une lettre d'intention pour un nouveau projet de recherche. L'IRDES est un partenaire clé de l'IJFR dans ce projet tandis que le centre de santé Richerand servirait de pivot opérationnel. La suite n'est pas connue. La partie continuera-t-elle? Le jury de présélection en décidera. On en reparlera le moment venu.

### SPP-IR

Autre nouveauté, la création courant 2016 de l'association « Soins Primaires Pluriprofessionnels – Innovation Recherche » dite SPP-IR. Cette fois le périmètre est élargi aux maisons de santé, puisque SPPI-IR est l'émanation conjointe de l'IJFR, c'est-à-dire des centres de santé, et de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Le décor est en place, les équipes de soins primaires ont décidé de travailler ensemble pour favoriser recherche et innovation dans leur domaine d'activité. Premier projet concret, un Séminaire est prévu à l'automne<sup>(6)</sup> pour mieux préciser les champs d'action de leurs travaux de recherche.

### II - Des enjeux nouveaux

Ces différentes initiatives sont aujourd'hui l'occasion d'ouvrir une réflexion sur les enjeux de la recherche en soins primaires en équipe pluriprofessionnelle. Nous nous limiterons à ce stade à essayer de repérer ces enjeux, sans prétention à l'exhaustivité. Chacune des pistes identifiées est ainsi proposée à l'attention de tous, dans un esprit d'ouverture, en référence au précepte selon lequel un travail de recherche se prolonge toujours par une invitation à poursuivre la recherche.

#### 1 - Des enjeux pour la connaissance

Comme pour toute recherche d'une certaine tenue, on attend légitimement que la recherche en soins primaires fasse progresser la connaissance dans son champ d'action. Une fois posé le progrès des connaissances comme objectif légitime, les complications se font

6 Séminaire SPP-IR, les 9 et 10 novembre 2017 à Paris.

jour lorsqu'il s'agit de déterminer dans quel registre disciplinaire il convient de l'inscrire.

### Les disciplines des soins primaires

Nombreuses sont les disciplines qui à juste titre peuvent prétendre à l'adoption du bébé, en pleine propriété c'est difficile, mais en partage, assurément. Parmi les spécialités médicales, la spécialité de médecine générale est légitime, c'est une évidence. Autres légitimités incontestables, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens ou les maïeuticiens. La santé publique arrive tout de suite après la médecine générale (avant?) car au fond qui imaginerait de limiter le regard aux seuls soins curatifs et aux actes de prévention individuelle. L'avenir est aux approches par populations. Ce ne sont pas les 20 millions de malades chroniques que compte la France qui vont dire le contraire.

Nous venons de citer la santé publique, certes une spécialité médicale académique, mais pas seulement, ce qui nous invite à examiner les disciplines dites des sciences humaines, pour admettre qu'elles sont tout aussi pertinentes pour s'installer autour de la table. Sociologie, économie, anthropologie, psychologie sociale, philosophie, linguistique, géographie, on en oublie. Ajoutons la démographie: quelles perspectives de croissance pour la population humaine et quels buts pour l'action médicale? Ainsi que l'écologie: quel équilibre au sein du vivant entre l'espèce humaine et les autres?

### Les professions

Au titre des professions exerçant les soins primaires, et non plus seulement au titre des disciplines, nous avons cité les médecins. Mais au fond, tous les professionnels exerçant en soins primaires sont indispensables à l'accomplissement de ces soins. Leur légitimité est comparable. Certaines professions mobilisent une discipline tout entière, d'autres une partie de celle-ci (orthoptiste, pédicure-podologue), certaines sont des professions médicales, d'autres sont des professions paramédicales, certaines comme les psychologues sont classées ailleurs. Tout comme les professions sociales et celles de l'accompagnement.

### La recherche d'un intérêt commun: le patient

Au fond peu importe, sommes nous tentés d'écrire, l'essentiel est que tout ce petit monde contribue au même but. Pour ce faire, il importe de faire en sorte

que l'intérêt commun, soit plus puissant que les intérêts individuels de chacun des acteurs et que les intérêts de chaque acteur soient pris en considération sans interférer négativement avec l'intérêt commun. Il en va ainsi du respect des enjeux de carrière des chercheurs et des universitaires, impliquant publications et travaux. Des chercheurs en première ligne sur notre sujet, merci à eux, mais sans que cela ne leur confère un rôle a priori prééminent dans la conduite des projets communs.

### 2 - Des enjeux pour l'organisation des soins et de la prévention

Au fond les soins primaires, sont peut-être d'abord une façon d'organiser les ressources humaines des soins de première ligne et de les réguler. Formulé ainsi, le sujet est à l'évidence politique. Combien de professionnels sont nécessaires au niveau du pays? Au niveau de chaque territoire? Quels processus d'élaboration démocratique pour en décider? Quelle répartition des rôles respectifs de ces professionnels en fonction de leurs niveaux de formation (licence, master, doctorat)? Si les décisions sont manifestement de l'ordre du politique, en charge des allocations de ressources, il est naturel de souhaiter produire de la connaissance sur ces sujets afin que les dites décisions soient aussi éclairées que possible. C'est au fond l'une des missions de base de la recherche en soins primaires.

### 3 - Des enjeux de société

Les acteurs de soins primaires ont habituellement une perception très forte des questions sociales, perception qu'ils partagent avec bien des acteurs du monde de la santé, à commencer par ceux des hôpitaux publics et des administrations de la santé. Les inégalités sociales de santé sont vécues comme inacceptables, tout comme les situations de vulnérabilité ou de handicap qui appellent à leurs yeux des mesures spécifiques pour améliorer l'équité. L'égalité est meilleure pour tous<sup>(7)</sup>. Pour autant, ces valeurs communes, appuyées sur un niveau élevé de protection sociale solidaire, ne sont pas universellement admises. Les pratiques des dépassements tarifaires et les propositions visant à limiter l'aide médicale d'état en témoignent. Il n'est probablement pas superflu de contribuer à la connaissance des interrelations positives entre niveau de protection sociale élevé, capacités de prise en charge

<sup>7</sup> Richard WILKINSON, Kate PICKETT, Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous, Les petits matins Ed., Paris, 2013.

en équipe de soins primaires, et aptitude des individus à prendre au mieux les décisions concernant leur propre santé.

#### 4 - Des enjeux économiques

La forte intrication entre les intérêts des industries du médicament et la représentation des maladies au sein du corps médical est bien connue. Un adage l'illustre selon lequel « j'ai découvert un médicament, il reste à promouvoir la maladie qui va avec. » C'est un fait établi, une large part de la connaissance médicale actuelle est influencée par l'industrie du médicament, l'exemple emblématique étant celui du DSM, la classification psychiatrique américaine. Les médecins ont longtemps bénéficié du maximum d'attention des industriels du secteur, avant que l'intérêt de ces derniers ne se porte sur les décideurs politiques, et désormais également sur les associations de malades.

#### Écarter les intérêts particuliers

Au fond il n'y a rien de choquant à ce qu'un industriel souhaite faire valoir ses intérêts. Toute la question est que cette influence soit connue, transparente, et qu'elle s'exerce dans un cadre qui garantit que l'intérêt général prévaut. Par paresse, par ignorance ou par calcul il arrive que des décideurs publics ou des experts mélangent les genres. La récente citation à comparaître devant le tribunal correctionnel d'un pneumologue qui avait caché ses liens d'intérêt avec un pétrolier illustre une évolution positive des mentalités, jusqu'ici empreintes de tolérance<sup>(8)</sup>. Souhaitons qu'un jour prochain ne soit plus considérée comme inévitable la prise en charge par un laboratoire pharmaceutique des frais de transport occasionnés par la participation d'un universitaire hospitalier au congrès international de sa discipline, faute de budget dans son CHU. Les industries des produits de santé ne sont pas seules en cause. Nous venons de citer un industriel du pétrole, on sait que l'industrie agroalimentaire est aussi puissante qu'active, tandis que les industriels de l'information et des objets connectés, de taille mondiale, ont un bel avenir devant eux<sup>(9)</sup>.

#### Un champ naissant, donc vulnérable

La recherche en soins primaire naissante devra acquérir sa propre culture en la matière, si elle entend se construire dans la crédibilité. Par sa jeunesse elle

est naturellement vulnérable. Après avoir tenté de s'approprier sans succès l'éducation thérapeutique des patients, les industriels du médicament ont identifié avec le secteur des soins primaires un nouveau champ d'influence possible. Les soins primaires, encore il y a peu dominés par les modes d'exercice individuels, sont en reconstruction rapide. C'est désormais le modèle regroupé pluriprofessionnel qui est devenu le standard de référence. Problème, il est encore en recherche de son modèle économique. Il est insuffisamment financé par l'assurance maladie qui ne connaît que 9 conventions libérales individuelles, une par profession, à laquelle s'ajoute la convention des centres de santé, dite Accord national, construite selon le même modèle mais sans les professionnels de ces centres de santé, la cantonnant à l'observation d'indicateurs. Le secteur des soins primaires en France n'est pas encore en ordre de marche.

#### III - Des financements publics à conquérir

La recherche en soins primaires pour sa part, ne bénéficie pas encore de financements publics dédiés. Une illustration ? Le projet de recherche évoqué précédemment, déposé par l'IJFR au titre des centres de santé, a été contraint de se placer sous l'égide d'un groupe hospitalier, la plate forme informatique de saisie en ligne n'ayant pas prévu la possibilité d'un dépôt autonome par un centre de santé ou une maison de santé.

#### Des industriels à tenir à distance

De leur côté les industriels du médicament profitent du vide pour se positionner dans l'appui au soins primaires, soit localement, soit au niveau de leurs fédérations dans le cadre de partenariats. Rappelons que la réglementation prévoit qu'une entreprise ne peut apporter de ressources à un tiers qu'à la condition de pouvoir justifier que cet apport sert ses propres intérêts. À défaut, comme on le sait, l'opération ressortirait de l'abus de biens sociaux et le dirigeant serait passible des tribunaux. Les faux-pas ne sont pas toujours faciles à éviter. L'association SPIRE a récemment découvert avec surprise qu'une interview accordée à un périodique médical se retrouvait lors de la parution au sein d'un publireportage vantant l'implication d'un industriel du médicament dans la médecine de parcours.

#### Diffuser la connaissance et faciliter le débat démocratique

8 Pollution : un médecin comparaitra pour parjure, Le Monde, 29 mars 2017

9 On ubérise bien les cabinets médicaux, Le Monde 1<sup>er</sup> avril 2017

Évoquons pour conclure des débats qui ne sont pas propres à la recherche en soins primaires. En cette époque où l'actualité politique internationale comporte désormais des « faits alternatifs<sup>(10)</sup> », l'accès à la connaissance<sup>(11)</sup> et le pluralisme des interprétations sont nécessaires au débat démocratique.

---

10 [https://fr.wikipedia.org/wiki/Faits\\_alternatifs](https://fr.wikipedia.org/wiki/Faits_alternatifs)

11 <http://www.h2mw.eu/redactionmedicale/>

## Coût du capital ou coût du travail ?

Par Frédéric Baccara

N.D.L.R. : L'argument du coût du travail pour expliquer la crise économique est constamment évoqué. Qu'en est-il réellement ? Est-ce que le coût du capital (sa rémunération) ne devrait pas être examiné aussi ? La protection sociale souffre d'un manque de ressources. Les profits explosent. Faut-il envisager une autre explication ? Est-ce que nous pouvons dégager d'autres perspectives que les politiques d'austérité ? C'est ce que nous avons demandé à Frédéric Baccara. Frédéric Baccara est économiste, diplômé de l'ENSAE qui forme les administrateurs de l'Insee, docteur en économie et chercheur associé au CEPN-Université de Paris 13. Il co-anime la revue *Économie & Politique*. Il siège au CESE à la section de l'économie et des finances et à la section des affaires européennes et internationales en tant que personnalité qualifiée.

L'article abordera les questions suivantes : Qu'est-ce que le coût du capital ? De quelle logique est porteur le capital ? Quelle logique alternative ? Quelles propositions ? Quelle campagne de diffusion des idées ?

### Qu'est-ce que le coût du capital ?

Le patronat, les forces politiques dominantes, nous parlent sans cesse du « *coût du travail* ». Ce serait au nom du coût du travail trop élevé que les entreprises françaises rencontreraient des difficultés. Toutes les réformes économiques devraient être engagées pour faire baisser le coût du travail. Et, devenue dominante, cette idée vient de loin : elle est développée avec constance par le patronat français depuis longtemps et s'est accélérée depuis 1983 avec Yvon Gattaz alors président du CNPF. C'est cette idée qui justifie notamment toutes les politiques de baisse des cotisations sociales employeurs, vues uniquement comme des coûts pesant sur les entreprises.

Nous répondons « *coût du capital* ». Plus précisément, nous ne fuyons pas la question des coûts et d'une baisse nécessaire des coûts, mais pas n'importe lesquels et pas à tout prix, et nous voulons

mettre en lumière ce que nous appelons les coûts du capital. Alors, de quoi s'agit-il ?

### Première approche

Il s'agit tout d'abord, et en première approche, des dividendes versés par les entreprises et de leurs charges financières d'intérêts bancaires (et autres versements de commissions aux banques). Ces seuls coûts, d'après l'INSEE, représentaient macro-économiquement un prélèvement de 298,6 milliards d'euros sur les « *entreprises non financières* » en 2012. Ils se décomposaient en 229,5 milliards d'euros pour les dividendes et 69,1 milliards d'euros de charges d'intérêts. C'est un énorme prélèvement sur les richesses créées : 30 % de la valeur ajoutée de ces mêmes entreprises ! Soit aussi, le double de leurs cotisations sociales employeurs effectives, qui, elles, s'élèvent à 157,9 milliards d'euros en 2012. Ce prélèvement de dividendes et intérêts est aussi supérieur aux dépenses d'investissements matériels de ces mêmes entreprises non financières (197,4 milliards d'euros en 2012).

Depuis 1999, ce coût du capital a vu son montant doubler en euros courants (il était alors de 144 milliards d'euros). Ou encore, en pourcentage de la valeur ajoutée de ces mêmes entreprises (car il faut tenir compte de la croissance de la VA intervenue depuis), son poids s'est aussi accru de 21 % en 1999 à 29 % en 2012 (il était de 14 % en 1980).

## Éléments du Compte des sociétés non financières (SNF-S11) [en Mds d'euros]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
(a) Dividendes et assimilés (payés par les entreprises)	183,6	209,3	229,9	247,6	235,5	209,6	225,1	229,5
(b) Intérêts bancaires et autres charges financières payées	70,2	82,7	101	116,8	86,8	68,3	73,6	69,1
<b>Coût du capital*</b> (c) = (a)+(b) <i>Au sens du tract national du PCF</i>	<b>253,8</b>	<b>292</b>	<b>330,9</b>	<b>364,4</b>	<b>322,2</b>	<b>277,9</b>	<b>298,7</b>	<b>298,6</b>
Ensemble des revenus de la propriété** (d) = (c) + (autres)	268,3	302	342,4	364,6	325,9	287,8	310,6	309,9
Cotisations soc. effectives à la charge des employeurs	128,3	136,3	140,8	144,6	142,6	145,7	154,3	157,9
Coût du capital en % de la Valeur Ajoutée des sociétés non financières (SNF)	29%	32%	34%	37%	34%	28%	30%	29%
Cotisations sociales employeurs en % de la Valeur Ajoutée des sociétés non financières (SNF)	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	16%

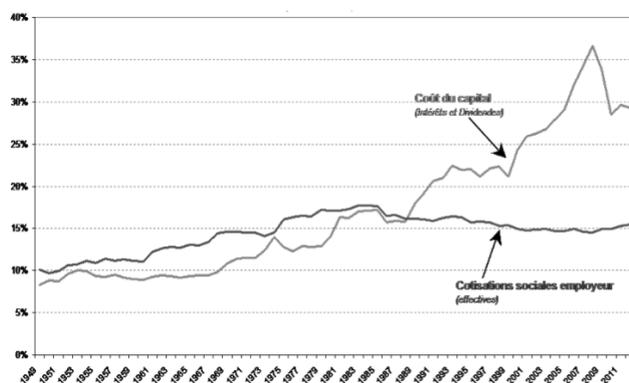
Source : Insee, comptes nationaux, mai 2013 (Extrait du tableau 7.101)

\* Hors coût des amortissements, hors loyers immobiliers

\*\* Ligne (c) + revenus des terrains et gisements, bénéfices réinvestis des investissements étrangers

### Coût du capital des entreprises non financières [en % de leur VA] :

Champ : sociétés non financières résidentes françaises



Même si nous centrons notre propos sur le coût du capital des entreprises non financières, on peut cependant citer celui qui pèse sur les entreprises financières (banques, assurances, auxiliaires financiers). Celui-ci s'élève à 40,9 milliard d'euros (en

2012) pour les seuls dividendes versés<sup>(12)</sup> : presque la moitié (44,4 %) des 92,1 Mds de valeur ajoutée réalisée par ces mêmes entreprises financières... !

Il faut aussi souligner que l'État et les administrations publiques supportent elles aussi des charges financières d'intérêt élevées puisqu'elles représentent plus de 46,7 milliards d'euros, soit à peu près autant qu'un budget de l'Éducation nationale, ceci pour les seules charges d'intérêt, sans compter le remboursement du capital des emprunts (ce qu'on appelle le « principal », par opposition aux « intérêts »). Avec la même dette, mais un taux proche de 0 %, cette charge d'intérêt disparaîtrait quasiment, générant un ballon d'oxygène de 46,7 milliard d'euros.

<sup>12</sup> Pour les intérêts, la problématique est différente, puisque c'est la source essentielle de revenu des banques. Il n'y a donc pas de prélèvement significatif d'intérêts sur les entreprises financières, ce sont elles au contraire qui prélèvent des montants considérables sur les entreprises non financières... Et ils viennent alimenter les dividendes que ces mêmes entreprises financières reversent ensuite à leurs actionnaires.

Comment se situent les coûts du capital dans l'ensemble des coûts des entreprises ?

Il faut bien voir que la notion de « *coût* » contient une certaine charge idéologique, ou tout au moins un certain élément conventionnel : c'est un coût par rapport à un certain périmètre : « *pour quelqu'un* ». Là, pour simplifier, on prend les prélèvements dits « *extérieurs* » sur l'entreprise, et c'est en cela qu'il s'agit d'une première approche comme on le verra plus loin, car il y a d'autres coûts du capital. Mais le grand intérêt c'est que ces prélèvements extérieurs sont incontestables : leur caractère de prélèvement est incontestable en tant que tel.

Pour prendre un peu de distance, il est utile d'utiliser la notion plus neutre de « *dépense* ». Par exemple, un salaire est bien une dépense de l'entreprise, mais nous prétendons par contre qu'il n'est pas seulement un coût mais aussi une dépense de développement.

Ainsi, si l'on s'intéresse aux dépenses des entreprises, l'INSEE a pour charge de publier chaque année des comptes nationaux. C'est une sorte de « *macro-comptabilité* », permettant d'établir le PIB (produit intérieur brut), d'en distinguer les différentes composantes (consommations, investissements, etc.) mais aussi de présenter la contribution de différents ensembles d'acteurs économiques à l'activité économique, sous l'angle des dépenses et du PIB.

Ainsi, on y retrouve un compte des « *sociétés non financières* » (SNF)<sup>13</sup>. Réalisé par l'Insee, il permet de récapituler leurs dépenses, bien que celles-ci soient cependant consolidées.

Pour comprendre, il faut partir des dépenses des entreprises. Si elles n'avaient que des salariés à payer, cela se saurait, et la profession de gestionnaire serait assez facile. Or bien évidemment, ce n'est pas le cas. Les entreprises achètent des matières, produits semi-finis, des marchandises, paient

des services, elles ont des salariés à payer, occupent des locaux, elles utilisent des machines qu'elles achètent et amortissent, elles ont des emprunts, paient des impôts, paient aussi des dividendes, etc.

Ainsi, leurs achats de matières, produits intermédiaires, services et marchandises constituent autant de « *consommations intermédiaires* », pour 1 546,5 milliards d'euros. Elles paient aussi différents impôts, soit à la production soit sur leur bénéfice, pour 89,3 milliards d'euros. Elles paient bien sûr des salaires et cotisations sociales, pour un total de 689,8 milliards d'euros (le fameux « *coût du travail* »). Il y a encore des charges d'intérêts et des dividendes prélevés (les 298,6 milliards d'euros), c'est le coût du capital dont on a parlé en première approche.

**Mais il y a d'autres coûts encore que l'on doit considérer comme des coûts du capital** : quelques autres revenus de la propriété (11 milliards d'euros), mais aussi des *amortissements gonflés*<sup>14</sup> (le total des amortissements est estimé macro-économiquement à 145,0 milliards d'euros). On peut encore compter les charges de *crédit-bail*, mais aussi les *loyers* des immeubles, voire les *royalties* des brevets ou des marques, qu'on peut estimer à environ 100 milliards d'euros, mais qui sont incluses (noyées) dans les paiements de services. Au total, si on additionne ces trois derniers ensembles, on obtient un coût du capital de 554,9 milliards €. C'est du coût capital en deuxième approche, pris à peu près dans son ensemble (ou définition 2).

Il faudrait aussi tenir compte des prélèvements des profits proprement financiers et spéculatifs. Tandis que d'autres coûts du capital (ou une partie de ceux cités ci-dessus) sont cachés dans les consommations intermédiaires, comme les dépenses de crédit-bail, pour les équipements détenus sous cette forme, ou encore comme les services d'intermédiation financière que les banques perçoivent en même temps que les intérêts (les SIFIM<sup>15</sup>) et que, semble-t-il, l'INSEE compte dans les consommations intermédiaires des entreprises non financières. Ce qui ouvre

13 Les comptes des « *sociétés non financières* » (SNF) sont la composante suffisamment détaillée des comptes des « *entreprises non financières* » (ENF) : ils excluent les comptes des entreprises individuelles (EI), pour lesquelles d'une part l'Insee ne dispose pas d'un détail suffisant notamment ni dividendes ni charges financières et d'autre part la distinction statistique entre profit et revenu du travail est si conventionnelle que l'Insee publie un « *revenu mixte* », l'Institut n'étant pas tenu de partager celui-ci entre ces deux aspects.

14 Provisionnés dans l'entreprise, mais qui peuvent être gonflés par rapport aux besoins de remplacement.

15 Comme les services d'intermédiation financière que les banques perçoivent en même temps que les intérêts (les SIFIM, services d'intermédiation financière indirectement mesurés) et que, semble-t-il, l'Insee compte dans les consommations intermédiaires des entreprises non financières.

d'ailleurs tout un ensemble de questions à se poser lorsque l'on aborde une entreprise donnée, dans une lutte particulière. Et à poser comme autant d'interpellations des directions.

*Au total*, sur les 2 880 milliards d'euros de coûts des entreprises (cf. tableau 2), ce sont les achats et relations avec les fournisseurs (y compris importations) qui représentent la majorité des coûts<sup>(16)</sup> (53,7 %). Les coûts dits « *du travail* » représenteraient 23,9 % des coûts, mais ceux « *du capital* » représenteraient presque autant avec 19,3 % des coûts totaux, peut-être plus avec tous les prélèvements !!

Cependant il s'agit d'une totalisation macroéconomique, qui élimine un certain nombre d'échanges entre entreprises. Mais au niveau élémentaire d'une entreprise donnée, on va plutôt avoir un poids du coût du capital autour de 17 %, en moyenne, notamment dans l'industrie, et de 15 % pour le travail. Gardons à l'esprit aussi qu'il y a d'importantes différences entre les secteurs. En particulier, dans la construction, les dépenses salariales vont être, en proportion, plus élevées, et dans le transport routier, les consommations intermédiaires liées au carburant pèsent particulièrement lourd. Il s'agit de dénoncer le coût du capital comme un prélèvement sur les richesses créées. D'ailleurs, les dividendes et les charges financières sont des revenus pour d'autres « *agents économiques* » comme on dit, les banques et actionnaires (voire des entreprises), détenteurs de capitaux. Et ce sont des revenus comme les salaires sont aussi des revenus.

Mais ces dépenses sont largement parasites ! Alors que les dépenses en cotisations sociales, ou en salaire, tout en étant des dépenses, ne sont pas parasites ; elles sont même indispensables.

---

<sup>16</sup> Il s'agit des coûts au niveau macroéconomique, c'est-à-dire additionnés en éliminant certains doubles comptes. On parle de coûts « *agrégés* ». On entend par capital financier le capital sous forme de titres financiers, directement ou indirectement (groupes).

**Dépenses des entreprises non financières**  
(tableau simplifié, tous secteurs)

		2012		
		Montant (en Md€)	Poids (en %)	
	<b>Achats</b> (ou consommations intermédiaires) de matières, de produits, de services <sup>1</sup>	<b>1 546,5</b>	<b>53,70%</b>	
<b>"Coût du travail"</b>	<b>Salaires et cotisations sociales</b>	<b>689,8</b>	<b>23,9 %</b>	
	- Salaires bruts	520,3		
	- Cot soc employeurs	157,9		
	- Cot soc imputées	11,6		
	<b>Impôts</b>	<b>89,3</b>	<b>3,10%</b>	
	- à la production	56,5		
	- sur les bénéfices	32,8		
<b>"Coût du capital" (déf.1) = (a)</b>	<b>Prélèvements "financiers"</b>	<b>298,6</b>	<b>19,30%</b>	
	Charges financières (intérêts, etc.) <sup>2</sup>	69,1		
	Dividendes	229,5		
<i>... mais aussi</i>				
Autres	Amortissements <sup>3</sup>	145,0		
<b>"Coûts du capital" (b)</b>	Loyers (noyé dans les achats de services,)	7100 ?		
	Autres revenus de la propriété (terrains, gisements, inv. étrangers...)	11,2		
	(crédit-bail, etc.)	??		
<b>Coût du capital (def 2) = (a) + (b)</b>	<b>Coût du capital "vision élargie"<sup>4</sup></b>	<b>554,9</b>		
<b>Total des coûts</b>		<b>2 880,4</b>		<b>100%</b>

Source : Insee, comptes nationaux, mai 2013 (Extrait du tableau 7.101)

*Notes explicatives du tableau :*

1. Les achats de services peuvent inclure des prélèvements pour le capital; notamment en faveur des filiales situées à l'étranger ou des têtes de groupe, via des prix de transfert et des surfacturations. En outre, dans les comptes nationaux, une partie des charges d'intérêt est incluse dans les achats de services, considérée comme la rémunération « normale » du « service d'intermédiation financière ».
2. Dans la comptabilité privée des entreprises, cette ligne peut inclure aussi les paiements aux banques qui ne sont pas des charges d'intérêts tels que les frais d'émissions d'un emprunt, etc., ou encore inclure les provisions pour dépréciations financières.
3. Une partie des amortissements est justifiée, une autre correspond à des gonflements excessifs (obsolescence accélérée, etc.).
4. Estimation à la fois par excès (certains amortissements sont inclus alors qu'ils sont justifiés) et par défaut (ne sont pas comptés: le gonflement des profits financiers, les provisions pour perte de valeur des actifs financiers (comptées comme « consommation de capital » par la comptabilité nationale), les prélèvements sur les filiales via les prix de transfert, etc.).

Deuxièmement, on peut dénoncer, et il le faut souvent aussi, les autres dépenses excessives en capital, y compris en capital matériel, que certains omettent de dénoncer, et c'est un débat sur lequel je reviendrai. Cela renvoie au classique débat où serait « méchant » le seul capital financier tandis que le gentil capitalisme serait le capitalisme du capital « réel »... avec pourtant ses cadences infernales, les conditions de travail dont il est porteur, bref toute sa tendance à la surexploitation du travail.

Mais suffit-il de baisser les coûts du capital? En d'autres termes, s'agit-il uniquement d'un problème de répartition?

### **La logique dont est porteur le capital, notamment le capital financier**

Il faut voir que ce coût du capital si élevé, et accru, exprime, traduit, trois choses :

- C'est l'expression d'un prélèvement sur les richesses créées par les entreprises, comme on l'a dit. Un prélèvement qui s'oppose à d'autres dépenses, d'autres coûts si l'on veut. Tout particulièrement les dépenses salariales ou pour les qualifications, la formation, ou encore les dépenses de recherche et développement (la R&D). Notre regretté camarade Pascal Borelly, syndicaliste chez Dassault aviation, avait coutume de dénoncer Noël Forgeard, PDG d'Airbus, se félicitant d'avoir économisé 1 milliard d'euros de R&D... pour satisfaire ses actionnaires!
- C'est l'expression d'un pouvoir. Le capital, à travers le capital financier qui en est une forme particulièrement élaborée, impose ses vues, ses décisions (licenciements, investissements), sa logique, à l'activité des entreprises et, partant, à une grande part de l'activité économique.
- C'est l'expression enfin d'un type de croissance: celui qui respecte les exigences de la rentabilité. On produit d'abord pour rentabiliser le capital, le reste est second. Ce critère de rendement du capital se traduit :

[1. en pression pour la productivité apparente du travail, et sur les conditions de travail;

[2. il se traduit par un certain type de décisions d'investissements et de production;

[3. il se traduit, comme on l'a déjà dit, par un refus de certaines dépenses de développement, ou leur insuffisance, surtout s'il s'agit de dépenses en salaires et en développement des capacités humaines ou des services publics.

Bref, il s'agit ainsi de la domination du capital financier<sup>(17)</sup> sur les gestions et sur toute la société. On peut citer des exemples :

-- Le groupe **Alcatel-Lucent** verse 1,915 milliard d'euros de charges financières (si l'on totalise les intérêts du capital, les coûts financiers des divers types d'obligations que le groupe a récemment émis, les primes versées aux banques, etc.), presque autant que ses dépenses de R&D qui s'élèvent elles à 2,4 milliards d'euros! Et s'apprête à licencier massivement.

-- Le « système » ferroviaire, formé de la SNCF et de RFF (Réseau ferré de France) verse chaque année environ 2 milliards d'euros aux banques en intérêts du capital, c'est-à-dire environ 1/8 du Chiffre d'affaires de la SNCF: chaque jour, les cheminots travaillent directement plus une heure (car les journées font, sur le papier, moins de 8 heures) pour les banques et leurs actionnaires<sup>(18)</sup>. Et ce n'est pas la dette dont il faut réclamer la suppression, car il faut des avances pour développer le réseau et le transport, pour l'avenir, et donc emprunter. En revanche, la même dette à un taux proche de zéro verrait fondre ces 2 Mds€ vers 0! Soit une possibilité de meilleurs salaires ou d'embauches ou de baisse du prix du billet d'autant. Comme pour l'État, ce n'est – pour l'essentiel – pas la dette en soi qu'il faut contester mais ses conditions de coûts (taux d'intérêt) et d'utilisation (trains sans embauches de cheminots, de moins en moins de gens pour entretenir le réseau<sup>(19)</sup>).

-- C'est encore la société des traminois de Toulouse qui face à une montée des taux bancaires des emprunts de 3 % à 6 % pour renouveler son matériel propose de renouveler les contrats en baissant d'autant

17 D'après le compte satellite des transports (*in* Rapport de la Commission des comptes des transports de la Nation de juin 2013) ce serait même 3,9 Mes€ que le système ferroviaire aurait versés aux sociétés financières en 2013, pour 21 Mes€ de dépense totale des différents utilisateurs. C'est-à-dire qu'un usager du train paierait en moyenne presque 20 % de son billet aux banques (3,9/21 = 19 %)!

18 Voire des dépenses de travaux publics, de consommation d'espace et de bétonnage pour les voies, au lieu de dépenser dans la recherche (donc les salaires) pour des TGV pendulaires, utilisant des voies ou des tracés plus classiques, moins contraints, moins consommateurs de matières et d'espace.

19 Voire des dépenses de travaux publics, de consommation d'espace et de bétonnage pour les voies, au lieu de dépenser dans la recherche (donc les salaires) pour des TGV pendulaires, utilisant des voies ou des tracés plus classiques, moins contraints, moins consommateurs de matières et d'espace.

la masse salariale. Et on pourrait prendre bien d'autres exemples d'entreprises privées ou publiques <sup>(20)</sup>.

Nous avons besoin de « *marcher sur nos deux jambes* » : d'une part faire baisser le coût direct du capital et pour d'autre part financer autre chose, d'autres dépenses de développement. Ce sont ces deux jambes qui font la radicalité, la transformation sociale de portée révolutionnaire. Ainsi faut-il s'attaquer au coût du capital (et au « *financement de marché* ») qui empêche un vrai développement efficace, car il empêche d'autres dépenses, il écrase les capacités humaines et les territoires. sans s'attaquer à lui, les phrases sur le reste sont des phrases creuses et à la limite hypocrites. Mais aussi faire d'autres dépenses de développement : recherches, salaires, qualifications, services publics, protection sociale. C'est cela qui amorce une transformation sociale et économique fondamentale, à la fois contre le chômage et vers un autre système productif, économe en moyens matériels, développant les hommes et les femmes, appuyé sur des services publics en expansion, et des transformations démocratiques profondes des pouvoirs des salariés et des gens, à travers le suivi de l'utilisation des financements, des gestions, etc. Car un suivi, avec des pouvoirs d'interpellation, est absolument nécessaire pour s'assurer que les dépenses exigées vont bien développer l'emploi, les qualifications, les richesses créées dans les territoires. Il s'agit de pouvoirs de suivi, d'interpellation, pour des sanctions éventuelles, se répondant entre salariés des banques, salariés des entreprises et habitants des territoires.

Jusque dans l'État et les collectivités publiques on retrouve la montée et l'importance du coût du capital. C'est en effet 51,2 milliards d'euros que l'État (46,7) et les collectivités territoriales (4,5) versent aux marchés financiers comme intérêts de sa dette. C'est plus que le budget de l'Éducation nationale et c'est presque les 2/3 de la dépense publique de la nation (État et collectivités territoriales) pour l'éducation ! Encore une fois, il s'agit des seuls intérêts, et donc des conditions de la dette. Qu'en est-il des collectivités locales ? On sait la folie dans laquelle certaines ont été engagées, mais on sait aussi les contraintes obligées pour d'autres que les

banques font peser sur elles. Et il y a aussi les hôpitaux publics. Là encore un travail de transparence, de dénonciation peut appuyer et nourrir fortement la lutte pour des propositions et pour une autre logique.

### Une logique alternative

Suffit-il de faire moins de dépenses en capital et plus de dépenses en salaires ? Non. Cela ne suffira pas. Il ne suffit pas de bouger un curseur capital/travail sur la même dimension. Il faut une autre logique. C'est en dépassant cet enfermement qu'il peut y avoir une réussite économique et c'est comme cela que l'on peut rassembler.

Pourquoi est-ce que cela ne suffit pas ? Car le salaire est une dépense. Et donc, si on en faisait trop ?

Il faut une production qui marche, une dépense efficace : à la fois ne pas en faire trop en dépense monétaire, avec une production trop coûteuse en monnaie, et ne pas en faire trop du point de vue temps de travail et usure, avec une production trop coûteuse en temps de travail. C'est-à-dire qu'il faut une baisse des coûts, mais autrement que dans la logique actuelle (qui est la logique profonde du capitalisme) : autrement qu'en jetant les hommes et les femmes, ou qu'en diminuant les dépenses elles-mêmes. Il s'agit d'avoir une baisse des coûts dans un ensemble qui croît, en effectuant d'autres dépenses. Ces dépenses qui permettent de baisser des coûts et d'améliorer l'efficacité, ce sont les dépenses de formation, de qualification et de recherche, dans l'entreprise, plus les dépenses de développement des services publics (formation, santé, culture, recherche, écologie, etc.).

La logique que nous promouvons, c'est le développement de l'emploi (en quantité et en qualité) et le développement des dépenses sociales pour une autre production. Il s'agit donc d'agir à deux niveaux :

- Baisser les coûts du capital, qui s'opposent aux dépenses de progrès d'efficacité.
- Développer ces autres dépenses (formation, recherche, salaires, qualifications, services publics) :
  - ø pour améliorer l'efficacité en économisant sur l'ensemble des coûts (une économie relative dans un total qui croît) ;
  - ø pour produire d'autres choses et autrement.

Car il existe différents types de coûts : des coûts parasites (comme la prédation financière), des coûts nécessaires (et qui ont comme contrepartie des reve-

20 Par exemple, la lecture directe (qui demanderait à être retravaillée) du rapport annuel d'EDF donne des charges financières de 6,9 Mes€ pour 44,1 Mes de CA en 2012, soit 16 %. Ces charges financières (intérêts bancaires, pertes de changes, et dépréciations financières liées aux titres boursiers) sont « compensées » par des produits financiers du même ordre de grandeur, ce qui revient à reporter le coût du capital en prélèvement sur d'autres entreprises...

nus), des coûts qui développent, et parmi les coûts qui développent ceux qui font baisser les coûts comme les dépenses de formation, de santé, de culture, recherche, bref les dépenses humaines et celles pour les services publics<sup>(21)</sup>.

Il s'agit donc d'avancer en marchant sur deux pieds : la baisse des coûts du capital et l'augmentation des dépenses de formation, de recherche et pour les services publics.

### Éléments d'explication

Pour aider à clarifier les choses, on peut proposer un rapprochement entre cette analyse empirique des coûts et l'analyse marxiste.

Dans l'analyse marxiste, on a :

- Premièrement des avances : le capital matériel (fixe et circulant), C, et les salaires, V (les salaires sont payés avant que toute la production soit vendue, voire avant qu'elle soit entièrement effectuée) : notons  $C + V = K$ .
- Deuxième temps, la production : les salariés produisent l'ensemble des richesses nouvelles, la valeur ajoutée VA, en correspondance avec V+P (si on note p la plus-value). Ils font cela en utilisant le capital fixe (les machines) et le capital circulant (les consommations intermédiaires de matières premières, d'énergie, ou de produits intermédiaires). Le capital C ne peut que reproduire sa valeur, les machines voient la leur transmise par morceau d'un cycle de production à l'autre, les consommations intermédiaires transmettent intégralement le leur.
- Troisième temps, après coup (*a posteriori*, comme disent les économistes), on voit toutes les dépenses, et on peut les analyser comme des coûts :
  - ∅ Des dépenses (ou coûts) qui ont reproduit leur valeur en une fois : les consommations intermédiaires ;
  - ∅ Des dépenses (ou coûts) qui ont permis de créer de la valeur : les salaires (qui rémunèrent les salariés qui eux créent la valeur ajoutée = salaires + profits) ;
  - ∅ Des dépenses (ou coûts) qui peuvent démultiplier la capacité humaine à créer de la valeur par la technologie :
    - Investissements matériels (dominants dans le passé) ;
    - Recherche, formation, qualifications (qui pourraient commencer à prédominer) ;

∅ Des dépenses (ou coûts) de prise sur les richesses créées, devenant de plus en plus des dépenses de prédation : comme les intérêts bancaires ou les dividendes versés aux actionnaires (s'accumulant à un capital situé ailleurs).

### Propositions

#### Portée et enjeux

Au-delà de simplement « *baisser les coûts du capital* », il s'agit de se libérer de la domination du capital, définie comme la domination de l'argent utilisé pour faire de l'argent<sup>(22)</sup>. C'est un défi de société et même de civilisation. Le défi est celui de la maîtrise de l'argent et des moyens matériels pour tirer parti de leur efficacité, afin de développer toutes les capacités humaines, et non pour que le capital asservisse chaque jour toujours plus de salariés et de gens.

Pour cela, il faut agir de deux façons :

- Pénaliser ;
- Inciter, en visant une autre logique.

La pénalisation est une action négative qui vise à faire reculer les prélèvements du capital : par la taxation, par l'abaissement des intérêts bancaires, par des économies en capital dans la production et dans les gestions.

L'incitation est une action positive, qui vise à favoriser les dépenses de développement du potentiel d'efficacité sociale :

- Développement de l'emploi et sa sécurisation ;
- Qualifications ;
- R&D.

Ainsi que :

- Des investissements matériels économes en capital.

Ainsi, on agit en aval de toutes ces prédatations par des prélèvements sur le capital (ce qui renvoie à des réformes pour une fiscalité nouvelle et des prélèvements sociaux nouveaux). On agit aussi en amont, en promouvant une autre logique.

21 Les investissements ont un caractère ambivalent : ils peuvent permettre un développement, voire de démultiplier la productivité du travail, mais dans le même temps, s'ils sont excessifs, ils vont induire des prélèvements élevés, ne serait-ce que pour les amortir, et s'opposer aux autres dépenses.

22 Pour Marx, d'ailleurs, le capital ce n'est ni une somme d'argent en elle-même, ni des machines en elles-mêmes. C'est une valeur qui cherche à se mettre en valeur, une valeur qui cherche son plus. Ainsi, par exemple, on distingue les moyens de production, et la forme historique « *capital* » dans laquelle ils sont pris par le capitalisme, comme valeur à rentabiliser.

### Les propositions elles-mêmes

- J'insisterai particulièrement sur quelques-unes, surtout pour indiquer comment elles s'articulent avec la bataille sur le coût du capital. Un nouveau crédit bancaire, porteur d'une nouvelle sélectivité, avec un autre rôle des banques, de la BPI (banque publique d'investissement), d'un pôle public bancaire français, un nouveau rôle de la BCE, mais aussi un rôle tout particulier des fonds régionaux. Je vais y revenir.
- Un autre comportement des entreprises, avec de nouveaux critères de gestion (notamment dans les entreprises publiques), articulés avec d'autres pouvoirs des travailleurs.
- Un autre rôle de l'État à deux niveaux: les aides publiques (autre nature, autre conditionnalité), la fiscalité qui doit être incitative à la baisse du coût du capital et à d'autres dépenses de développement, en poussant leur efficacité et non leur gâchis.
- De nouvelles institutions publiques et sociales, à tous les niveaux, pour examiner et suivre les coûts, l'utilisation des fonds versés aux entreprises. Institutions qui seraient appuyées par les services publics. Il s'agit d'amorcer un nouvel âge de la démocratie. Ce qui implique de nouveaux pouvoirs des salariés et des populations (habitants).
- L'importance du crédit bancaire. Le cœur de ce nouveau crédit, c'est une nouvelle sélectivité en faveur des investissements qui développent l'emploi et le sécurisent. C'est d'ailleurs le cœur des propositions du Front de gauche, grâce à l'apport communiste du PCF, dans le programme *l'Humain d'abord* (cf. les pages 34 à 36, 2012), à l'issue d'une négociation où les économistes communistes ont joué un rôle majeur.  
Il s'agit de réaliser un crédit :
  - pour les investissements matériels et de recherche ;
  - à taux faible ;
  - d'autant plus abaissé (jusqu'à 0 %) que ces investissements développent les emplois et la formation, créent une bonne valeur ajoutée.

Il peut être pratiqué au niveau local ou régional à partir de fonds régionaux publics (y compris depuis des luttes dans les municipalités), par des banques publiques nationales, dont la BPI (Banque publique d'investissement), ou au niveau national par un fonds public national financier, la bonification bancaire, et au niveau européen: la BCE peut impulser la pratique d'un tel crédit par les banques elles-mêmes en utilisant le levier du refinancement des banques, rendu lui-même sélectif.

Ce crédit d'un nouveau type pousse à la baisse du coût du capital de deux façons: des charges d'intérêts plus faibles, une lutte contre l'excès d'accumulation matérielle. Il pousse aussi à d'autres dépenses, celles d'emploi et de formation. Il ne constitue pas, loin de là, une subvention aux profits. Au contraire, il oblige les profits à rembourser ce crédit, et à être ainsi utilisés pour des investissements qui développent l'emploi et qui sont efficaces. Mais cela nécessite un suivi de l'utilisation des crédits, et donc des droits de suivi aussi bien par les salariés (des banques et des entreprises concernées) que par les populations des territoires (*via* leurs élus). Ces propositions, on l'a vu, portent jusqu'à la BCE et l'Europe, en passant par l'État national.

Nos propositions sur le financement des retraites et de l'Assurance maladie sont de même nature. Rappelons-les: taxer les revenus financiers des entreprises au même taux que les salaires et favoriser la croissance de l'emploi et de l'efficacité sociale, en modulant à la hausse les taux de cotisations sociales patronales tout en faisant payer plus aux entreprises qui diminuent l'emploi et moins relativement à celles qui développent la part des salaires et de la formation dans la VA.

On peut faire aussi le lien avec nos propositions sur les licenciements.

En cas de suppressions d'emploi nous proposons:

- 1) Un droit de moratoire sur les suppressions d'emploi.
- 2) Pour examiner la situation et tout particulièrement d'autres solutions que la diminution des emplois, à savoir baisser le coût du capital et effectuer des dépenses de recherche, de formation, bref de développement des capacités humaines, avec un projet de développement de l'activité.
- 3) Il faut un droit d'appel au crédit bancaire à l'appui de ces propositions éventuelles.
- 4) Et, bien évidemment, un droit de suivi de l'utilisation de ces crédits par l'entreprise et de sa gestion.

C'est la grande question de l'irresponsabilité sociale et territoriale des entreprises qui est posée. Nous pouvons, nous devons être porteurs du flambeau du bien commun, de l'efficacité pour la sortie de crise, à partir du cœur de la mise en cause de cette société: la contestation des pouvoirs du capital et de sa logique.

Conclusion: quelle campagne pour lutter contre l'argumentation en faveur du capital et en défaveur du travail?

### Il faut une campagne d'idées

- Opposant au coût du travail, le coût du capital :
  - pour démasquer, faire connaître la réalité ;
  - pour indiquer tout de suite un autre chemin : d'autres dépenses qui abaissent les coûts en faisant progresser l'efficacité.
- Qui porte loin sur l'idée d'une nouvelle société, d'une nouvelle civilisation, à partir de la situation actuelle, dans une conception de la transformation révolutionnaire à la fois radicale et graduelle.
- Cette campagne devrait être très politique, en mettant en cause la logique et en exigeant de nouveaux pouvoirs *face* aux pouvoirs existants, actuels, du capital. Elle devrait être en cohérence avec les luttes. Cela exigerait :
  - Des combats immédiats, avec différents types de « cas » :
    - À partir des besoins de développement des territoires ;
    - Face à des projets de licenciements, ou à une crise dans un secteur donné ;
    - En mettant en cause de façon populaire les banques : par des manifestations devant elles voire devant la Banque de France.
  - Dans chaque cas, il s'agit :
    1. De rechercher les coûts du capital et de les démasquer, les faire connaître ;
    2. De mettre en avant une autre logique d'activité économique ou de développement, d'autres projets de production ou de services ; En tenant un triptyque : nouvelles activités (ou produits) – financement nouveau – efficacité nouvelle (par une baisse des coûts du capital et de nouvelles dépenses de formation, d'emploi, de R&D, de services publics, d'investissements).

Ce type de bataille peut se brancher sur nos points forts, à savoir les alternatives européennes, les critères de gestion, les banques, la sécurité d'emploi ou de formation, un nouveau rôle des services publics.

Il s'agit de viser l'unification de tout le salariat. Les cadres, avec leur conscience des besoins d'efficacité et leurs idées, leur créativité pour cela, mais aussi leurs exigences de qualifications et leur capacité à participer à la formulation de propositions... Mais dans une radicalité que nous devons favoriser. Les plus exploités, avec leurs revendications sur l'emploi, sa sécurité, et en leur donnant confiance parce que l'on démasque l'énormité des coûts du capital.

Mais il s'agit aussi de pousser les alliances, avec les artisans ou encore avec les TPE voire les PME, écrasées

par le comportement des banques, des grands groupes et des actionnaires, qui constitue autant de coûts du capital qui les pressurent et les empêchent de réaliser de nombreuses dépenses de développement (emploi, qualification, recherche, investissement).

Et enfin il s'agit de porter la revendication d'une expansion nouvelle des services publics, ainsi que de leur liaison aux entreprises, dans un souci de développement du territoire, et non d'une prédation de l'entreprise sur les services publics au détriment des territoires et des gens.

### C'est aussi une question de bataille des idées

- Voyons d'abord le besoin de ténacité. Ce peut être une bataille longue. Inspirons-nous de la ténacité du patronat : depuis 1983, au moins, le patronat par la voix, alors, d'Yvon Gattaz n'a de cesse de dénoncer les cotisations sociales, puis le coût du travail. Et sa ténacité s'exprime même à travers les échecs : telle mesure de baisse du coût du travail ne marche pas ? Qu'à cela ne tienne, c'est parce que l'on n'a pas assez, ou pas vraiment, baissé les cotisations sociales ou le coût du travail !
- Appuyons-nous sur ce qu'avancent aussi, à présent et depuis peu, les keynésiens (aussi bien certains économistes, comme L. Cordonnier<sup>(23)</sup>, ou le Parti de Gauche). Faire ensemble nous élargit et nous renforce.
- Mais il s'agit aussi de bien voir les limites de ces mêmes courants, qui sont autant de différences avec nous. J'en vois trois principales. Tout d'abord une tendance à insister essentiellement sur la répartition des revenus et non sur la production, mais on peut les tirer dans le bon sens, à condition de partir des exigences de nouveau type de production écologique, auquel ils sont très sensibles, pour venir vers un nouveau type *social* de croissance, mettant l'emploi en son cœur.

Deuxièmement, et cela va dans le même sens, ils ont une tendance à majorer les aspects concernant la demande (salaires) au détriment de l'offre (façon de produire, qualifications, nouveaux investissements, etc.). Il faut au contraire de nouvelles dépenses pour produire autrement. Enfin il y a une tendance, chez eux, à dénoncer uniquement le capitalisme « *financier* », le capitalisme « *réel* » étant un « *bon* » capitalisme. Par exemple, dans l'étude de L. Cordonnier sur le coût du

23 Laurent Cordonnier (dir), *Le coût du capital et son surcoût*, CLERSE, Université de Lille I, 2013.

capital, il dénonce le « *surcoût* » du capital composé des dividendes et des intérêts bancaires, tandis que l'amortissement n'est pas du tout questionné et serait un coût normal. Ceci sans voir ni le gâchis, ni les besoins énormes d'emplois et de services publics, pour l'efficacité économique même. On peut – il faut – au contraire mettre en cause le coût du capital matériel, qui renvoie à son gâchis, à son excès et à l'insuffisance des dépenses humaines. On peut aussi s'appuyer sur la dénonciation de « *l'obsolescence programmée* » et de toute la tendance productiviste à l'amortissement accéléré. Mais il s'agit aussi, à nouveau, de montrer le besoin d'autres dépenses (emploi, qualifications, recherche, services publics) qui entraîneraient justement une accumulation de capital matériel bien moindre (en relatif ou en absolu).

- Ne pas voir les besoins d'emploi et de services publics, c'est ne pas voir la suraccumulation, la surexploitation, et les besoins de nouvelle efficacité des technologies actuelles.
- Il faut bien marcher sur les deux pieds: recul des prélèvements du capital et expansion des dépenses nouvelles, sociales et humaines.

### Quelles initiatives envisager ?

Il faut envisager des débats, bien sûr, mais aussi des luttes, il faut chercher, expérimenter. La presse peut participer à un mouvement d'idées et de connaissance nouveau, beaucoup de *scoops* sont possibles sur les coûts du capital dans les entreprises !

Il faut imaginer des initiatives marquantes au niveau des bassins d'emploi voire des régions, ou de certains secteurs. Il s'agit aussi de chercher des ponts d'idées avec les intellectuels, les cadres, les socialistes de gauche, la presse et les journalistes.

La campagne peut aller loin. Tout ceci en tenant d'une part la double nature de la bataille (*contre* le coût du capital, *pour* d'autres dépenses d'efficacité) et le sens de celle-ci. Son sens, c'est d'une part que nous prenons le flambeau de la sortie de crise. Nous menons cette bataille au nom d'une autre vision de l'intérêt général, pas pour des intérêts étroits, sectaires ou partisans. Et deuxièmement, nous voyons la puissance de ce à quoi nous nous heurtons, et c'est dans cette mesure qu'il y a une portée révolutionnaire: notre société est dominée par l'utilisation de l'argent pour l'argent, qui est une autre façon de dire que c'est le capital qui domine. Or nous, nous voulons que l'argent soit utilisé de toute autre façon, avec des pouvoirs nouveaux pour les gens. C'est en réalité une révolution en actes. Sa mise en œuvre, à travers expériences et luttes porte loin vers

une nouvelle utilité, une nouvelle conception et pratique révolutionnaire.

---

*Le dossier : propositions pour 2017*

---

## Où en sommes-nous des débats sur la santé et la protection sociale dans cette élection présidentielle ?

Par Mme Maryse Montangon

Nous sommes tout juste à 1 mois du 1<sup>er</sup> tour des élections présidentielles et une tournure inédite vient bouleverser les prévisions de journalistes et des analystes, toutes pariant sur un second tour Fillon/Macron et Marine le Pen. Aujourd'hui, avec la victoire de Benoit Hamon aux primaires du PS, ce qui paraissait impossible hier, voir un candidat de gauche qui porte des propositions transformatrices, est aujourd'hui à portée de main. La question du rassemblement est devant nous.

Nulle personnalité de gauche, nulle force politique de gauche ne porte seule l'espoir. Nulle personnalité de gauche, nulle force de gauche n'a seule les solutions. Seul le rassemblement des forces de gauche permettra la victoire face à la droite et au FN.

Une exigence d'unité est en train de monter notamment dans les milieux les plus militants, politiques ou syndicaux, sans que pour l'instant cette unité ne trouve les moyens de déboucher. Intensifier le dialogue entre les candidats et toutes les forces de gauche dans les plus brefs délais est notre proposition avec comme point de départ les contenus d'un pacte de gouvernement pour une majorité de gauche. Contribuer à construire, dans la transparence, cette dynamique nécessite un réveil démocratique collectif et beaucoup de rencontres, de débats partout où nous aurons la capacité de les impulser.

Nous mettons en débat dans ce numéro des Cahiers des propositions fortes sur des enjeux clé, et parmi ces enjeux, la Sécurité Sociale et son financement, la santé et le devenir des services publics, la retraite concerne le champ de notre commission. Nous avons mis en débat notre proposition du 100 % sécu en commençant tout de suite avec les jeunes de moins de 25 ans et les étudiants, en mettant en lien la cohérence de nos propositions avec la question du financement et en rappelant que ces choix sont éminemment politiques. Nous pouvons constater que l'avenir de la santé et de la protection sociale n'échappe plus aux débats politiques. Les premières déclarations de Fillon ont eu pour effet de déclencher une prise en compte de ces questions dans les propositions électorales. Mais si

elles sont devenues incontournables, c'est avant tout parce que les inégalités en matière de santé sont les indicateurs clés des inégalités sociales.

La mutualité française a invité les candidats déclarés aux élections présidentielles à s'exprimer sur leur projet de système de soins et d'assurance maladie. Même relouqué, le programme santé de F. Fillon reste sans surprise sur un objectif de réaliser 20 milliards d'économies sur l'assurance maladie à l'horizon 2022 ainsi qu'une réduction des effectifs de 500 000 postes dans la fonction publique. Il conforte les GHT en les ouvrant au privé, supprime l'AME et prévoit un service minimum pour l'assurance maladie (affections graves et de longue durée), le reste pris en charge par les complémentaires. Et il revient sur l'âge légal de départ à la retraite. Emmanuel Macron ne revient pas lui non plus sur les GHT en ouvrant des coopérations avec le privé. Il propose lui aussi un panier de soins et de transférer le financement de l'assurance maladie sur la CSG. Benoit Hamon, loin de notre proposition du 100 % Sécu, propose d'élargir la généralisation de la complémentaire santé aux fonctionnaires, retraités et étudiants. Enfin tous proposent l'intensification des maisons de santé comme réponse à la désertification médicale.

Nous sommes les seuls à porter le 100 % sécu.

Mais dans cet imbroglio de propositions comment peuvent s'y retrouver nos concitoyens ? Les cahiers apportent leur contribution dans ce dossier.

## Une société pour tous les âges.

Par Daniel Junker

Plus de 17 millions de retraité-e-s, sur une population de 65 millions d'habitants, vivent en France. Parmi eux, 6 millions ont 75 ans ou plus, dont 62 % de femmes. Cette véritable révolution démographique voit l'espérance de vie atteindre, fin 2016, 85,4 ans pour les femmes et 79,4 pour les hommes. Soit plus de vingt ans à mordre dans la vie, après le départ en retraite. Ce progrès formidable doit cesser d'être considéré comme une charge, un coût à réduire comme le font les libéraux de tous poils.

Les retraités ont envie de réinventer cette période en partant suffisamment tôt à la retraite pour mener réellement une vie hors travail. Les retraités veulent avoir les moyens de vivre, de se projeter dans l'avenir, pouvoir participer à la vie sociale, avoir un rôle à jouer dans la société.

Il est possible de gagner en qualité de vie pour tous les âges. Les moyens techniques, scientifiques et économiques du XXI<sup>e</sup> siècle le permettent. **C'est un choix de société essentiel qui suppose d'intégrer pleinement dans les politiques publiques mises en œuvre la notion de société pour tous les âges.**

Plus que par la production, qui est une caractéristique de l'humanité, l'homme individuel se définit par l'activité qui est, comme on a pu le dire, « une affirmation positive de soi ». C'est elle qui doit être au cœur d'une retraite épanouie conçue comme un troisième moment plein de la vie où l'on peut réinventer son existence et non une période de déchéance progressive. Mais il y faut plusieurs conditions. D'abord qu'on ne recule pas l'âge de la retraite : plus on travaille longtemps, plus on arrive fatigué à celle-ci et plus on a de mal à se renouveler dans ses occupations. Ensuite, c'est en amont que l'essentiel se joue : dans la formation intellectuelle de l'individu qui va donner à la fois le goût et les moyens de continuer à se cultiver et de multiplier ses centres d'intérêt liés aux diverses formes de la culture. On sait, par exemple, que les intellectuels vivent très longtemps, plus que la moyenne, pour une raison simple : quand le corps commence à défaillir, l'intelligence est toujours en alerte et, en se nourrissant sans cesse, elle maintient l'envie et la capacité

de vivre. Et l'on sait aussi que les capacités humaines ne sont pas des données purement naturelles, dont le vieillissement serait programmé par la biologie ! Elles sont développées ou entretenues par leur mise en œuvre active ! Enfin, il est évident que l'activité peut se développer de multiples façons, spécialement à travers la vie associative (et même militante !) qui offre à l'homme l'occasion aussi de vivre *avec autrui*, ce qui est un enrichissement formidable qui préserve de la tristesse et de l'isolement. Cela suppose qu'une politique gouvernementale progressiste aide financièrement les diverses associations, ce qui est le contraire de ce qui se passe aujourd'hui avec les coupes régulières dans leurs budgets.

« Plus largement, on aura compris que toutes ces pistes pour une retraite vraiment humaine offerte à tous supposent que l'on change les bases de notre société : qu'on cesse de voir dans les individus de simples facteurs de production, jetables dès qu'ils ne sont plus utiles, et qu'on fasse du développement personnel à tous les âges de la vie le sens même de l'organisation sociale. » (Yvon Quiniou Philosophe).

Il y a donc à imaginer une autre organisation de la vie qui garantisse la possibilité à tout âge de s'arrêter de travailler, de connaître un moment de formation, d'apprentissage, un moment de repos et de réflexion, un moment surtout de participation à la vie collective. Cela nécessite d'émanciper pleinement toute la succession des âges sociaux, offrir à chacun des formations initiales de haut niveau, éradiquer le chômage, d'abord des jeunes, désaliéner le travail, organiser une sécurité d'emploi et de formation, favorisant une vie hors travail riche, ouvrant ainsi la perspective de plusieurs dizaines d'années d'activités « retraitées » en bénéficiant d'une retraite par répartition indexée sur les salaires.

La retraite, issue d'une part des richesses créées par le travail, doit permettre aux salariés, après leur vie professionnelle, de jouir pleinement de cette nouvelle vie hors travail.

Au total, fin 2014, près de 17 millions de personnes sont retraitées de droit direct ou dérivé.

Premier poste de dépenses de la protection sociale, les prestations destinées aux retraité-e-s et aux conjoint-e-s survivant-e-s s'élèvent à plus de 300 milliards d'euros en 2014. La pension moyenne tous régimes de droit direct s'établit à 1 322 euros bruts mensuels par retraité en 2014. En 2014, la pension moyenne de droit direct (hors avantage accessoire) s'élève à 1 660 euros pour les hommes et à 1 007 euros pour les femmes. La pension moyenne des femmes est donc inférieure de 39,3 % à celle des hommes.

La décision politique qui est le fondement essentiel de toutes les réformes depuis 1993 est le blocage des financements publics des retraites à son niveau du début des années 2000, alors que la part de la population âgée augmente en longue période. Cette contradiction ne peut se résoudre que par la paupérisation des retraités.

Le choix qui a été fait est de distribuer tout le produit de la croissance aux actifs et rien aux retraités. C'est-à-dire que les mêmes personnes seront « avantagées » comme actifs et « désavantagées » comme retraités.

Le non dit de toutes ces réformes, c'est que les actifs bénéficiant de plus de revenus sont prévenus que leurs pensions futures seront maigres et qu'il serait prudent qu'ils compensent par une épargne privée. Vu la défiance vis-à-vis de l'épargne financière liée à l'instabilité des marchés, cette épargne se porte principalement vers la rente immobilière défendue en France par un lobby sérieux et organisé.

Évidemment tout cela a des conséquences sociales et politiques considérables, notamment dans l'articulation entre classes populaires, classes moyennes, classes supérieures.

Les « petites retraites », fabriquées en grand nombre par les réformes, relevant de plus en plus de dispositifs d'assistance et de « coups de pouce » selon l'humeur du Prince, les classes supérieures et moyennes supérieures invitées à se protéger par le patrimoine et les classes moyennes et inférieures, plongées dans l'incertitude, doivent se débrouiller avec leur stress (« on n'aura pas de retraite »).

Les personnes à faibles revenus sont globalement plus touchées par les réformes, avec une diminution de leur pension cumulée sur le cycle de vie de plus de 6 %. La baisse de pension est de 3,5 % pour ceux

ayant des revenus élevés. Par ailleurs, les réformes ont un effet modéré sur l'amélioration de la situation relative des femmes par rapport à celle des hommes au fil des générations.

Alors que le Patronat reçoit de nombreux cadeaux du Gouvernement (CICE, pacte de responsabilité, exonérations de cotisations), celui-ci refuse toute augmentation de cotisations. Il est décidé à faire supporter la charge à l'ensemble des salariés, des retraités.

Le patronat veut :

- Reculer l'âge de départ en retraite en le portant à 65 ans, en instaurant un abattement pour tous les salariés.
- Baisser les pensions de réversion pour mieux les supprimer dans le futur. Les premières victimes sont les femmes qui ont souvent les plus basses pensions.
- Réduire le montant des pensions. La dernière proposition du MEDEF prévoit, jusqu'en 2018, un nouveau gel des pensions s'ajoutant à celui déjà opéré depuis 2014. (0,1 % d'augmentation en novembre 2015)

Pour les Régimes complémentaires, il veut remplacer l'ARRCO, l'AGIRC par un régime unique qui fonctionnerait « à cotisations définies » à la manière suédoise. Ce système a conduit en Suède à une baisse de 10 % du montant des retraites en 4 ans.

**Je propose :**

- L'abrogation des diverses réformes des retraites engagées depuis 1993.
- 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, 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. Le maintien des pensions de réversion
- L'égalité salariale entre les femmes et les hommes. Progressivement réalisée, elle permettrait un accroissement des cotisations tel que tout déficit serait effacé à l'ARRCO. Quant au déficit de l'AGIRC, il serait réduit de près de moitié d'ici 2040.

- Une augmentation de la cotisation AGIRC pour permettre aux cadres de cotiser autant au-dessus du plafond de la Sécurité sociale qu'en dessous et se constituer ainsi le même niveau de retraite sur la totalité du salaire: soit 7,72 € de plus cotisés chaque mois pour un salaire mensuel de 4000 € brut. Cette mesure suffirait à rétablir durablement l'équilibre financier de l'AGIRC.
- L'élargissement de l'assiette de cotisation aux éléments de rémunération aujourd'hui exemptés (intérêts, participation, épargne salariale).
- Pour les cadres à bas salaire, une augmentation de 120 à 150 points de la garantie minimale de points et la création d'une garantie minimale de points à l'ARRCO pour les non-cadres.

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'État 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.

### **Maintenant, regardons les propositions des candidats à l'élection présidentielle**

#### **Programme de Mélenchon sur la retraite:**

Réintroduire le départ à la retraite à l'âge de 60 ans, avec 40 annuités de cotisation pour bénéficier d'une pension à taux plein. Rappelons qu'en France, la réforme de 2010 a fixé l'âge de départ à la retraite à 62 ans, et que la retraite à taux plein sera progressivement portée à 43 ans d'ici 2035.

#### **1.1. Programme de Mélenchon sur la santé**

Côté santé, Jean-Luc Mélenchon compte mettre en place le remboursement à 100 % par la Sécurité sociale des soins prescrits, y compris pour les soins dentaires, auditifs et optiques.

Jean-Luc Mélenchon propose également une solution pour remédier au terrible fléau que sont les déserts médicaux. Pour cela, il souhaite créer un corps de médecins généralistes fonctionnaires. Ces derniers seraient rémunérés pendant leurs études

#### **Position de Benoit Hamon :**

*« Je pense que la réforme de 2012 qui a consisté à rétablir le départ à 60 ans pour ceux qui ont commencé à travailler très tôt était une mesure juste. Ce qui m'importe, c'est de consolider notre protection sociale là où beaucoup veulent allonger toujours plus loin l'âge de la retraite sans se soucier des carrières longues et pénibles... (Il ne revient pas sur les 62 ans).*

*Je suis profondément attaché à notre système de retraite par répartition qui est instrument formidable de solidarité nationale et intergénérationnelle. Face à ceux qui prônent le règne du chacun pour soi, la protection de tous les Français est au cœur de mon projet. Dès 2017, je veux prendre des mesures immédiates de soutien au pouvoir d'achat : revalorisation des minima sociaux de 10 % (dont le minimum vieillesse), revalorisation de 2 % du SMIC, et des petites et moyennes pensions. Je pense qu'il faut revenir à indexation des pensions sur les prévisions d'inflation plutôt que sur la hausse des prix constatée au cours des douze derniers mois. Je propose une profonde réforme fiscale qui fusionnera l'impôt sur le revenu avec la CSG (ce que le PCF combat) et le rendra véritablement progressif par une augmentation du nombre de tranches. Cette refonte de la fiscalité profitera directement aux pensions petites et moyennes.*

#### **Position d'Emmanuel Macron**

Il ne reculera pas l'âge de départ à la retraite (62 ans): sa réforme, qu'il annoncera dans les prochains jours, vise plutôt à unifier enfin les nombreux régimes qui coexistent sans avoir pour objectif prioritaire, à court terme, de faire des économies.

Il s'est également déclaré pour une retraite à la carte jusqu'à 67 ans. Il prévoit 15 Md € d'économies sur l'Assurance maladie et 10 Md € sur l'assurance chômage, ainsi que la suppression de 120 000 emplois de fonctionnaires.

Quant aux cotisations santé des salariés, Macron avait déjà annoncé leur suppression pour augmenter le salaire net sur la fiche de paie. Ce geste sera compensé par une augmentation de la CSG pour les 60 % des retraités les plus aisés.

#### **François Fillon :**

Cinquième objectif: garantir la pérennité de notre système de retraite

Reculer l'âge de départ à la retraite à 65 ans, pour sauver le régime général des retraites.

Les dépenses sociales représentent plus de la moitié des dépenses publiques, les retraites constituant le poste

le plus important. Les réformes engagées ces dernières années ne suffisent pas à assurer l'équilibre de notre système par répartition et l'allongement de l'espérance de vie doit être pris en compte pour en assurer la pérennité et garantir le maintien du pouvoir d'achat des retraités ; le passage à 65 ans le permettra.

Harmoniser graduellement les régimes de retraite public et privé et supprimer les régimes spéciaux de retraite.

Faire converger les règles de calcul entre régimes publics et régime privé. La retraite des fonctionnaires devra donc être calculée sur les 25 meilleures années de leur carrière, comme c'est le cas pour tous les salariés. En contrepartie, leurs primes devront être intégrées à la pension de retraite.

Supprimer les régimes spéciaux de retraite pour les faire basculer vers le régime général.

### **Le programme du FN concernant les retraites**

Le programme du Front National, disponible sur son site jusqu'en 2011,

- pousser les femmes à rester le plus souvent possible à la maison (cette partie du programme lepéniste est intitulée « encouragement de la famille et de la natalité »).
- faire travailler les Français plus longtemps pour une retraite moindre. Longtemps, le programme du FN prévoyait l'ouverture des droits à la retraite à 65 ans. Aujourd'hui, il le cache mais ne parle jamais du droit à la retraite à 60 ans, seulement de la retraite à 60 ans pour 40 ans de cotisations (et plus de 40 ans si nécessaire).
- développer les retraites par capitalisation aux dépens des retraites par répartition, en déduisant fiscalement tout versement vers ces retraites par capitalisation. Il s'agit là du processus qui a conduit les retraites par répartitions britanniques à s'effondrer.
- diminuer de façon draconienne les retraites de celles et ceux n'ayant pas le nombre légal de trimestres cotisés.

### Le double discours du FN pour 2017

Pour la campagne présidentielle 2017, le Front national tient un double discours :

Effet d'annonce : « RETRAITE à 60 ans pour 40 ans de cotisation » Et le maintien par Marine Le Pen de sa position donnée plusieurs fois publiquement depuis 2012 : IL FAUDRA FAIRE DES SACRIFICES. « Si il apparaît qu'on ne peut pas maintenir notre système de retraite, alors nous nous tournerons vers les Français pour

*leur dire que ce n'est pas possible. Et je crois que, alors, les Français seront d'accord pour les sacrifices nécessaires. »*

le maintien par le Front national de sa position pour l'allongement au-delà de 40 ans de cotisation pour ouvrir les droits à la retraite. Parmi les déclarations récentes, voici celle de sa responsable du programme (Madame Joëlle MELIN) : « Nous aurons du mal à rester sur les 40 ans de cotisation car il faut tenir compte de l'allongement de la vie ».

## La question des retraites dans la Présidentielle de 2017

Par Mme Sylvie Durand

Au moment où ces lignes sont écrites, la question des retraites n'a pas donné lieu à des positionnements précis et détaillés des candidats. Le Medef lui est en revanche très clair dans ces propositions.

### 1. Les positionnements politiques et syndicaux.

Jean-Luc Mélenchon propose le rétablissement du droit à retraite dès 60 ans avec une pension représentant 75 % du dernier salaire et dont le montant ne pourrait être inférieur au SMIC. Toutefois ces droits ne seraient accessibles qu'à la condition d'avoir cotisé **40 annuités** ce qui suppose de débiter son activité professionnelle à 20 ans et de valider chaque année 4 trimestres. Une exigence tout à fait incompatible avec la réalité des carrières d'aujourd'hui : à trente ans les jeunes, qu'ils aient fait ou pas des études, n'ont validé en moyenne que 7,5 années ! Toujours en moyenne, ils ne pourraient donc partir en retraite au mieux qu'à 62,5 ans.

Il conviendrait donc d'attirer l'attention de Jean-Luc Mélenchon sur une proposition beaucoup plus pertinente, défendue par la CGT : accorder le droit à retraite dès 60 ans, avec au minimum le SMIC ou 75 % du salaire de fin de carrière sans autre condition que d'avoir une carrière complète. **Une carrière serait considérée comme complète dès lors qu'elle ne comporterait que des périodes d'études, d'activité professionnelle, de formations, ou d'inactivité contrainte (maladie, chômage, incapacité, maternité)**. La personne qui, pour convenance personnelle, déciderait d'interrompre son activité, aurait à choisir entre la prolonger d'autant après 60 ans ou accepter une pension diminuée, de façon à ce que la collectivité ne supporte pas le financement d'un choix individuel (principe d'égalité de traitement).

Benoît Hamon est peu disert sur le sujet : ses déclarations font état de la prise en compte de la pénibilité dans le cadre du calcul des cotisations. Ceux qui ont un métier pénible, devraient cotiser moins. Il propose également de prendre en compte le temps consacré aux engagements associatifs dans le calcul des droits à la retraite et de revaloriser les minima sociaux

de 10 % (dont le minimum vieillesse) ainsi que les petites et moyennes pensions, sans plus de détails. Enfin il propose de "revenir à l'indexation des pensions sur les prévisions d'inflation plutôt que sur la hausse des prix constatée au cours des douze derniers mois". Rappelons qu'en substituant une indexation sur les prix à la place de l'indexation sur les salaires, la réforme Balladur de 1993 a organisé **un décrochage majeur des pensions par rapport aux salaires de fin de carrière**. C'est pourquoi, il convient de rétablir **une indexation des pensions liquidées et des droits en cours de constitution sur l'évolution des salaires**.

Libéraux, socio-démocrates et Medef partagent pour l'essentiel une même approche qui a été théorisée par Thomas Piketty, l'actuel conseiller économique de Benoît Hamon : il s'agit d'évoluer vers un régime universel, se substituant à terme à l'ensemble des régimes du public et du privé et **fonctionnant à cotisations définies** comme les comptes notionnels suédois.

Selon la doctrine européenne, la part du PIB consacrée au financement des retraites ne doit pas excéder 14 % des PIB nationaux. En conséquence, ce courant de pensée exclut toute augmentation des cotisations et de leur assiette. Tous les ajustements se font par le recul de l'âge de départ en retraite et par la baisse des pensions, liquidées ou en cours de constitution, comme en Suède (baisse de 9,67 % en 4 ans).

Ainsi Emmanuel Macron propose-t-il de « *moduler selon les individus et les situations* » l'âge de départ. C'est l'argument de la retraite à la carte, cher à la CFDT, avec un inconvénient majeur : le montant des retraites serait également à la carte ! Le propre des systèmes à cotisations définies est en effet de délivrer une rente viagère, donc proportionnelle à l'espérance de vie à la retraite, à la place d'une pension proportionnelle au salaire des meilleures années de carrière. Plus on part tôt, plus la rente est modeste, plus on part tard, plus elle augmente.

Ce qui permet à Emmanuel Macron de déclarer, histoire de rendre plus séduisante sa proposition : « *pour chaque euro cotisé, le même droit à pension pour*

tous!» ou encore « nous ne toucherons pas à l'âge de la retraite ». Et pour cause, ce sont les salariés qui sont supposés arbitrer eux-mêmes entre le montant de leur retraite et leur âge de départ, sous réserve qu'ils aient la possibilité de se maintenir en emploi. Ainsi le Premier Ministre suédois, Fredrik Reinfeldt, déclarait-il en février 2012 que les actifs devraient travailler jusqu'à 75 ans s'ils voulaient pouvoir bénéficier du même niveau de retraite qu'en 2011.

François Fillon développe une proposition du même ordre, avec un échancier différent, calé sur plusieurs quinquennats. À côté des mesures de court terme, report à 65 ans de l'âge d'ouverture du droit à retraite d'ici 2022, recul de 62 ans à 63 ans de l'âge de départ en carrière longue, augmentations anecdotiques des petites pensions et réversions, il propose également à moyen terme la suppression des régimes spéciaux, l'unification de tous les régimes de retraite, la fusion des régimes de base et complémentaires et la mise en place **d'un régime unique en points**. Ce régime unique en points fonctionnerait comme le régime unifié que les organisations syndicales s'appêtent à mettre en place.

## **2. Le rôle décisif de la négociation sur le régime « unifié » de retraite complémentaire**

Selon l'accord du 30 octobre 2015 (dont la CGT et FO ne sont pas signataires), un régime dit « unifié » est appelé à remplacer l'ARRCO et l'AGIRC à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019. Une négociation doit s'engager dans les prochains mois. Ce qui est en jeu, c'est la possibilité, sans précédent en France, d'une diminution des retraites liquidées, comme en Suède ou en Grèce... Avec le risque d'une mise en place de systèmes d'épargne retraite obligatoires.

Ce régime fonctionnerait « à cotisations définies », ce qui ferait de la pension de retraite une vulgaire variable d'ajustement. Il n'obéirait qu'à une logique strictement gestionnaire en alignant les dépenses sur des ressources que le Medef veut figer définitivement.

À cet effet, l'accord introduit des « facteurs de soutenabilité » qui permettraient, en « tenant compte de la situation économique et de l'évolution démographique », de réduire chaque année les futurs droits à retraite ainsi que les pensions liquidées avant ou après le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## **Quelles conséquences pour les salariés et les retraités?**

Ce fonctionnement « à cotisations définies » impacterait tous les salariés et serait particulièrement catastrophique pour les ingénieurs, cadres, techniciens et agents de maîtrise puisqu'il affecterait plus de la moitié de leur future retraite. Dans l'espoir d'améliorer le montant de leur pension, ils n'auraient plus d'autres choix que de souscrire auprès des banquiers et des assureurs des produits d'épargne retraite.

Il existerait alors un fort risque qu'ils ne se refusent à payer deux fois, l'une en répartition et l'autre en capitalisation. En les poussant à se désolidariser du financement de la répartition, le régime unifié pourrait déstabiliser le financement de la Sécurité sociale qui perdrait son caractère d'universalité pour devenir un organisme d'assistance aux plus démunis.

## **Quelles incidences pour les salariés du secteur public et pour le régime de base de Sécurité sociale?**

Légitimé par les partenaires sociaux, le fonctionnement « à cotisations définies » ne manquerait pas d'être étendu par l'État à l'ensemble des régimes spéciaux et aux régimes de base de Sécurité sociale. Cela renforcerait l'emprise des banquiers et des assureurs sur la protection sociale.

## **3. Ce qu'il faudrait obtenir des candidats tournés vers le progrès social.**

En tout premier lieu l'engagement de faire fonctionner notre système de retraite « à prestations définies ». Concrètement, cela doit se traduire par un engagement sur un niveau de pension qui, à terme, ne saurait être inférieur à 75 % du salaire de fin de carrière pour permettre une transition sans encombre entre activité et retraite. L'indexation des pensions et des droits en cours de constitution sur l'évolution moyenne des salaires devra par ailleurs être rendue obligatoire par la loi dans tous les régimes.

Pour répondre à l'aspiration majoritaire des citoyens et permettre aux jeunes générations un accès rapide à l'emploi, le droit à retraite à 60 ans pour tous doit être rétabli avec des mesures de départ anticipé à 55 ans pour les salariés exposés à des conditions de travail pénible.

**À cet effet plusieurs mesures de financement peuvent être préconisées.**

- En tout premier lieu, une contribution financière en faveur de l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. Des travaux réalisés tant par la Caisse nationale d'Assurance vieillesse que par l'ARRCO et l'AGIRC, ont établi que cette égalité salariale, réalisée en dix ans, permettrait d'effacer tous les déficits de nos régimes de retraite et même de reconstituer pour les régimes complémentaires de substantielles réserves. D'où la proposition de création d'une cotisation strictement patronale qui verrait son taux initial de 1 % diminuer au fur et à mesure que les inégalités seraient elles-mêmes réduites. Elle aurait donc vocation à s'éteindre sitôt que l'égalité salariale femmes / hommes serait obtenue. Son taux national serait modulé entreprise par entreprise en fonction de l'amplitude des écarts salariaux liés au genre. Certaines entreprises cotiseraient donc au-delà du taux de 1 % tandis que d'autres cotiseraient en-deçà. La mesure viserait à encourager les entreprises qui ont d'ores et déjà entrepris de réduire les inégalités salariales liées au genre et à inciter fortement les autres à ne pas rester hors la loi.
- L'élargissement de l'assiette des cotisations à l'intéressement et la participation
- La mise à contribution des revenus financiers des entreprises

## Autonomie & vieillissement

Par Claude Chavrot

Le fil conducteur de nos propositions pour les personnes en perte d'autonomie, c'est de mettre l'humain au centre de la réponse à leurs besoins quelle que soit leur situation ou leur âge. Dans le prolongement du dossier sur les retraites, celui de la perte d'autonomie vise, pour le pouvoir, à poursuivre l'empreinte néolibérale tant sur l'aspect civilisation que celui de la métamorphose du financement de la protection sociale avec un recul de la solidarité mais aussi une diminution du financement public pour laisser une plus grande place au secteur financier et à la privatisation. La politique des gouvernements Hollande n'a que peu varié par rapport à ces orientations. La loi sur le vieillissement, se limitant aux personnes âgées, affiche de bonnes intentions, mais sans y consacrer les moyens nécessaires.

Notre projet c'est l'affirmation de la défense de la protection sociale solidaire. Il s'inscrit dans une critique totale de la situation actuelle avec l'insuffisance des moyens collectifs mobilisés mais aussi des principes avancés dans les projets gouvernementaux. La prise en charge actuelle n'est pas acceptable, leur proposition va aggraver les injustices et creuser les insuffisances graves.

### **Cet enjeu de société s'inscrit dans un nouveau projet de civilisation :**

L'autonomie de la personne humaine est un objectif social central de nos sociétés développées. Il s'inscrit dans le cadre de la solidarité et vise l'objectif d'hommes libres et égaux en société, capables de se choisir individuellement et collectivement un avenir respectueux de la dignité de chacun, suivant les principes de la Sécurité sociale de 1946 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur, avec la prise en charge de ce nouveau besoin qu'est la perte d'autonomie. Nous prenons le concept de perte d'autonomie en lieu et place de celui de dépendance, car fondamentalement porteur de solidarité à l'opposé de l'individualisme. Elle n'est en rien un risque en soi, ce qui explique notre rejet de l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'exper-

tises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité.

La perte d'autonomie totale ou partielle renvoie à 3 situations distinctes : grand âge, handicap et invalidité, donc 3 populations distinctes même si une personne peut passer d'une situation à une autre. Elle est traitée de 3 manières : prise en charge médicale et médico-sociale, prestation/indemnisation de compensation et politique d'ordre sociétal avec 3 acteurs principaux : les organismes sociaux, les collectivités locales et leurs services publics, et les acteurs privés (assurantiels et médico-sociaux).

Le processus d'autonomisation vise à se libérer d'un état de sujétion, à acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Il ne s'agit pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais de créer les conditions économiques et sociales de leur autonomisation tout au long de leur vie. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, etc.

### **Un pôle public pour organiser, coordonner et mettre en œuvre**

La création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomie des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : État, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge, tant pécuniaire que de la qualité de la prise en charge.

Nous proposons au niveau départemental un pôle public de « l'autonomie », s'appuyant sur le développement des services publics existants avec tous les aspects d'aides (repas, toilettes, mobilisations, etc.) mais aussi équipements et aménagements des logements,

transports. Le pôle public doit permettre une synergie entre les services publics ainsi développés en les coordonnant avec les nouveaux services publics du handicap et celui des personnes âgées à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidants et une meilleure efficacité du service rendu. Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux dans une forme à définir (agence, établissement public, service ministériel) afin de garantir une maîtrise, une cohérence et une égalité sur le territoire national. Nous voulons assurer à cette échelle une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie. Ce sera aussi engager une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création en nombre d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif. Pourquoi ne pas intégrer dans le cadre de la fonction publique territoriale ces associations dans un cadre juridique nouveau à inventer sans exonérer l'État de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale. Pourquoi pas un ministère de l'autonomie pour ces nouveaux défis ?

Un accompagnement des aidants (souvent des aidantes) est légitime. Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire avec la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale avec un développement sans précédent en établissements publics pour personnes en perte d'autonomie. Il s'agit également de garantir l'accès aux services spécialisés médicaux. Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité en termes de réponse aux besoins. Il faut augmenter le taux d'encadrement en personnel qualifié des structures publiques pour arriver à un ratio d'au moins un personnel par personne accueillie.

**Le point central, un financement solidaire et dynamique: ni « 5<sup>e</sup> risque », ni 5<sup>e</sup> branche de prestations »**

Surfant sur les attentes des associations appelant à une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la droite avance le concept de « 5<sup>e</sup> risque » pour la Sécurité sociale, « le risque dépendance ». Cela ne correspond pourtant en rien à son architecture actuelle, qui couvre déjà 9 « risques

», répartis dans les 4 branches prestataires. En réalité, ce concept de « 5<sup>e</sup> risque » organise une confusion (défendue par la droite et le patronat), qui voudrait laisser croire que la perte d'autonomie est assurable globalement et à part entière, au même titre que n'importe quel risque classique par le secteur assurantiel privé. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui puisque les financements et prestations de la dépendance liés à l'âge viennent essentiellement de la Sécurité sociale et des départements. C'est pourquoi nous rejetons ce concept de « 5<sup>e</sup> risque » dont l'unique raison est, en isolant les recettes, de le faire financer par des complémentaires, en particulier les assurances privées. Nous refusons aussi un nouveau découpage de la Sécurité sociale qui conduirait à une rupture supplémentaire de son unité. Une 5<sup>e</sup> branche affaiblirait la protection sociale solidaire. Il est clair que certains n'attendent que cela pour ouvrir ce financement au monde financier et assurantiel. Cela encouragerait ceux qui veulent demain une branche « petite enfance ». Ce serait l'éclatement de la Sécurité sociale. En outre, cette nouvelle branche aurait un objet actuellement en partie couvert par l'assurance maladie ce qui entraînerait un siphonnage partiel de l'Assurance maladie par cette nouvelle branche. Elle contribuerait ainsi à l'affaiblir et à ouvrir plus grand encore la porte aux complémentaires. Au contraire, nous affirmons l'universalité de l'Assurance maladie, nous voulons la renforcer et y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie. Nous considérons que l'Assurance maladie doit prendre en charge à 100 % la partie soins dans une conception élargie.

De toute évidence, ces choix induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomie à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays. Ce financement n'a de sens que s'il est réellement pérenne et non tributaire des ressources de l'État ou des familles. Nous posons le principe d'un financement solidaire dans la Sécurité sociale et d'un financement public. Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi, prenant la forme pour ces entreprises d'une majoration de cotisations sociales. La loi sur l'emploi des personnes handicapées est mal appliquée et insuffisante. Il faut aussi affecter à la perte d'autonomie une partie, à déterminer, de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches.

Nous proposons, par ailleurs, d'assurer un financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie par l'État, au moyen d'une dotation de compensation pour les départements, indexée sur leur dépense annuelle réelle en la matière. Cela induit explicitement une modification du cadre constitutionnel et l'obligation de remboursement de la dette de l'État auprès des départements en matière d'APA et de PCH et de stopper les réductions de dotations aux collectivités territoriales. Néanmoins, un véritable financement public pérenne de la prise en charge de la perte d'autonomie exigera une réforme de progrès et d'efficacité de la taxe professionnelle, ainsi qu'une véritable réforme de la fiscalité nationale et locale juste et progressive afin de ne pas faire peser indistinctement sur tous les ménages l'essentiel de l'effort contributif, réforme qui porte la suppression de la CSG. Cela passe par une progression dans l'immédiat d'impôts et taxes notamment sur les revenus financiers des plus hauts revenus. Cela renvoie aussi à une autre conception de l'Europe, de sa monnaie, de la Banque centrale européenne pour développer les services publics. Nous sommes opposés à l'assurance obligatoire, le second comme le premier jour de travail gratuit, l'augmentation de la CSG des retraités, l'étranglement des finances des conseils généraux.

## Deux ans après le rapport sur les services à domicile

Interview de Dominique Watrin, Sénateur communiste du Pas-de-Calais

Par Jean-Yves Barreyre

En 2014, Jean Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, sénateurs du Pas-de-Calais, remettaient un rapport d'information au Sénat intitulé « *L'aide à domicile des personnes fragiles: un système à bout de souffle à réformer d'urgence* »<sup>(24)</sup>. Il portait sur la situation des services à domicile qui interviennent auprès des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie, confrontées à une dégradation de leur situation financière, liée entre autres au mode de tarification et à leur organisation propre. Le rapport faisait trois séries de recommandations:

**1°- Refonder l'environnement juridique et tarifier ces services:** dans ce cadre ils proposaient,

- sur la base de l'expérimentation d'une tarification à dotation globale et de l'étude nationale des coûts en cours, une réforme pérenne de la tarification, confiée à la CNSA
- Ne retenir qu'un seul système d'autorisation renouvelé
- Confier à l'IGAS une évaluation des SPASAD (voir en infra dans ce numéro)
- Développer des dispositifs pérennes de coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales dans lesquels les SAD puissent trouver toute leur place.

**2°- Améliorer les conditions de rémunération des salariés et rendre plus attractif le secteur de l'aide à domicile:** ils proposaient dans ce cadre

- de renforcer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile
- d'engager une politique de prévention de la pénibilité (via la CNSA)
- d'encourager des contrôles plus systématiques des structures
- de renforcer les dispositions liées aux conditions de travail dans leurs cahiers des charges

**3°- Renforcer le soutien financier de l'État et accélérer les efforts de mutualisation et de modernisation:** dans cette troisième série de propositions, ils proposaient de

- Renforcer durablement la participation de l'État dans le financement de l'APA et de la PCH
- Définir un tarif national de référence de l'APA, modulable selon les caractéristiques des départements;
- Approfondir et accompagner les efforts de mutualisation et de modernisation des services.

Deux ans après la remise du rapport, nous avons interviewé Dominique Watrin pour faire le point sur la prise en compte de ces recommandations, après le vote de la loi sur l'accompagnement de la société au vieillissement et les expérimentations des SPASAD intégrés.

**Une loi aux bonnes intentions mais très nettement insuffisante**

Pour M. Watrin, « La loi sur l'accompagnement au vieillissement a eu un point positif: il y a eu une large concertation et le débat national lancé par Madame Delaunay a au moins permis d'écarter les mauvaises pistes que formulait la droite à l'époque (la volonté de supprimer le GIR 4 ou le recours sur succession qui aboutit au fait que les gens ne sollicitent plus la mesure d'accompagnement). La démarche a été bonne et on peut se retrouver sur les différentes pistes: la prévention (puisque 40 % des entrées en dépendance par exemple, sont liées à une chute), l'adaptation des logements, le développement de la domotique, la détection des fragilités. Mais cela pose le problème de la qualification des personnels pour détecter les situations de fragilité, nécessite d'avoir des salariés qui sont reconnus socialement et d'avoir les moyens de mener à bien ces ambitions. Or, les effets attendus ne sont pas au rendez-vous. On est confronté à un vrai défi de société: les plus de 85 ans vont être multipliés par 3,5 d'ici 2050, le nombre de bénéficiaires de l'APA va doubler! La Cour des Comptes estime par exemple qu'il faudrait trouver pour l'aide à domicile 7 milliards d'ici 2060 alors que les départements, chargés du pilotage de l'APA, sont exsangues.

La loi vieillissement propose 730 millions d'euros financés uniquement par les retraités imposables, alors

qu'il faudrait, ne serait-ce que pour les EHPAD, passer à un taux d'encadrement de 0,56 ETP aujourd'hui à 0,65 ETP comme cela était prévu dans le plan Grand Age, ce qui coûterait 7 milliards d'euros. On estime qu'il faudrait créer dans les années à venir 540 000 places d'hébergement médicalisé, ce qui suppose de trouver 11 milliards, alors que les projets aujourd'hui sont quasiment bloqués dans certains départements. Si on voulait avoir une prise en charge universelle à 100 % du reste à charge des familles, c'est 9 milliards d'euros qui se rajoutent.

Des effets d'annonces regrettables :

Lorsque le gouvernement déclare que le dé plafonnement de l'APA va conduire à octroyer une heure de plus pour les GIR 1 et 2 par jour, si on refait les calculs, ce sera plutôt une heure par semaine. Quant au droit au répit, il ne concernera qu'une minorité des quatre millions d'aidants et de manière très ciblée. Pour les foyers-logements, appelés aujourd'hui « résidences autonomie », on annonce une bonne mesure que sont les actions de prévention collective, mais quand on regarde les moyens mis à disposition (quarante millions d'euros), cela représente 1/2 temps plein par foyer logement pour mener ces actions collectives de prévention et on s'aperçoit qu'en 2016, seuls 25 millions d'euros et non 40 sont mis à disposition, ce qui ne représente plus qu'1/4 de temps plein. De plus ces structures, construites pour la plupart dans les années soixante, ont besoin d'une réhabilitation et d'une mise aux normes. La loi annonce que 80 000 logements pourraient être adaptés, mais cela risque d'être beaucoup moins : les aides ANAH ne sont pas à 100 % et ce n'est pas certain que le crédit d'impôt ou le micro-crédit compensent le reste à charge. Il conviendrait aussi d'apporter des aides aux bailleurs sociaux pour permettre aux personnes âgées de déménager dans des logements plus petits et adaptés sans supplément de loyer.

Un pacte intergénérationnel et un droit universel

Pour Dominique Watrin, la question est celle du choix politique d'un pacte intergénérationnel en se donnant les moyens de répondre aux besoins annoncés du vieillissement, d'un droit universel de l'accompagnement de la perte d'autonomie à 100 %, par le financement de la Sécurité Sociale en ajoutant à la branche maladie le risque dépendance et de perte d'autonomie. Cela pourrait être financé par la taxation des revenus financiers au même niveau que les salaires.

Les autres propositions (augmentation de la TVA, une deuxième journée de solidarité pesant sur les salariés) font toujours peser les efforts sur les mêmes, ce qui est contre-productif. Dès le P.L.F.S.S. 2017, la ministre pourrait déjà doubler les produits de la CASA en taxant à 0,3 % les dividendes des actionnaires, ce qui permettrait de répondre à l'amélioration des conditions de travail des personnes travaillant au domicile des personnes âgées.

### **Le juste coût des services d'aide à domicile**

En ce qui concerne les services à domicile, il faut d'abord, selon M. Watrin « déterminer le juste coût. Je ne suis pas pour le statu quo, il y a des structures qui sont mal gérées. Il y a des restructurations qui sont nécessaires. Cela dit, une fois que l'on réorganise les choses, quel tarif met-on en place? Depuis deux ans nous réclamons la publication de l'étude nationale des coûts qui a été confiée au comité de pilotage de la refondation de l'aide à domicile, et dont le rendu avait été promis avant septembre 2015. Je viens seulement d'apprendre, en rencontrant la Ministre, que les résultats de cette étude avaient été présentés au Comité de pilotage en mars 2016 et qu'elle est publiée depuis le mois de mai. Or l'étude conclut que le coût moyen de l'heure pour une structure est de 24 euros de l'heure, sur la base des données 2011-2013, c'est-à-dire qu'on peut considérer qu'en 2016, c'est au minimum 25 euros de l'heure. Le problème est là. Tant qu'on ne s'attachera pas à cette question fondamentale, on fera du rafi-stolage. Actuellement, 60 % des départements paient en dessous du tarif de la CNAV à 20,30 €, alors qu'il faudrait payer 25 €. Or au moment de la loi 2002, l'APA était financée à 47-48 % par l'État. On est descendu en moyenne à 31 %. Même si la Ministre dit qu'avec la loi vieillissement cela va remonter à 34 %, il y a encore un effort à faire du côté de l'État sinon on ne règlera aucun des problèmes posés, ni l'équilibre financier des structures, ni la situation dramatique de certaines personnes âgées, ni la précarité extrême des personnels. La proposition du rapport sénatorial est donc de faire supporter par l'État le financement du rattrapage entre 20,30 € (tarif moyen actuel) et 25 € de l'heure. Cela coûterait d'après les calculs réactualisés de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, entre 500 et 600 millions d'euros ».

Reconnaître les personnels des SAD

« Aujourd'hui dans l'aide à domicile, plus de 90 % des personnels sont des femmes, elles travaillent du

matin au soir sur des amplitudes horaires extrêmement larges, avec des frais de déplacement qui ne sont pas tous pris en charge et elles sont parfois seules face à des personnes âgées dont la dépendance peut augmenter au fil du temps et aboutir à des situations complexes; elles sont confrontées à des ports de charges lourdes, des charges physiques mais aussi des charges psychologiques. Or 60 % ne sont pas formées, qualifiées et à chaque fois qu'une structure essaie de qualifier ces personnels, elle devient plus chère. Or dans le cadre d'un marché concurrentiel qui est mis en place depuis 2005 par Monsieur Borloo, cela devient très rapidement intenable. Il y a donc la question de la formation professionnelle mais aussi celle de la reconnaissance sociale, qui passe par la revalorisation de ces aides à domicile. Une aide à domicile, nous l'avons montré dans le rapport, c'est 832€ par mois, l'augmentation de l'indice de 1 % qui a été accordé l'an dernier, alors qu'il était bloqué depuis 2009, c'est un déblocage, certes, mais comme je l'ai dit à la ministre, une revalorisation aussi ridicule revient à donner un morceau de pain à chaque aide à domicile ». D'autre part, lors de notre rencontre avec la ministre nous nous sommes fait l'écho des syndicats qui demandent la généralisation de la subrogation, parce que les personnels de l'aide à domicile en arrêt maladie ou en invalidité restent parfois deux ou trois mois sans être payés.

### **Les SPASAD intégrés**

« J'observe tout d'abord qu'il en manque sur le territoire. Je pense que c'est une bonne chose pour mieux coordonner les interventions qui relèvent du sanitaire et du médico-social et offrir un meilleur service aux usagers. Mais j'entends aussi les différents acteurs concernés qui craignent que cela n'entraîne un désengagement d'une partie ou l'autre des financeurs au détriment des personnes et des services. Toutefois, dans le cadre d'une implication plus forte de l'État vers le droit universel que je préconise, il y a un autre avantage qui serait d'ouvrir des passerelles vers le sanitaire pour les personnes de l'aide à domicile qui pourraient ainsi évoluer dans leur carrière. Cela tirerait l'ensemble vers le haut. En définitive, je pense que les appréhensions sont surmontables. Voilà pourquoi je suis favorable à leur généralisation.

## Déclinons l'avenir de l'hôpital public

Par Mme Evelyne Vander Heym

Que n'entend-on pas depuis près de 40 ans sur l'hôpital public :... hospitalo-centriste, trop cher, trop cloisonné, pas efficace... « Il y a trop d'hôpitaux » ! Ces propos meurtriers ont été encore repris par les soutiens de Juppé / Fillon lors des primaires de la droite. La Fédération Hospitalière de France, en présentant ses doléances aux candidats des Présidentielles, a affirmé avec solennité : « *l'hôpital public n'a jamais été autant sous pression* ». Il demeure, qu'aujourd'hui, dans notre pays les derniers sondages d'opinion (ODOXA) réaffirment l'attachement de la population à l'hôpital public, avec néanmoins une inquiétude largement partagée quant à la dégradation constatée et conscience que les hôpitaux manquent de moyens (personnels, investissements...).

Si, pendant les « trente glorieuses », le système hospitalier public a bénéficié d'un cadre favorable à sa suprématie et son développement (1958 : création des CHU, 1960 : création de la psychiatrie de secteur, 1970 : planification hospitalière...), les logiques d'austérité se traduisant par un objectif majoritaire de « maîtrise de dépenses de santé » frappent de plein fouet les hôpitaux publics.

Les « réformes hospitalières » vont se succéder concernant autant l'environnement, l'encadrement financier des hôpitaux, que leur mode de gestion et de fonctionnement : les ordonnances Juppé, la loi Douste-Blazy, la loi HPST et enfin la loi dite « de modernisation de notre système de santé », avec la mise en place autoritaire de 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ceux-ci vont progressivement « effacer » les quelques mille hôpitaux publics œuvrant actuellement sur le territoire national. Ainsi, après avoir organisé l'étranglement financier des établissements avec les enveloppes budgétaires encadrées à la baisse depuis 1996, d'une part par l'ONDAM, d'autre part par la tarification à l'activité (T2A), c'est le démantèlement du système hospitalier qui est visé. Personne ne table sur l'hypothétique redressement financier des EPS. Au contraire, les dispositions financières prises ces dernières années (plans Hôpital 2007-2012) concourent à « leur appuyer sur la tête ». N'est-ce pas la Cour des Comptes, qui, fin 2013, affirme : « *Les ARS ne devraient pas hésiter à utiliser les moyens de*

*contrainte importants dont elles disposent pour amplifier les opérations de restructurations et développer des coopérations entre établissements de nature à dégager des gains d'efficience... » !*

La Cour des Comptes préparait le « pacte de responsabilité » avec l'objectif de plus de 10 milliards d'économie de dépenses d'Assurance-maladie ! Rappelons que l'enveloppe hospitalière, tous établissements confondus, représente entre 42 et 44 % de l'ONDAM...

### **Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) : l'arbre qui cache la forêt ?**

Pour résumer l'essentiel : les GHT s'inscrivent dans un rythme accéléré de baisse des dépenses Assurance-maladie ; en atteste les quelque 1,7 milliard d'économies pour les hôpitaux sur un total de 3,5 milliards en 2017, troisième année du Pacte de responsabilité.

Il faut saluer la lucidité et la combativité des communautés de psychiatrie publique qui, avant la signature des conventions de regroupements au 1<sup>er</sup> juillet 2016, se sont mobilisées et, dans certains endroits, ont mis en échec les projets des ARS. Récemment 166 médecins du CH Le Vinatier de Bron ont lancé un appel, un peu comme une « bouteille à la mer » : ... » N'est-il pas temps de désapprouver des choix budgétaires et politiques qui vont à l'encontre de notre engagement médical auprès des patients ? Nous avons encore le choix d'affirmer une position clinique, citoyenne et politique, celle de la défense de l'hôpital public du refus de son démantèlement. L'Hôpital ne peut pas être considéré comme une entreprise et n'a pas vocation à être rentable. Une médecine publique de qualité est un choix de société, un investissement pour lequel une société engage les moyens nécessaires. » ! VOILA ! Tout est dit !

### **Repartir à l'offensive !**

Les GHT sont une véritable imposture ! L'objectif est clair, mais la boîte à outils est vide. Elle est pour le moins inopérante à transformer si profondément la réalité : les besoins de proximité, les besoins de qualité

et de sécurité, les besoins de coopération sont présents partout! La « démocratie sanitaire est en panne! » En atteste ce qui se passe sur le terrain: des ARS qui décident avec une poignée de cadres de direction et quelques médecins, laissant l'immense majorité des soignants, des médecins et des personnels techniques et administratifs dans l'ignorance totale, alors que ces derniers sont concernés par les premiers regroupements. Ne parlons même pas des élu-e-s et de la population. Les projets médicaux sont au point mort: et pour cause, ils n'ont jamais été une finalité!

Pour résumer: un déni de démocratie, une remise en cause de la proximité, une finalité financière, avec des « établissements supports » qui sont les « bras armés » des ARS! Il faut combattre les GHT qui n'ont pas d'autre objectif que la refonte globale de l'offre de santé. La droite l'a bien compris qui propose... En toute logique d'y intégrer les établissements privés!

### **Un véritable projet pour l'hôpital public!**

Nous avons besoin d'une vision large, prospective et partagée pour repenser le système de santé et l'hôpital publics pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain: comment affronter le développement intolérable des inégalités sociales, le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, le développement des technologies biomédicales, du numérique... Les attentes de la population, des professionnels de santé nous invitent à mettre en chantier un véritable projet politique. Elles et ils, avec leurs organisations syndicales, leurs associations, les élus, ne manquent pas de propositions pour revivifier les missions de service public, pour questionner la place de l'hospitalisation dans l'évolution des soins, repenser de véritables coopérations interhospitalières sur la base de la continuité des soins, replacer l'hôpital de proximité dans un maillage de service de santé publique de proximité, avec un réseau de centres de santé... Autant de questions, d'exigences qui doivent retrouver une logique de mobilisation, de créativité et de démocratie à tous les niveaux...

Mais, dans l'immédiat, soyons disponibles et force de proposition, pour soutenir et participer aux luttes des professionnels hospitaliers:

- Imposer l'arrêt des regroupements / restructurations en cours et toute fermeture d'établissement et/ou services.

- Exiger un Plan national d'embauche, de titularisation, de formation, de réorganisation des services dans une ampleur exceptionnelle.
- Exiger un plan de sauvegarde budgétaire des hôpitaux, l'effacement de la dette et un plan de sortie de tous les emprunts toxiques.

## Centre de santé/Maison de santé

Par le Dr Fabien Cohen

Cet article vise à aider, dans cette campagne électorale (voir au-delà), à se positionner sur l'alternative entre Maison de santé pluridisciplinaire et Centre de santé, afin de répondre aux besoins de santé de médecine de ville ou ambulatoire des populations, dans le cadre d'un maillage territorial de santé publique de soins de premiers recours.

Dans ce contexte, pour moi la solution de centre de santé s'impose car c'est à la fois une structure dispensatrice de soins comme de prévention, répondant à des besoins de proximité, et ce pour les raisons suivantes :

- Il est un lieu qui participe par ses missions à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en offrant soins et prévention à tous, par le tiers payant intégral, la coordination des soins, l'accompagnement social des patients, la prise en compte de toutes les populations sans discrimination sociale, culturelle ou religieuse, la prévention, la proximité avec une amplitude d'ouverture adaptée aux besoins du territoire et des populations.
- Il a la possibilité d'accès à des soins non programmés et participe à la permanence des soins ambulatoires.
- Il constitue un lieu de stages pour la formation des différentes professions de santé.
- Le Centre de santé est une réponse à la question de la désertification médicale, car elle salarie les personnels de santé médicaux et paramédicaux, et donc les postes sont de la responsabilité du gestionnaire, à la différence de la Maison de santé pluridisciplinaires composées de praticiens libéraux, donc seuls détenteurs de leur poste, notamment en cas de départ comme aucune obligation pour eux de se trouver un successeur.
- Il répond à une demande de plus en plus large des jeunes praticiens qui souhaitent être salariés, et travailler dans une structure collective, déchargés de la problématique de la gestion, bénéficiant d'avantages sociaux, notamment congé maternité (et paternité).
- Il offre le tiers payant généralisé, car c'est une obligation pour ces structures, ce qui n'est pas le cas pour les maisons de santé pluridisciplinaires (qui néanmoins peuvent le faire si elles le souhaitent).
- Il offre des tarifs obligatoirement de secteur 1, donc sans dépassement d'honoraire en médecine générale, spécialisée et paramédicale. Ce n'est pas une obligation pour les maisons de santé pluridisciplinaires.
- Il offre un plateau technique au regard du projet de santé établi par la structure
- Il favorise le juste soin au juste coût pour les tarifs dentaires non opposables ou hors nomenclature.
- Il propose une durée des rendez-vous des consultations adaptée à une prise en charge qui assure la qualité des soins, selon les recommandations et référentiels quand ils existent.
- Le centre de santé s'engage à assurer un suivi des patients dans la durée, par des professionnels de santé qui ont accès aux données du dossier partagé.
- Il veut faciliter la mise en place de comité d'usagers et les associer à la vie du centre de santé par des instances de consultation élargies.
- Il privilégie le travail en réseau, et veut répondre aux besoins sociaux, en lien avec les structures sociales du territoire que lequel elle rayonne.

Dans une démarche de médecine de proximité, je pense indispensable d'associer la création de centres de santé à la défense de l'hôpital de proximité afin qu'ils travaillent au maillage territorial d'un bassin de santé en étroite collaboration l'un avec l'autre. La décision d'implantation d'un centre de santé ne peut se faire sans associer la population à la définition des besoins locaux, notamment au regard de la démographie médicale existante, notamment en nombre de praticiens libéraux, mais aussi et surtout de son évolution dans les cinq voir dix prochaines années. Et il y a urgence, au moment où les Agences régionales de santé (ARS) préparent leur Plan Régional de Santé (PRS) pour 2018-2028, issus des Lois Bachelot et Touraine que nous dénonçons notamment au regard de la négation faite aux élus, citoyens et syndicalistes, de toute participation à une démarche démocratique en santé.

Au-delà, les députés dont nous aurons besoin demain auront à cœur de faire en sorte que les centres de santé que nous voulons puissent devenir une exigence territoriale dans le cadre de la nouvelle organisation du

système de santé que nous défendons, avec un statut tant pour la structure que pour les personnels, leur donnant à la fois un cadre institutionnel aujourd'hui inexistant et pour les professionnels de santé une mobilité territoriale et de fonction publique.

**En prenant donc en compte ces données, comment faut-il se déterminer sur le choix entre Centre de santé ou Maison de santé ?**

La maison de santé pluridisciplinaire est, pour moi, avant tout un choix des patriciens libéraux de travailler dans de nouvelles formes de pratique qui ne peuvent que nous réjouir puisqu'elles valident notre démarche depuis de très nombreuses décennies. Mais au départ, cela ne peut être que leur seule décision. Si c'est le cas, il faut aider à ce que cela puisse se faire. Il est vrai que cela peut relativement aider à fixer ces professionnels sur place. La mise à disposition par la collectivité de moyens matériels ou immobiliers doit faire l'objet d'un travail sur les missions de services publics dans le cadre du projet de santé. Il nous faut veiller notamment au tiers payant, au plateau technique, aux tarifs... Mais il va sans dire que notre préférence est pour une démarche pérenne par l'implantation d'un centre de santé de service public ou tout au moins qu'il y en est un par bassin de santé. Il est souvent évoqué par les élus locaux la question du financement d'un centre de santé de service public comme handicap à faire partager cette proposition, et donc de se rabattre presque par défaut vers une maison de santé pluridisciplinaire. Je ne partage pas cette affirmation ou cette crainte, même si elle est une réalité pour les centres de santé municipaux qui ont des années d'existence. D'abord, parce que la part restant à la charge d'un gestionnaire de centre de santé est fonction des missions qu'il se donne. Ensuite, à contour comparable d'une Maison de santé, l'argument ne tient pas, ceci notamment depuis la mise en place du Nouvel Accord national des centres de santé qui les lie à la CNAM. Et puis, sans étude préalable, ce n'est qu'un fantasme souvent agité pour passer d'emblée à la Maison de santé pluridisciplinaire.

D'autre part nous travaillons, expérimentalement actuellement sur Paris, à la possibilité de mettre en place des centres de santé dans le cadre d'une économie solidaire et sociale, afin de mutualiser des moyens, permettre la mise de fonds multiples publics et mutualistes, avoir un statut commun des personnels, une gouvernance élargie aux usagers et personnels, et un directoire désigné par cette gouvernance.

Il est bon de rappeler, que les centres de santé sont des structures de soins ambulatoires de premier recours et de second recours. Ils peuvent être médicaux, dentaires, infirmiers ou polyvalents. Leur création se fait auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) par le dépôt d'un projet. Il se conventionne ensuite, s'il le souhaite, avec la CNAMTS, dans le cadre de l'accord national des centres de santé. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé. Ils ne peuvent être adossés à des sociétés commerciales à but lucratif.

## Le système transfusionnel : défendre l'éthique & refuser la prédominance de l'argent

Par Jean-Pierre Basset

Le documentaire - *Le prix du sang* - diffusé par ARTE le 21 février 2017 a révélé au public l'exploitation des plus pauvres aux USA. Ils vendent pour 20 dollars, leur plasma sanguin deux fois par semaine aux multinationales spécialisées dans ce commerce des produits humains.

La France qui est à la fois à l'origine de la création d'un système transfusionnel et de la législation éthique, c'est-à-dire hors commerce, bénévole, volontaire et anonyme est, depuis 2011, visée par une multinationale de ce commerce humain : « Octapharma ».

Si le projet de commercialisation de l'ensemble du système (l'article 42 de la Loi de Santé) a été mis en échec en novembre 2015 par l'action du mouvement des donateurs de sang et des parlementaires de toutes les sensibilités, le gouvernement a réussi à introduire un coin dans le système à partir d'une décision de la CJUE (Cour de Justice Européenne). L'article 71 de la LFSS 2015 permet désormais, en 2017, à la multinationale Octapharma de commercialiser dans les hôpitaux, un produit sanguin, le « Plasma Thérapeutique

SD ». Cela va, de plus, déséquilibrer le budget de l'établissement public, l'Établissement Français du Sang, justifiant ainsi des mesures d'austérité.

Les députés de la prochaine Assemblée Nationale et la population qui les élit devraient s'opposer à cette dérive marchande :

- c'est possible en exigeant qu'un dispositif législatif ou réglementaire impose le contrôle par « code-barres » ou par « puce RFID » de l'origine éthique de chaque poche de sang ou de plasma entrant dans la fabrication du « Plasma SD » importé. C'est la norme pour l'EFS et pour le LFB qui produit les « Médicaments Dérivés du Sang ».

- en exigeant aussi que le prochain gouvernement agisse dans les instances européennes pour modifier l'article 57 de la directive européenne « 2001-83-CE ».

Il convient de défendre la conception éthique française (devenue le « modèle » pour l'OMS) du Don de Sang (et d'organes). C'est un système altruiste, solidaire, qui protège les faibles et assure l'accès à tous des soins de qualité quel que soit leur niveau social.

## Une nouvelle politique du médicament

Par le Dr Fabien Cohen

Le médicament est un élément stratégique dans une politique de santé. Tout État se doit de pouvoir répondre en toute transparence aux besoins de médicament de sa population. Pour ce faire, face au système pourri du manque de démocratie sanitaire, je réclame « un Pôle Public du médicament », afin de le faire sortir du marché!

Il faut mettre fin à cette incohérence qui voit des médicaments, proposés au déremboursement, partiel ou total, par la commission de transparence pour des raisons de sécurité sanitaire, rester sur le marché. La Sécurité sociale ne saurait rembourser des médicaments qui usurpent cette dénomination et, à l'inverse, se doit de rembourser à 100 % tout médicament utile, mais à sa juste valeur.

Une telle démarche est non seulement salutaire pour la santé publique, égalitaire pour les citoyens, mais économiquement efficiente car elle permettrait de faire à la Sécurité sociale près de 34 milliards d'euros d'économie.

La Sécu à 100 %, ce ne sera pas pour garantir le chiffre d'affaires des industriels de la pharmacie et les profits de ses rentiers. Et les récentes négociations entre le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) et les représentants des entreprises du médicament, sur un nouvel accord-cadre 2016-2018, n'entament en rien le niveau de rentabilité injustifié des dividendes acquis par les actionnaires des multinationales de la pharmacie. Des multinationales à qui l'ont fait aussi cadeau d'un Crédit Impôt Recherche (CIR), censée favoriser l'emploi scientifique et l'investissement dans la recherche, mais en réalité massivement utilisée à d'autres objectifs. Nous sommes loin d'une « (ré)conciliation » entre le besoin de régulation médicamenteuse, de maîtrise budgétaire et les enjeux de l'innovation pharmaceutique. Il est urgent de retrouver une maîtrise publique dans la politique du médicament et de socialiser les firmes de la Big-Pharma.

Le médicament a besoin de transparence et de démocratie, et nous contestons les prix astronomiques des médicaments qui nous renvoient à plusieurs faits :

1- un modèle économique fondé sur la propriété exclusive des inventions pharmaceutiques qui permet de récupérer une rente d'innovation à partir d'une situation de monopole juridique et industriel;

2- les normes de rentabilité économique et financière très élevées des firmes pharmaceutiques qui poussent justement à renforcer les normes de propriété intellectuelle, en les étendant à l'échelle de la planète, y compris dans les Pays en Voie de Développement et dans les pays les moins développés;

3- une situation de crise de l'innovation, complexe, qui fait que la productivité de la R&D a tendance à stagner sinon à décroître globalement dans le secteur pharmaceutique.

4- une recherche clinique à domination écrasante de l'industrie: ce n'est pas le travail de l'industrie de financer la recherche, de payer les professeurs hospitaliers, de subventionner les associations de patients, de s'occuper de la formation des internes et de l'information médicale

Cette question du prix du médicament renvoi plus largement à celle de sa recherche, sa production, sa distribution aujourd'hui entre les mains du privé.

Depuis des années, nous préconisons la nécessité d'une politique alternative de santé. Cela passe par l'impérieuse nécessité pour la société, les citoyens et les professionnels de se réappropriier cette chaîne de la santé: c'est le sens que nous donnons à notre proposition de mettre en place un Pôle public du médicament en France et en Europe.

Nous en avons les instruments scientifiques (les chercheurs du public et du privé peuvent développer les technologies de ces molécules en quelques mois); les outils réglementaires (pour enregistrer ces médicaments); et la capacité industrielle (produire sur place pour l'accès universel et la Sécurité sociale), pour définir et construire un autre modèle d'industrie pharmaceutique en réduisant les exigences de rentabilité, immédiatement, et en couplant recherche publique, industrie pharmaceutique, sécurité sociale et usagers du médicament.

Et nous avons aussi les instruments juridiques : La France pourrait faire baisser drastiquement le prix de ces médicaments en recourant à la licence d'office comme le prévoit l'article L613-16 du code de la propriété industrielle : une disposition de mise sous licence obligatoire dans la loi des brevets en France dès lors que le prix, la quantité ou la qualité des médicaments ne permettent pas d'en assurer l'accessibilité. Le Pôle public aura à assurer l'indépendance de la formation médicale et professionnelle, et prévoir un financement public de la formation continue. Il renforcera les moyens de contrôle de la publicité sur les médicaments, et assurera la transparence de l'information sur les médicaments en direction du grand public. Le Pôle public du médicament sera pour la distribution, pour notre réseau de pharmaciens, celui qui permettra la préservation des structures et moyens de proximité pour une réponse rapide aux besoins.

La santé est un bien universel, le médicament fait partie intégrante de l'offre de soins, l'ensemble du processus conduisant de la recherche à la mise à disposition des médicaments et vaccins aux malades doit répondre à cet objectif. Cela est aussi vrai pour ce qui concerne les Médicaments Dérivés du Sang (MDS) qui jouent un rôle essentiel dans le traitement de pathologies lourdes : ils font partie de la politique du médicament que nous défendons.

Nous proposons de faire grandir une autre industrie pharmaceutique couplée à des normes d'accès universel et de maîtrise des dépenses de médicaments par la sécurité sociale qui, jusqu'à aujourd'hui, paye sans sourciller la rente d'innovation exigée. Il s'agirait simultanément de construire d'autres partenariats de recherche avec le système public de recherche, qui aujourd'hui applique les mêmes normes que celles des firmes pharmaceutiques, sans sourciller non plus, et de développer de nouvelles recherches, dans le secteur public et dans le secteur privé répondant aux besoins de santé, grâce à l'intervention citoyenne et syndicale, à la vigilance des assurances sociales et des mutuelles, des associations de patients.

Mais avec le pôle public, nous voulons aussi prendre notre place dans la seconde révolution thérapeutique, celle des biotechnologies, des thérapies géniques, de la thérapie cellulaire, des bio-marqueurs et des traitements personnalisés. Depuis plusieurs décennies, les performances reculent en matière d'innovation thérapeutique et si la réaction n'est pas rapide, nous serons inaptes à répondre aux besoins des citoyens. C'est

pourquoi, nous refusons l'abandon de la production de nombreux médicaments comme l'abandon ou la mise en sommeil de nombreux projets de recherche.

Nous avons besoin de créer un nouveau lieu où démocratiquement, s'élaborerait la formulation des besoins de santé en priorité de besoins en médicaments pour les différents acteurs de la chaîne du médicament ; où se prendraient les orientations et décisions en toute transparence ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre et les arbitrages. Pour ce faire un « **Conseil National du Médicament** » serait mis en place qui associerait en son sein aussi bien des représentants de l'État et de la Sécurité sociale, ceux des professionnels du secteur et de leurs syndicats, de la recherche, du développement, de la production et de la distribution, des usagers et de leurs représentants, des élus nationaux et des collectivités territoriales, sous forme de plusieurs collèges. Ce Conseil National du Médicament devrait pouvoir tout à la fois lancer des études, auditionner, regrouper des instances déjà existantes, mais surtout donner à l'État, à la Sécurité sociale, à la Nation des avis prescriptifs en amont et aval du médicament.

Un tel Conseil National du Médicament pourrait avoir sa déclinaison européenne amie aussi mondiale au travers de l'OMS dans le cadre des Nations unies.

## Réflexions autour des questions que pose le « 100 % Sécu »

Par Michel Limousin

La proposition du « 100 % Sécu » est revenue au premier plan de la réflexion sur la Sécurité sociale à la suite des travaux conduits par la commission santé et protection sociale du PCF animée à l'époque par Jean-Luc Gibelin. Ce point est à souligner car cette proposition innovante était assez isolée ; la bataille d'idées n'était pas gagnée d'avance. En particulier se posait la question du financement de cette mesure alors que la crise économique fait rage. Aujourd'hui l'idée a fait son chemin et le débat est ouvert et public, et la proposition est très bien accueillie. Toutes les réunions que nous animons montrent que cette proposition est bien comprise car elle répond aux besoins actuels de la population à l'heure où l'accès aux soins recule, où les inégalités sociales de santé progressent et où la démutualisation s'accélère. Même les militants mutualistes qui pourraient s'inquiéter du devenir de leur organisation et s'enfermer dans une logique institutionnelle comprennent les enjeux du débat. La question est posée aussi bien dans les organisations syndicales (par exemple la question est venue en débat récemment lors de réunions des instances nationales de la CGT) que dans les organisations politiques à l'occasion des présidentielles et demain des législatives ou encore dans des débats organisés directement par le mouvement mutualiste.

Plusieurs questions se posent légitimement et nécessitent réponses.

Certes à l'époque de la création de la Sécurité sociale en 1946 fondée sur les bases du programme de la Résistance (« Les jours heureux »), il n'est pas fait référence à un objectif immédiat de remboursement à 100 %. En revanche, l'objectif central est la protection de la population (les travailleurs et leurs ayants-droit) face aux aléas de la vie et il peut être résumé par les principes d'unité et d'universalité de la Sécurité sociale. Unité : l'objectif est un cadre unique regroupant l'ensemble des professions : salariés du privé comme du public, mais aussi non-salariés. Universalité : une Sécurité sociale dont l'objectif sert à protéger tous les citoyens de tous les risques de la vie.

Dans un important discours prononcé le 8 août 1946 devant la seconde assemblée constituante, Ambroise Croizat précise les principes qui gouvernent l'organisation de la Sécurité sociale. Il rend un hommage appuyé à la Mutualité française : « Chacun connaît l'effort remarquable accompli par la Mutualité française pour réaliser à travers tout le pays un vaste réseau d'institutions de prévoyance volontaire et libre ». Et plus loin : « J'ajoute d'ailleurs que, contrairement à ce qui a été dit trop souvent, la mise en œuvre de la Sécurité sociale n'a nullement pour conséquence de porter atteinte aux efforts accomplis depuis tant d'années par la Mutualité française » (...) « La Mutualité a toujours été à l'avant-garde du progrès social » (...) « La Mutualité a sa place marquée dans l'organisation française de la Sécurité sociale. Elle doit être l'élément moteur, l'élément qui prend les initiatives nouvelles et réalise les expériences, qui va de l'avant ». Mais s'il rend un hommage appuyé à la mutualité, en revanche, il affirme le principe central de primauté de la Sécurité sociale sur les mutuelles, qui s'exprime par l'organisation d'une circonscription unique. S'agissant des remboursements, si le principe d'une dépense remboursable fixée à 80 % de la dépense est réaffirmé, il annonce l'institution d'un remboursement à 100 % pour les opérations et les soins de longue durée (comme la tuberculose). C'est l'origine du régime des affections de longue durée.

Mais on peut dire que les choses ont considérablement changé depuis cet accord avec la Mutualité. Le « compromis historique » ne tient plus depuis que le code de la Mutualité a été modifié suite aux directives de l'Union européenne. Au nom de la « concurrence loyale et non faussée » les mutuelles ont été alignées sur la réglementation des compagnies d'assurance à but lucratif. Les règles de solvabilité ont été renforcées et les œuvres mutualistes financées sur la base des cotisations se sont trouvées en grandes difficultés. Ceci s'est fait avec l'accord de certains dirigeants mutualistes en particulier de la FNMF. Aujourd'hui les mutuelles sont en train de perdre pied face à la concurrence des assurances. Une réflexion doit donc s'engager pour traiter ce problème.

### Quel périmètre pour le 100 % ?

Le principe « 100 % Sécu » s'applique-t-il à l'ensemble de la Sécurité sociale ou seulement à l'Assurance maladie? Les défenseurs du 100 % Sécu visent principalement l'Assurance maladie. Mais Frédéric Rauch, dans le texte suivant, élargit cette conception. La Sécurité sociale est une, et comporte l'ensemble des risques sociaux; c'est pourquoi nous revendiquons par exemple que la perte d'autonomie relève de la Sécurité sociale: la séparation des risques entre branches, ce sont les ordonnances de 1967, que la CGT qualifiait alors de « scélérates », qui l'ont instituée. Si on vise un remboursement à 100 % des soins, ne faut-il pas revendiquer un taux de remplacement de 100 % pour les petites pensions, la perte d'autonomie ou les prestations d'assurance chômage?

À vrai dire les choses ne s'opposent pas. La question est de savoir si les rapports de force permettent d'aller plus loin. Le remboursement à 100 % des soins par l'Assurance maladie reste la priorité dans la mesure où elle rassemble largement. Cette priorité semble à portée de main: déjà les ALD, la CMU, l'AME et maintenant l'ANI font qu'un nombre important de personnes se rapprochent de cet objectif de 100 %.

### 100 % de quoi ?

La seconde question est: 100 % de quoi? La réponse est simple pour nous: 100 % de ce qui est prescrit. Ce n'est pas aux organismes financeurs de se mêler de faire de la médecine, leur travail est de trouver les financements nécessaires, c'est déjà très bien. Ensuite c'est à l'État, aux pouvoirs publics, scientifiques et médicaux de définir ce qui relève de la bonne pratique médicale en sachant que les données de la science évoluent rapidement et constamment.

Faudrait-il par exemple rembourser les dépassements d'honoraires, ainsi que le font certaines mutuelles? Non, les dépassements d'honoraires en libéral (et le secteur privé à l'hôpital public) doivent être supprimés pour que les restes à charge disparaissent et que soit atteint alors l'objectif d'une disparition des renoncements aux soins.

Cette révolution du 100 % implique deux choses:  
Une refonte des modes d'élaboration des prix:

La fixation des prix des médicaments doit être revue par l'État. Les médicaments inutiles doivent être éliminés du marché.

La fixation des prix des prothèses dentaires, des prothèses auditive et des lunettes doit être repensée et encadrée.

Être clair sur la notion de panier de soins: La notion de panier de soins que certains proposent, dans la mesure où elle enferme les prescriptions dans des limites étroites, est la négation même de tout progrès médical; encore une fois ce n'est pas au financeur – quel qu'il soit - de définir la nature des soins. Le panier de soins est connoté négativement: il renvoie en effet à l'idée d'une prise en charge minimale. Non, tout ce qui est prescrit doit être justifié médicalement et remboursé. On notera que la nouvelle Présidente de la Haute Autorité de Santé (HAS) vient de déclarer que les recommandations qu'elle émet ne sont pas opposables: « Les recommandations de bonne pratique de la HAS n'ont pas à être opposables car la médecine est un art évolutif ». Ceci a des conséquences claires pour les organismes payeurs. Les organismes complémentaires en particulier les assureurs privés doivent renoncer à l'idée de réseaux de soins agréés par eux. On voit ce que cela donne aux États-Unis.

Il faut donc rembourser tout ce qui est pertinent du point de vue des soins et de la qualité de vie des malades.

### Le 100 % Sécu impliquerait une autre organisation du système de santé

On voit donc que le 100 % Sécu impliquerait une organisation différente de notre système de santé:

Sortir du « tout paiement à l'acte » inflationniste et de la T2A à l'hôpital. Le Tiers payant doit être généralisé.

Aller vers la mise en place du pôle public du médicament que nous revendiquons depuis longtemps.

### Quel coût pour la collectivité du 100 % Sécu ?

Nous disposons d'un exemple: le régime local d'Alsace-Moselle. En Alsace-Moselle existe une complémentaire obligatoire qui permet in fine un remboursement à 100 % des dépenses hospitalières et de 90 % des soins de ville, les dépassements d'honoraires n'étant pas pris en charge. Le coût est relativement modéré, avec une surcotisation de 1,5 % payée par le salarié. Ce chiffre donne une base sérieuse de ce que pourrait être le coût de cette mesure. Pour autant il ne dit pas qui doit payer: le patient, le patronat ou l'État? Nous pensons que c'est la cotisation patronale qui doit assurer ce financement. D'ailleurs l'ANI mis en place il y a un an à la demande du patronat implique que le

patronat peut accepter cette prise en charge sur ses profits puisqu'il le fait pour la cotisation complémentaire.

En faisant une règle de 3 selon les calculs de la CGT, l'augmentation des prélèvements obligatoires devrait être relativement modérée : une augmentation des cotisations de 1,5 à 2 % selon le périmètre remboursable (en particulier non-remboursement des dépassements d'honoraires). À titre d'illustration, si on fait l'hypothèse que l'Assurance maladie rembourserait l'intégralité de la « dépense reconnue » soit 171,3 Mes €, à comparer aux 150,3 Mes € pris en charge par l'AMO en 2015, cela représenterait une augmentation des cotisations de 1,8 %.

Du point de vue des assurés sociaux, la balance pourrait être positive si la cotisation assurance maladie était inférieure à ce que payent les assurés pour leur santé en matière d'assurances complémentaires, en particulier du fait de frais de gestion de l'assurance maladie (taux de 6 %) inférieurs aux frais de gestion des mutuelles (taux de 25 %) et d'une baisse du reste à charge.

### Et les complémentaires dans tout cela ?

Oui, ce n'est pas la question la moins épineuse à résoudre. Il convient en premier lieu de rappeler qu'en 1946, Ambroise Croizat a fait le choix d'un « compromis historique » avec les mutuelles. Ce compromis ne tient plus, nous l'avons dit.

Les complémentaires sont profondément différentes de la Sécurité sociale (à proprement parler l'Assurance maladie) :

Juridiquement, ce sont 2 réalités différentes, notamment au regard du Droit européen : ainsi l'Assurance maladie constitue un service d'intérêt général « non économique » assimilé à l'État, tandis que les complémentaires sont des entreprises exerçant un service d'intérêt économique général. Elles sont donc soumises au droit de la concurrence et en particulier aux directives assurantielles (notamment la directive 2009/138/CE Solvency/Solvabilité II). Cette question doit être traitée pour qu'elle ne bloque pas les évolutions nécessaires.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance respectent plus ou moins la démocratie sociale : principe « d'un homme une voix » dans les mutuelles, paritarisme dans les IP.

**Rappelons que la Mutualité a trois rôles aujourd'hui :**

- elle rembourse en complément de l'Assurance maladie obligatoire.
- elle joue un rôle démocratique de représentation des usagers ; c'est le plus grand mouvement social organisé en France avec ses plus de trente millions d'adhérents.
- elle gère de nombreux établissements médicaux et médico-sociaux dans le pays. Les réformes européennes la conduisent à ne plus avoir les moyens de le faire et de nombreuses fermetures sont en œuvre.

Il est clair que si le remboursement à 100 % par l'Assurance maladie remet en cause le premier point, il va de soi que les deux autres points doivent non seulement perdurer mais se développer. On a besoin de la Mutualité et de ses forces pour démocratiser l'ensemble du système de santé, promouvoir la santé et le bien-être sous toutes leurs formes et lui permettre de gérer dans de bonnes conditions ses œuvres dont le pays ne pourrait se passer. Le tableau n'est donc pas noir.

Des perspectives s'ouvrent alors, tandis que le *statu quo* conduira inévitablement à la disparition du mouvement, à un affaiblissement de son caractère démocratique qu'on peut déjà constater et à une disparition de ses œuvres à caractère social au profit du privé. Ce n'est pas le 100 % Sécu qui provoque la crise de la Mutualité, c'est sa gestion néolibérale imposée : le marché de la complémentaire santé, comme celui de la Prévoyance a été progressivement investi par les assureurs capitalistes. Les impératifs de la concurrence et de la compétitivité sont de plus en plus imposés aux mutuelles, ce qui se traduit par un recul de la solidarité comme le montre une récente étude de la DREES<sup>(25)</sup>. Ces évolutions conduisent souvent à considérer qu'il y a une dérive de la mutualité (y compris pour le mouvement mutualiste historiquement lié à la CGT, incarné par la FMF).

Au contraire le 100 % Sécu ouvre de nouveaux champs à ce mouvement social historique.

Néanmoins des problèmes restent à résoudre :

Les personnels des mutuelles et des institutions de prévoyance sont très nombreux. Il faudrait que la Sécurité sociale les reprenne. Les garanties collectives de ces institutions sont très diverses et dans certains cas supérieures à ceux des personnels de la Sécurité sociale. La construction d'une nouvelle convention col-

25 Études et résultats n° 972 de septembre 2016 « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels »

lective serait particulièrement complexe, et sans doute pas neutre financièrement. Une négociation préalable devrait être conduite. Mais la sécurité d'emploi offerte par l'Assurance maladie serait de nature à rassurer des personnels aujourd'hui directement menacés.

Les frais de gestion des complémentaires sont de plus en plus élevés et sont très supérieurs à ceux de l'Assurance maladie. Ce différentiel est de nature à donner des marges de négociation à ce regroupement. Enfin ce processus de simplification serait à l'heure de l'informatisation généralisée à même de réaliser des économies profitables à tous en particulier à ceux qui pratiquent le Tiers payant.

En tout état de cause, le 100 % Sécu n'impliquerait pas un remboursement de l'intégralité de la CSBM, sauf à prendre en charge l'intégralité des dépassements d'honoraires et les montures de lunettes à 1 000 €. Comme en Alsace-Moselle subsisterait donc un secteur de surcomplémentaires. C'est la qualité de la réalisation du 100 % qui réglerait le problème sauf à avoir les moyens politiques d'interdire les assurances privées.

Oui, un effort de négociation et d'imagination peut permettre dès le prochain quinquennat, de réaliser le 100 % Assurance maladie.

## Annexe technique

Cette annexe fournit un certain nombre de repères statistiques concernant l'assurance maladie obligatoire et les différentes familles d'assurances complémentaires. Sauf mention contraire, ces données proviennent des comptes de la santé édition 2016.

### Une prise en charge par la Sécurité sociale stable, mais en apparence seulement :

	2001	2015
Sécurité sociale	77,0	76,8
État et CMU-C	1,3	1,4
Organismes complémentaires	12,1	13,3
Ménages	9,7	8,4
Total	100	100

### De la CSBM à la dépense remboursée par l'AMO

	En Mes€	En %
CSBM	194,6	100,0 %
Dépense non-remboursable	8,2	4,2 %
Dépense présentée au remboursement	186,4	95,8 %
Dépassements d'honoraires	15,1	7,8 %
Dépenses reconnues	171,3	88,0 %
Ticket modérateur, franchises...	21,0	10,8 %
Dépense remboursée par l'AMO*	150,3	77,2 %

\*On note une légère différence dans le montant de la part remboursée par l'AMO entre les 2 tableaux. La part remboursée par la Sécurité sociale s'élève à 149,5 Mes€ (76,8 % de la CSBM). La différence 800 M€ concerne l'aide médicale d'État et les soins des invalides de guerre pris en charge par l'État.

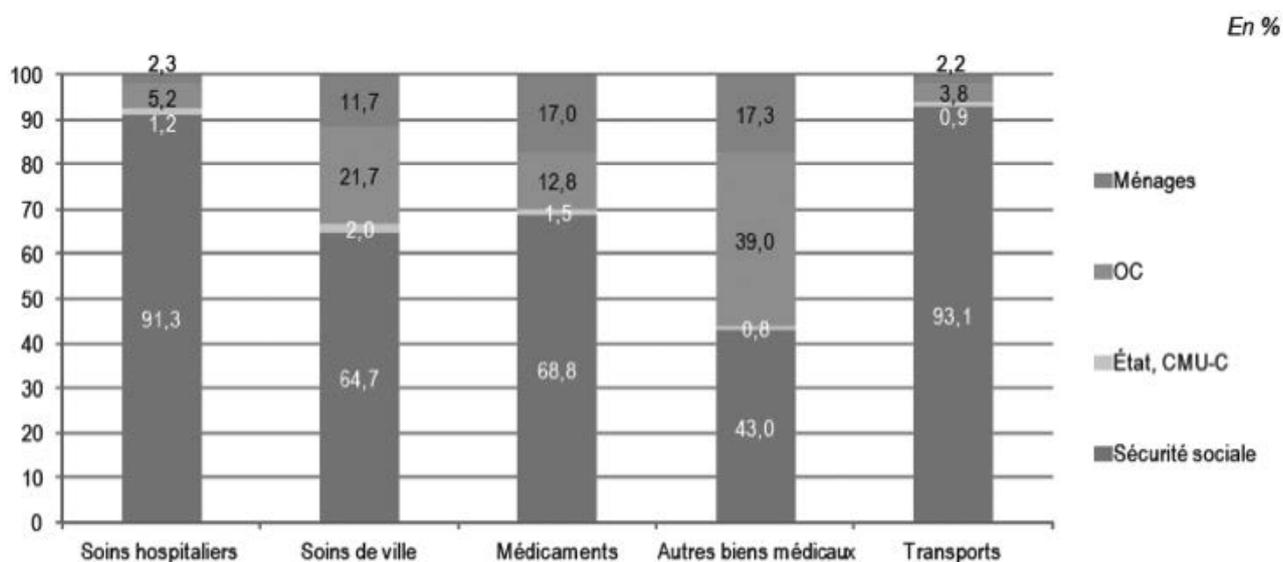
Depuis le début des années 2000, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est restée relativement stable. C'est pourquoi Marisol Touraine s'est crue autorisée, lors de la dernière réunion de la Commission des comptes à affirmer que le reste à charge des ménages n'avait jamais été aussi bas. Elle semble oublier que le reste à charge des ménages comporte aussi les cotisations aux assurances complémentaires, et surtout comme l'a montré le rapport 2016 de la Cour des comptes sur l'exécution des lois de financement de la Sécurité sociale, que du fait de l'augmentation continue de la proportion des patients en ALD, cette stabilité recouvre en réalité une baisse du taux de remboursement significative pour les patients non-ALD.

### Évolution du taux de prise en charge des patients en ALD et non ALD (source Cour des comptes).

	2002	2012
Assurés en ALD	94,3 %	93,2 %
Assurés non ALD	78,4 %	75,4 %

On notera que d'après la Cour des comptes, cette baisse du taux de remboursement par l'AMO concerne également les patients en ALD.

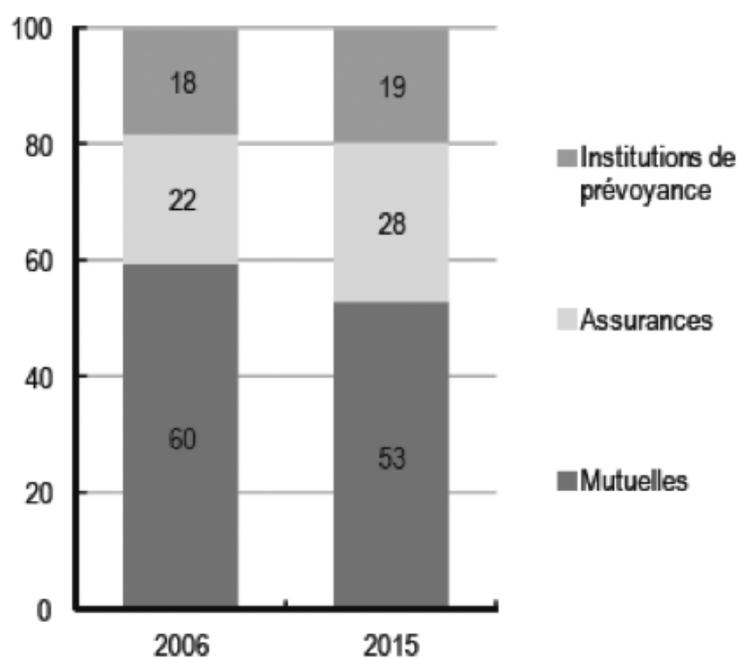
### Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2015



Une montée en puissance des assurances au détriment des mutuelles :

### Évolution du financement par type d'organisme

En % du financement de la CSBM par les OC



Source > DREES, Comptes de la santé.

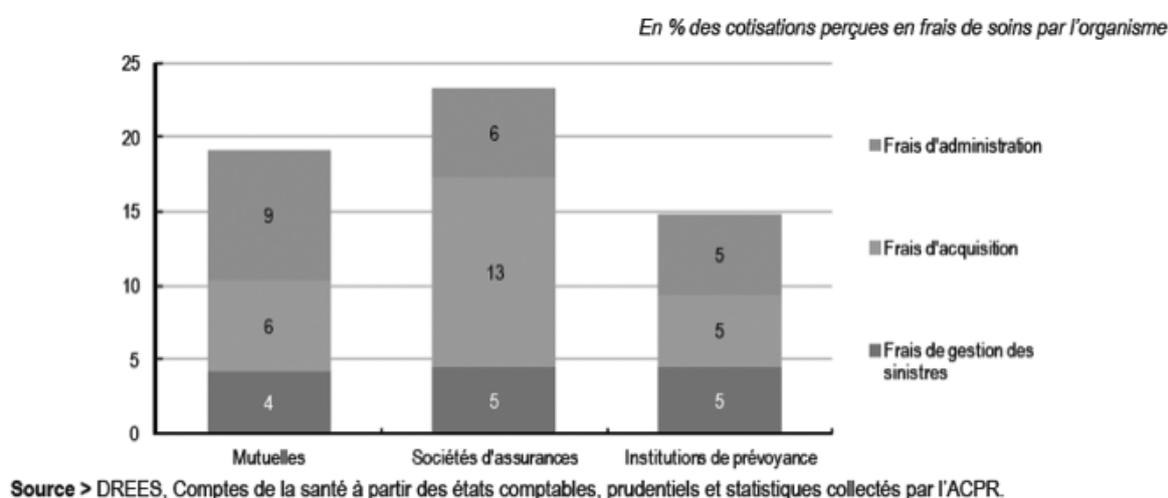
## Financement des organismes complémentaires en 2015

	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Part prise en charge par les OC
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>2645</b>	<b>1 367</b>	<b>751</b>	<b>4763</b>	<b>5,2%</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>5676</b>	<b>3 047</b>	<b>2243</b>	<b>10966</b>	<b>21,7%</b>
Médecins	2026	1 201	708	3935	19,5%
Soins dentaires	2145	1 110	1065	4320	40,3%
Auxiliaires médicaux	951	443	250	1644	11,2%
Laboratoires d'analyse	554	293	220	1067	24,7%
<b>Médicaments</b>	<b>2432</b>	<b>1 195</b>	<b>705</b>	<b>4332</b>	<b>12,8%</b>
<b>Autres biens médicaux</b>	<b>2857</b>	<b>1 548</b>	<b>1319</b>	<b>5724</b>	<b>39,0%</b>
Optique	2057	1 240	1111	4408	71,8%
Prothèses, orthèses, pansements	800	307	208	1315	15,4%
<b>Transports de malades</b>	<b>106</b>	<b>50</b>	<b>18</b>	<b>174</b>	<b>3,8%</b>
<b>Prestations connexes à la santé</b>	<b>856</b>	<b>499</b>	<b>270</b>	<b>1625</b>	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	695	368	207	1270	
Prestations à la périphérie de la santé	161	131	63	355	
<b>CSBM</b>	<b>13716</b>	<b>7 207</b>	<b>5036</b>	<b>25959</b>	<b>13,7%</b>

## Part de marché des différentes familles de complémentaires

	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>55,5 %</b>	<b>28,7 %</b>	<b>15,8 %</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>51,8 %</b>	<b>27,8 %</b>	<b>20,5 %</b>
Médecins	51,5 %	30,5 %	18,0 %
Soins dentaires	49,7 %	25,7 %	24,7 %
Auxiliaires médicaux	57,8 %	26,9 %	15,2 %
Laboratoires d'analyse	51,9 %	27,5 %	20,6 %
<b>Médicaments</b>	<b>56,1 %</b>	<b>27,6 %</b>	<b>16,3 %</b>
<b>Autres biens médicaux</b>	<b>49,9 %</b>	<b>27,0 %</b>	<b>23,0 %</b>
Optique	46,7 %	28,1 %	25,2 %
Prothèses, orthèses, pansements	60,8 %	23,3 %	15,8 %
<b>Transports de malades</b>	<b>60,9 %</b>	<b>28,7 %</b>	<b>10,3 %</b>
<b>Prestations connexes à la santé</b>	<b>52,7 %</b>	<b>30,7 %</b>	<b>16,6 %</b>
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	54,7 %	29,0 %	16,3 %
Prestations à la périphérie de la santé	45,4 %	36,9 %	17,7 %
<b>CSBM</b>	<b>52,8 %</b>	<b>27,8 %</b>	<b>19,4 %</b>

## Des frais de gestion prohibitifs



Les coûts de gestion des organismes complémentaires vont de 24 % des cotisations en moyenne pour les assurances à 15 % pour les institutions de prévoyance, les mutuelles se trouvant dans une situation intermédiaire (19 %). Il s'agit de moyennes, une très grande disparité pouvant exister entre organismes. Par comparaison, les coûts de gestion de la CNAMTS sont de 3,7 %. Le plus grand facteur de disparité est constitué par les frais d'acquisition : frais de réseau, de publicité etc. Selon la DREES, les plus faibles coûts de gestion des institutions de prévoyance tiennent à leur spécialisation dans la complémentaire d'entreprise : le fait que l'entreprise soit l'interlocuteur unique permet de réduire les coûts d'acquisition et d'administration.

### D'importantes différences dans le reste à charge des ménages

Quand on parle de reste à charge des ménages, il faut bien entendu ajouter les cotisations aux complémentaires à la somme directement payée par le patient. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe de très fortes disparités dans les montants acquittés par les ménages selon la nature des soins ou des biens médicaux.

Les données portent sur 2015.

<b>Soins hospitaliers</b>	<b>2,3 %</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>11,7 %</b>
Soins de médecins	10,0 %
Soins d'auxiliaires médicaux	8,7 %
Soins de dentistes	22,7 %
Analyses	3,0 %
<b>Transports de malades</b>	<b>2,2 %</b>
<b>Médicaments</b>	<b>17,0 %</b>
<b>Autres bien médicaux</b>	<b>17,3 %</b>
Optique	23,9 %
<b>Ensemble</b>	<b>8,4 %</b>

## 100 % Sécu : de quoi parle-t-on ?

Par Frédéric Rauch

Après la charge du programme de F. Fillon contre la sécurité sociale, le « 100 % Sécu » est devenu un slogan des campagnes présidentielles et législatives de 2017. On peut s'en féliciter. Elle vient du PCF.

Mais si beaucoup reprennent l'expression, tous ne mettent pas la même chose dedans. Et dans de nombreux cas, le recours à l'expression masque une attaque contre la Sécurité sociale et sa philosophie. Certains s'en servent même, consciemment ou non, de Cheval de Troie. Il est nécessaire de redonner le sens originel et révolutionnaire de cette expression.

### Le piège des mots

« 100 % sécu » réduit à la seule branche maladie affaiblit l'ambition

C'est un point important du débat. Beaucoup d'utilisateurs de l'expression réduisent son champ d'application à la seule branche maladie. Non le débat n'est pas tranché. Ce n'est pas anodin. En procédant ainsi, ils reprennent positivement l'idée d'un remboursement intégral des dépenses maladie des usagers. Mais ils confortent aussi la séparation idéologique des branches de la Sécurité sociale qui fragilise l'idée d'une couverture sociale maximale des coûts induits par les risques sociaux consécutifs aux aléas de la vie. Sur le fond, ils entérinent l'idée que le « 100 % Sécu » n'est pas un objectif politique vers lequel il faut tendre, mais une procédure comptable *ex post* permettant le maintien des revenus des contributeurs à la Sécurité sociale: le fameux « filet de sécurité ». De fait, ils en affaiblissent la portée sociale autant que politique.

« 100 % sécu », mais avec un périmètre d'application restreint et une confusion dans le rôle des acteurs institutionnels, c'est la poursuite de la régression sociale.

C'est une curiosité de cette présidentielle. Tous ses candidats de droite comme de gauche revendiquent le « 0,00 euro de reste-à-charge » en matière de santé. J-L Mélenchon, E Macron, B Hamon, F Fillon, mais aussi M Le Pen souhaitent améliorer l'accès aux soins et promettent de mieux rembourser les dépenses de santé

d'ici à 2022, au moins pour l'audioprothèse, l'optique et le dentaire. Pourtant, « 0,00 euro de reste-à-charge » et « 100 % sécu » ne suffisent pas. Pour nombre de ces nouveaux défenseurs du « 0 reste-à-charge », celui-ci ne s'accompagne ni de l'élargissement du périmètre ni du niveau de prise en charge par la Sécurité sociale. C'est, ni plus ni moins, que la perpétuation des prises en charge existantes. Au contraire, selon les candidats, cette prise en charge se concentrerait sur les dépenses inscrites dans le panier de soins défini par le gouvernement ou dans le cadre des contrats responsables issus de la loi Touraine. Circonscrite donc à un certain nombre de dépenses autorisées.

D'autre part, pour ces promoteurs, l'idée du « 0 reste-à-charge » confirme une prise en charge à 100 % mais au moyen d'une place plus importante de l'assurantiel dans le remboursement des soins et des médicaments. Celle-ci prendrait forme ou bien par l'élargissement du périmètre des complémentaires santé (Macron: assouplir le cahier des charges des contrats responsables) ou bien par l'intégration des complémentaires (dépenses et recettes) dans la Sécurité sociale (Hirsch, Tabuteau, Piérru et Mélenchon). Hamon ne traite pas de la Sécurité sociale. Il articule son revenu de base avec une réponse aux besoins sociaux mais sans préciser ce qu'il entend. Son programme est loin d'être clair, mais s'attaquer au flou nous fait prendre des risques de dire des choses fausses.

Avec cette conception du « 100 % sécu », la Sécurité sociale ne serait pas plus sollicitée dans son périmètre de prise en charge et dans son niveau. L'augmentation des recettes de l'Assurance maladie serait illusoire. Ce transfert de recettes des complémentaires s'accompagnerait en même temps d'un transfert des dépenses associées. Si ce transfert augmentait le bilan de la Sécurité sociale, il n'augmenterait pas ses moyens de financement pour des dépenses nouvelles. Il ne réglerait pas les questions du reste-à-charge des malades. Ensuite ce transfert ne remettrait pas en cause les logiques de restriction du périmètre de prise en charge. Notamment, il ne remettrait pas en cause le fait que les mutuelles aujourd'hui n'assurent un remboursement complémentaire des dépenses de santé qu'ins-

crites dans un panier de soins. Or transférer des recettes destinées à prendre en charge ce panier de soins reviendrait à travailler pour inciter la Sécurité sociale à se concentrer sur une prise en charge des dépenses inscrites dans ce seul panier. Enfin, il est notable que les promoteurs de cette option argumentent sur le coût du travail des entreprises. Or subordonner les dépenses de Sécurité sociales aux impératifs supposés de coût des entreprises revient à faire de la Sécurité sociale un supplément d'âme de l'activité économique et de ses aléas. Tout l'inverse de ce qui a structuré l'ambition des inventeurs de la Sécurité sociale.

En vérité, l'emprise accrue des complémentaires sur le système de sécurité sociale français affaiblirait en réalité son rôle et renforcerait la partition du système et des acteurs sur le modèle de 3 piliers des institutions internationales (couverture publique obligatoire, couverture complémentaire obligatoire, surcomplémentaires volontaires). Car si le financement de la Sécurité sociale est assis sur les profits des entreprises, le financement des complémentaires est quant à lui assis sur les revenus des ménages ou sur la valeur ajoutée des entreprises. En renforçant le rôle des complémentaires dans la prise en charge, ce « 100 % Sécu » là contribuerait au transfert du coût de la Sécurité sociale vers les ménages. Loin d'être un « 100 % Sécu », la proposition de Hirsch et Tabuteau est en réalité un Cheval de Troie visant à poursuivre (consciemment ou non) le démantèlement de la Sécurité sociale en étant masqué par des intentions louables. Tout comme celle de Mélenchon et Pierrù de transférer le principe du régime local mosellan et alsacien (une caisse complémentaire complète le financement de la Sécurité sociale à quasiment 100 %, mais celle-ci est financée principalement par les usagers).

### **Notre ambition révolutionnaire du « 100 % Sécu »**

*« 100 % sécu » parce que la Sécurité sociale est un objet politique, pas un supplément d'âme »*

Faire du « 100 % Sécu » un objectif politique, c'est poser que la Sécurité sociale ayant pour finalité de répondre aux besoins sociaux des populations est en soi une dynamique essentielle de la transformation sociale. Elle n'est donc pas subordonnée à des conditions qui lui échappent (coût du travail, endettement public, croissance du PIB, ...) et qui détermineraient son niveau et son périmètre d'application. Au contraire, la réponse aux besoins sociaux définit l'ensemble des

conditions qui permettent une meilleure efficacité de la production et sociale. Elle est une brique indispensable du développement des capacités humaines.

Faire du « 100 % Sécu » un objectif politique, c'est donc assurer que les richesses produites contribuent directement au financement de la sécurité sociale. Et la seule façon d'assurer cette contribution directe c'est de s'assurer que ce financement soit une prise directe sur les profits. C'est le rôle de la cotisation sociale. Ni salaire, ni impôt, ni prime, elle est une part des profits que se réapproprient les travailleurs dont le montant est calculé à partir des salaires. Elle est une réappropriation de la richesse produite par les travailleurs pour répondre à leurs besoins.

Dans l'immédiat, en matière de santé par exemple, exiger la fin des exonérations des cotisations patronales, lutter contre la fraude patronale, c'est contribuer à se donner les moyens du remboursement à 100 % Sécu de tous les soins prescrits et tout de suite pour les jeunes de moins de 25 ans et les étudiants.

La question du financement de la Sécurité sociale : un choix de société

L'enjeu de la situation politique est clair : que les travailleurs puissent maîtriser à la fois les modalités de la réponse aux besoins sociaux *et* les conditions de cette appropriation de la richesse produite. C'est pourquoi la nature du financement de la Sécurité sociale est essentielle. En introduisant une part croissante de fiscalité dans les recettes de la sécurité sociale, les pouvoirs publics ont réduit les pouvoirs d'intervention des salariés sur la Sécurité sociale au profit de l'État et indirectement des employeurs, en subordonnant de fait une partie des ressources de la Sécurité sociale aux arbitrages fiscaux de l'État et aux arbitrages salariaux dans l'entreprise. Ce qui a limité le développement des recettes comme de la réponse aux besoins. Conjugée à la hausse du chômage, cette baisse des recettes est aujourd'hui à la source des déficits de la sécurité et justifie les politiques de réduction des dépenses. Il est donc capital de mettre en œuvre les moyens d'accroître les ressources de la sécurité sociale à partir de l'emploi.

Ceux-ci sont de deux ordres :

#### **a) la cotisation additionnelle :**

Il s'agit de sortir de la financiarisation de la gestion des entreprises qui mine l'emploi et la croissance réelle

et compromet le financement de la protection sociale. Une part considérable des fonds des entreprises et de leurs profits est orientée vers les profits financiers immédiatement rentables et non vers leur activité de production elle-même. Ces profits financiers ne contribuent pas globalement à la création d'emplois et au contraire se développent contre l'emploi, les investissements productifs et la croissance réelle, ce qui mine le financement de la protection sociale. De 1998 à 2015, la part des revenus financiers dans les ressources propres des entreprises est passée d'un peu moins de 24 % en 1998 à 33,6 % en 2015. Si le rythme de progression de cette part ralentit depuis la crise financière de 2008, pour cause de ralentissement de l'activité lié à cette crise, il repart depuis 3 ans. Cela montre l'inflation financière qui s'est développée au milieu des années 2000 et la recherche de profit rapide pour servir notamment les dividendes des actionnaires. Tandis que la part des salaires dans la valeur ajoutée, au contraire, tend à régresser. Elle aurait perdu entre 8 et 10 points depuis 1983 et passerait en 2015 à 49,5 % de la VA brute, en liaison avec les pressions sur les salaires aggravées à partir de 2007.

Nous proposons donc une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières car ceux-ci ne sont pas soumis aux contributions sociales et se développent contre l'emploi et la croissance réelle.

Il existe en 2015, selon nos calculs effectués à partir de la publication des Comptes de la Nation, 313,7 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises et des banques. 236,6 milliards d'euros au titre des produits financiers des sociétés non financières (dividendes reçus + intérêts perçus, inclus les revenus des investissements directs étrangers). Et 77,1 milliards d'euros de revenus financiers des sociétés financières (dividendes reçus + solde des intérêts versés/perçus).

Ainsi sur une base de revenus financiers de 313,7 milliards d'euros en 2015, on pourrait dégager, en les soumettant aux taux actuels de la cotisation patronale :

- 41,0947 milliards pour la maladie (13,1 %)
- 26,0371 milliards pour la retraite (8,3 %)
- 16,9398 milliards pour la famille (5,4 %)

Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat le déficit de la Sécurité sociale et de mener une politique sociale active visant à répondre aux nouveaux besoins

sociaux. Cela contribuerait dans le même temps à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles au lieu d'alimenter la spéculation. L'objectif serait de participer au financement de la solidarité en incitant à une autre utilisation de l'argent pour viser un nouveau type de croissance réelle. Le développement des ressources humaines constituerait le moteur de ce nouveau type de développement économique et social. Celui-ci à son tour permettrait de dégager des moyens pour financer une nouvelle Sécurité sociale, elle-même articulée avec la sécurisation de l'emploi et de la formation.

#### **b) la modulation des cotisations :**

Le débat pour développer le financement de la protection sociale doit impérativement être mené. Il s'agit de démontrer qu'une dynamique du financement visant à développer la protection sociale est possible et nécessaire. À droite et même au PS, on propose le développement de la CSG (fiscalisation). Pour notre part nous défendons au contraire le principe des cotisations. Mais la question d'une réforme pour un développement de leur assiette se pose. Les limites de l'assiette actuelle des cotisations patronales peuvent être reliées au type de politique économique et de gestion des entreprises.

Ainsi, les entreprises de main-d'œuvre (BTP, métallurgie, etc.), les entreprises qui ont un rapport masse salariale / valeur ajoutée élevé, et qui embauchent, accroissent les emplois et les salaires et ont un rapport charges sociales / VA beaucoup plus élevé.

Inversement, les sociétés financières et les entreprises qui licencient, qui réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée, qui jouent les placements financiers contre la croissance réelle et l'emploi, ont un rapport charges sociales / VA beaucoup plus bas.

Il y a donc des effets pervers par rapport à l'emploi et à la promotion des salariés. Ce système avantage les entreprises capitalistiques et les sociétés financières, au détriment des industries de main-d'œuvre et de la création des emplois correctement rémunérés. Nous proposons de corréliser les nouvelles rentrées de cotisations patronales, avec le relèvement de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite (développement de l'emploi, des salaires, de la formation, de la qualification des salariés). Il s'agit de solidariser les entreprises face au développement de l'emploi, des salaires, pour l'enclenchement d'un nouveau type de

croissance centré sur le développement des ressources humaines (emploi, salaire, formation, etc.). Il ne s'agirait pas d'une nouvelle forme d'exonération arguant que l'emploi dépendrait de l'abaissement des cotisations patronales. L'objectif est d'accroître la masse et le taux des cotisations patronales, à partir notamment du relèvement de la part des salaires. Le principe envisagé pourrait être le suivant : on garde l'assiette salaire mais on corrige ses limites actuelles. L'objectif serait de viser de nouvelles rentrées de cotisations articulées au développement de l'emploi, des salaires et de la croissance réelle. Ainsi on inciterait à la croissance du rapport masse salariale / valeur ajoutée, c'est-à-dire de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite. On viserait ainsi à dissuader la course à la croissance financière, aux économies massives sur l'emploi et les salaires. Les entreprises qui, en liaison avec l'intervention des salariés dans les gestions, relèvent la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée (emploi, salaires, formation, promotion des salariés, fonds sociaux) seraient assujetties à un taux de cotisation relativement abaissé, mais l'accroissement des salaires, de l'emploi, de la croissance, permettrait une masse de cotisations accrue.

## Les institutions de prévoyance complémentaire : un modèle à réévaluer

Par Mme Sylvie Durand

N.D.L.R. : Nous avons demandé à Mme Sylvie Durand de nous fournir cette note pour éclairer le débat sur le 100 % Sécu en précisant la nature et le rôle des Institutions de Prévoyance que nous connaissons mal.

La prévoyance est née de l'ordonnance du 4 octobre 1945 permettant la constitution « *d'institutions de prévoyance ou de Sécurité sociale de toute nature autres que les organismes de Sécurité sociale et que les sociétés mutualistes établies dans le cadre d'une ou de plusieurs entreprises au profit de travailleurs salariés ou assimilés en vue de leur accorder des avantages complémentaires à ceux qui résultent de l'organisation de la Sécurité sociale* ».

Dès lors, des institutions à but non lucratif, pilotées, gérées et administrées paritairement par des représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs ont pu, sous réserve de l'agrément des autorités publiques, voir le jour.

Des garanties « complémentaires » ont été proposées soit à l'ensemble des salariés soit à certaines catégories pour couvrir la maladie et les risques « lourds » (invalidité, incapacité, décès).

Ainsi, la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, en même temps qu'elle mettait en place le régime de retraite complémentaire AGIRC, engageait en son article 7 les employeurs à « *verser, pour tout bénéficiaire visé aux articles 4 (salariés cadres) et 4 bis (salariés assimilés cadres) de la Convention, une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de Sécurité sociale.* » Cette contribution, était et reste « *affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès* ».

Cette obligation de couvrir les cadres et les assimilés cadres a largement concouru à l'essor des institutions de prévoyance et à leur développement, pour plus de 80 % d'entre elles, à côté des organismes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC au sein de groupes paritaires de protection sociale.

Par ailleurs, l'octroi d'avantages de prévoyance est rapidement devenu un outil de politique des ressources humaines pour attirer ou fidéliser des salariés : les prestations complémentaires pouvaient et peuvent encore parfois se substituer à du salaire en tant que composantes « de la rémunération globale » des salariés.

Alors que l'ordonnance du 4 octobre 1945 excluait l'intervention des sociétés d'assurance à but lucratif du champ de la prévoyance collective, la loi « Evin » du 31 décembre 1989 leur a pleinement réouvert ce « marché ».

Au carrefour du Code de la Sécurité sociale et du Code du travail pour leur mise en place, les opérations des institutions de prévoyance, comme celles des mutuelles et des sociétés d'assurance, relèvent ainsi du champ concurrentiel et sont à cet égard soumises au droit communautaire.

Le « marché » de la prévoyance et de la complémentaire santé est très concurrentiel. Il représentait, tous opérateurs confondus, selon les derniers chiffres (2016) fournis par le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) « *plus de 55,2 milliards d'euros de cotisations, dont 28,4 milliards au titre des contrats collectifs en entreprise. La prévoyance et la complémentaire santé constituent ainsi le second marché du champ assurantiel après l'assurance vie. L'activité complémentaire santé représente, à elle seule, 36,1 milliards d'euros de cotisations, et la prévoyance « lourde » 19,1 milliards d'euros (hors garanties emprunteurs). Les cotisations relatives aux contrats collectifs en entreprise s'élèvent respectivement pour ces deux activités à 15,9 milliards d'euros et 12,5 milliards d'euros, soit 52 % du marché total* ».

Depuis la loi « Evin », les institutions de prévoyance ont enregistré un recul sur le segment des contrats collectifs dont elles n'occupent plus que 40 % avec un poids plus important sur les garanties de prévoyance « lourde » (décès, incapacité, invalidité...) que sur la complémentaire santé.

Ainsi couvrent-elles 13 millions de salariés au titre des garanties de prévoyance, hors complémentaire santé, et 7,2 millions de salariés et d'anciens salariés au titre de la complémentaire santé.

Les accords de prévoyance collective relèvent de la gestion **par capitalisation des cotisations**. D'où l'obligation faite aux institutions de prévoyance de constituer des provisions techniques représentatives des engagements vis-à-vis des participants. Celles-ci s'élevaient en 2015 à 49,2 milliards d'euros tandis que les cotisations encaissées par les institutions de prévoyance s'établissaient à 13,1 milliards d'euros. Le total des placements gérés par les institutions de prévoyance s'élève, en valeur de marché, à 60,4 milliards d'euros.

### Quelles perspectives pour la prévoyance collective paritaire ?

Si la mise en place des institutions de prévoyance a été l'occasion pour les salariés et leurs représentants d'affirmer leurs exigences quant à leurs besoins de protection sociale parallèlement à leurs exigences d'amélioration de leurs conditions de travail et de vie, le modèle n'est pas exempt de failles, accentuées par les dernières évolutions de la réglementation française et européenne :

- Absence ou inégalités de couverture selon la nature des contrats de travail (temps partiel, CDD, travail précaire), ou les catégories socio-professionnelles. Inégalités quant aux conditions d'accès aux prestations, à leurs niveaux et aux taux des cotisations, disparités des restes à charge, le tout selon les entreprises ou les branches professionnelles. Inégalités tenant aussi aux modalités de mise en place des garanties : par voie d'accord d'entreprise, de branche (étendu ou pas) ou par décision unilatérale de l'employeur. Surcoûts liés le cas échéant à la présence d'intermédiaires, en particulier de courtiers d'assurance et gestion plus onéreuse que celle de la Sécurité sociale.
- La loi du 14 juin 2013 en instituant un panier de soins minimum n'a pas permis de gommer ces inégalités. Au contraire, les négociations qui s'en sont ensuivies, ont été l'occasion pour nombre d'employeurs de se désengager en se limitant au minimum et en invitant les salariés à souscrire des garanties surcomplémentaires. (Un relèvement du niveau de prise en charge par le régime général aurait au contraire apporté la garantie de l'égalité de

traitement entre tous les assurés, à un coût moindre pour les assurés et les entreprises et dans le cadre d'une gestion par répartition.)

- Grande complexité de mise en œuvre des accords de prévoyance. Nécessité de se faire assister par un expert pour l'établissement des appels d'offres...
- Lobbying puissant des sociétés d'assurance qui sont à l'origine de la suppression de la possibilité pour les branches professionnelles d'opérer la désignation d'un organisme de prévoyance au profit de clauses de recommandations portant sur plusieurs organismes, ce qui vient percuter le périmètre de mutualisation et le modèle économique des institutions de prévoyance.
- Difficulté accrue pour les branches professionnelles d'analyser l'évaluation et la gestion des risques compte tenu de la pluralité des organismes recommandés
- Possibilité pour une institution de prévoyance d'exiger une hausse brutale des taux de cotisation ou à défaut de résilier un contrat d'entreprise.
- Instrumentalisation de la prévoyance complémentaire pour favoriser le désengagement de la Sécurité sociale, tant par les pouvoirs publics que par le Medef.

Enfin, la transposition en droit français de la directive Solvabilité II, sous couvert d'un renforcement des règles prudentielles, conduit à une financiarisation outrancière du modèle économique de la prévoyance complémentaire. Le relèvement du niveau des provisions techniques à constituer va nécessairement se traduire par une hausse des cotisations appelées sans amélioration des garanties et livrer à la spéculation des marchés des masses financières d'autant plus considérables que les taux d'intérêt sont bas. À défaut les institutions de prévoyance n'auront pas d'autres choix que d'épurer leur portefeuille d'un certain nombre de contrats en excluant les entreprises dont les profils de risque se détériorent.

Autant de nouvelles contraintes externes qui s'imposent à la gouvernance paritaire des institutions de prévoyance, et qui tendent à faire adopter par les organismes complémentaires à but non lucratif, bien malgré eux, des raisonnements et des comportements très voisins de ceux des sociétés d'assurance à but lucratif.

Dans ce contexte, il conviendrait de réévaluer la place et le rôle des institutions de prévoyance et des mutuelles. Un examen qui devrait être confié à une autorité indépendante des organismes concernés ...

---

*Les Brèves des cahiers*

---

## Plus d'un quart des assurés aurait renoncé aux soins

Selon une étude de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore) datée de 2016 auprès de 29 000 assurés dans 18 caisses d'assurance maladie, plus d'un quart des assurés sociaux renonceraient à recevoir des soins. Cela signifie tout de même que plusieurs millions d'assurés renoncent ou diffèrent des soins. Ce renoncement concerne en particulier les soins dentaires, auditifs ou ophtalmologiques. Les obstacles ne sont pas que financiers (trois fois sur quatre). La méconnaissance du système est aussi un frein, selon Nicolas Revel, le DG de l'assurance maladie. Et de rappeler les faibles taux de recours aux aides existantes comme la CMU-C ou l'ACS. Selon Helena Revil, chercheuse à l'Odenore, seules 22 % des personnes éligibles à l'ACS ont fait valoir leurs droits en 2011.

## 15 000 cas de cancers par an sont attribuables à la pauvreté en France

« Près de 15 000 cas de cancers pourraient être évités en France chaque année par l'amélioration des conditions de vie et la promotion de la santé des populations les plus défavorisées », affirment Joséphine Bryere (Unité INSERM-UCBN Cancer et préventions) et ses collègues du réseau des registres des cancers (FRANCIM) dans une étude parue en février dans le « Bulletin épidémiologique hebdomadaire ». Les auteurs se sont appuyés sur les registres de cancers français, couvrant 16 départements, soit 12 millions d'individus ou 20 % de la population française. En tout, 189 144 cas de cancer ont été inclus dans l'analyse. L'environnement socio-économique des patients était évalué en fonction de l'indice européen agrégé de défavorisations sociale (EDI). La survenue d'une tumeur solide de l'estomac, du foie, des lèvres-bouche-pharynx et du poumon était associée avec un environnement socio-économique dégradé chez les femmes et chez les hommes. Chez les femmes, cette relation était également observée pour le cancer du col de l'utérus. Une association positive entre un mauvais environnement socio-économique et risques de cancer du larynx, de l'œsophage et du pancréas n'était pour sa part observée que chez les hommes. La détermination sociale de certains facteurs de risque comme la consommation tabagique, les expositions professionnelles ou aux polluants atmosphériques expliquent sans doute une partie importante des différences observées. Les auteurs ont également

mesuré la part des cancers attribuables à la pauvreté sociale. C'est le cas de 30,1 % des cancers du larynx, de 26,6 % des cancers des lèvres-bouches-pharynx et de 19,9 % des cancers du poumon chez l'homme, et de 22,7 % des cancers des lèvres-bouches-pharynx et de 21,1 % des cancers de l'utérus chez les femmes.

## Complémentaire santé : attention : un organisme sur quatre gère exclusivement des contrats individuels

Les contrats collectifs, qui couvrent des salariés d'entreprise ou de branches professionnelles, gagnent du terrain sur les contrats individuels : 44 % des cotisations collectées en 2015 contre 40 % en 2007. Un quart des organismes qui géraient exclusivement des contrats individuels en 2015 pourraient voir leur activité fortement affectée par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (l'ANI) au 1<sup>er</sup> janvier 2016. En 2015, en collectif, 85 % des cotisations en santé sont reversées aux assurés sous forme de prestations contre 75 % en individuel. Cela s'explique notamment par des charges de gestion des contrats plus faibles en collectif et les profits des assurances. Chaque année depuis 2009, les contrats individuels en santé sont en moyenne excédentaires tandis que les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aura donc des conséquences sur la solidité financière des organismes d'assurances.

## La part de la fiscalisation est de plus en plus importante dans le financement de la protection sociale

Selon une étude de la DREES<sup>(26)</sup> depuis 1959, les recettes de la protection sociale sont passées de 16 à 34 points de PIB en 2015. Leur structure s'est également fortement modifiée : la part des impôts et taxes affectés (ITAF), au premier rang desquels se trouve la contribution sociale généralisée (CSG), a nettement augmenté. Cela a diminué d'autant la part des cotisations sociales qui demeurent néanmoins la première ressource du système et des contributions publiques.

26 Timothée Barnouin et Aurore Doms (DREES), 2017, « 55 ans de diversification des financements de la protection sociale », Études et Résultats, n°1002, Drees, mars.

Ainsi, les ITAF représentent 24,5 % des ressources en 2015 (contre 0,4 % en 1968, à la date de leur création), tandis que la part des cotisations sociales a été ramenée de 77 % en 1959 à 61 % en 2015. Malgré cela la part des ressources de la protection sociale par assiette de prélèvement est restée relativement stable entre 1981 et 2015, la part de l'assiette correspondant à la rémunération des salariés ayant néanmoins diminué. Les ratios de prélèvement ont cependant évolué à la hausse, principalement pour les revenus de la propriété, en lien avec le développement des ITAF assis sur cette assiette.

## Les doyens des facs de médecine demandent la suppression du *numerus clausus*

Les doyens des facultés de médecine s'invitent dans le débat de l'élection présidentielle en prônant une réorganisation profonde des études de santé, et notamment de « *sortir du *numerus clausus*, qui a montré ses limites en termes de gestion de la démographie médicale et des déserts médicaux* ». Dans ses « *10 propositions* », rendues publiques lundi 20 février, la Conférence des doyens renouvelle son appel à supprimer ce contingentement des places à l'issue de la première année commune aux études de santé (PACES). Le nombre de places à pourvoir serait déterminé en fonction des besoins du territoire, en liaison avec les régions, le conseil de l'ordre des médecins et les acteurs de terrain. Les universités concluraient des « *contrats d'objectifs* » pour remplir ces besoins. En résulteraient un accroissement du nombre de médecins formés et des moyens accordés aux facultés concernées. Jean-Luc Dubois-Randé, président de la Conférence des doyens de médecine, souligne en effet l'ampleur des besoins : « *Trois diplômés sur quatre décident de s'installer pour exercer la profession de soignant, et de nouveaux métiers se développent aux confins de la médecine et des nouvelles technologies, d'ingénieur, ou de manager médical...* » Et de rappeler que 30 % des nouveaux médecins s'installant en France ont obtenu leur diplôme dans un autre pays européen... Pour autant, les doyens ne préconisent pas de supprimer la première année commune aux études de santé (PACES). Avec un taux d'échec de 85 % au bout d'un an et de 75 % pour les candidats qui la redoublent, cette année de préparation aux concours de médecine, dentiste, pharmacie et maïeutique (sage-femme) est très critiquée : on peut la valider mais ne pas être admis au concours. Les

doyens remettent en cause le rôle central actuel des « *épreuves classantes nationales* » (ECN), concours qui détermine l'accès aux spécialités à la fin de la sixième année. Les professeurs de médecine voudraient ouvrir des voies parallèles à ces fourches caudines, « *pour des projets professionnels originaux identifiés et/ou des projets de santé professionnels adaptés aux territoires* », explique leur communiqué. « *Nous recommandons d'organiser très tôt le parcours professionnel des étudiants, et les stages, et de leur faire des propositions de trajectoires professionnelles. L'expérience montre que la relation avec le maître de stage est un élément déterminant de la décision d'installation* », plaide M. Dubois-Randé. Avec plus de diplômés en médecine et l'instauration de nouveaux parcours, le manque de professionnels de santé dans les zones sous-dotées pourrait être comblé, sans pour autant remettre en question le principe de la liberté d'installation sur le territoire d'« *autant que nous disposons maintenant des outils pour attirer les diplômés dans les zones sous-dotées, comme les contrats de service public* », argue le président de la Conférence des doyens. Pour l'instant l'attractivité aux Épreuves Classantes Nationales de médecine désigne la médecine générale comme avant-dernière du classement de 2014 à 2016. La médecine générale fait toujours partie des cinq disciplines les moins choisies à l'internat. La dernière étude de la DREES confirme en effet que lors des Épreuves Nationales Classantes (ECN) 2016, tous les étudiants avaient — quelque soit leur classement — le choix entre médecine générale, médecine du travail, santé publique, psychiatrie et biologie médicale. Ce n'est pas nouveau, mais cela reste un signe de relative sous-attractivité de la discipline. Néanmoins, il y a encore des spécialités qui peinent davantage à attirer. On peut le mesurer à travers le nombre de postes restés vacants après les choix. Ainsi, si 94 % des postes sont finalement couverts en médecine générale, seuls 84 % des postes de ceux proposés en biologie, 67 % en santé publique et 54 % des ceux proposés en médecine du travail le sont effectivement. En revanche, la psychiatrie fait un peu mieux : 97 % des postes pourvus. À noter aussi que les femmes sont visiblement plus enclines à choisir médecine générale : parmi le tiers qui a tous les choix possibles, 12 % opteront en effet pour cette spécialité. La profession demeure néanmoins à **l'avant-dernier rang de l'indicateur d'attractivité** calculé par la DREES en pondérant les classements des étudiants par discipline choisie (mais indépendamment des postes restés vacants).

## Cancérologie, bonne nouvelle : le secteur public progresse au détriment du secteur lucratif

Les hôpitaux publics au cours de la période 2004-2012 ont capté l'essentiel de la croissance observée en matière de chimiothérapie. L'accès aux soins ne s'est pas altéré pour les patients en dépit de la réduction du nombre d'établissements. Entre 2005 et 2012, le nombre d'établissements pratiquant la chirurgie des cancers a baissé selon une étude de l'Irdes. Il chute de 1 057 à 924 structures. Dans le même temps, la chimiothérapie progresse (+32 nouveaux centres). Cela traduit le fait que les traitements chirurgicaux reculent de plus en plus en étant remplacés par des traitements plus physio-pathogéniques. La fermeture des blocs chirurgicaux concerne surtout les petits établissements privés lucratifs. Vingt pour cent d'entre eux ont cessé leur activité. Les centres hospitaliers ont également été touchés avec une réduction de 9 %. Cette contraction de l'activité n'a pas concerné les établissements privés non lucratifs qui bénéficient d'une augmentation de 13 %. Sur l'ensemble de l'Hexagone, 61 départements ont été affectés par une rétraction de l'offre en chirurgie carcinologique. Au final, le secteur public (CH et CHU) accroît sa part de marché et assure près de 40 % des chirurgies carcinologiques en 2012 contre 34 % en 2005. L'offre privée demeure encore leader avec une part de marché de 46 % (contre 54 % en 2005). Cette reconquête du secteur public est encore plus frappante dans le domaine de la chimiothérapie. En sept ans, le nombre de séances de chimiothérapies a augmenté de près de 60 %. Cette croissance a été captée pour l'essentiel par les CHU et les CH. Dans ces établissements, le nombre de séances a doublé avec une part de marché qui progresse de 43 à 50 %. Effet de balance oblige, les cliniques privées reculent avec une part qui s'élève à 28 % au lieu de 37 % en 2005.

## Contre le Sida, la Tanzanie adopte des mesures anti-gay

Le gouvernement tanzanien a annoncé la fermeture de dizaines de centres de santé privés spécialisés dans la lutte contre le sida, accusés d'apporter des soins à la communauté gay. « Nous avons suspendu la fourniture de services anti sida dans un peu moins de 40 centres gérés dans tout le pays par des ONG, après avoir établi que ces centres assuraient la promotion de l'homosexualité, ce qui est contraire aux lois de la Tanzanie », a expliqué

jeudi le ministre de la Santé lors d'une conférence de presse. Quelques jours plus tard, le ministre adjoint tanzanien de la Santé a menacé samedi de publier des noms d'homosexuels. Le gouvernement mène des enquêtes contre « les syndicats de l'homosexualité », a affirmé Hamisi Kigwangalla. « Je vais publier une liste de gays qui vendent leur corps sur internet. Ceux qui pensent que cette campagne est une plaisanterie se trompent. Le gouvernement a le bras long et va arrêter tous ceux qui sont impliqués », a ajouté le ministre adjoint. L'homosexualité est punissable en Tanzanie de très lourdes peines de prison. Nous restons confondus devant tant de bêtise et de violence.

## Bonne nouvelle : découverte du mode de transformation cancéreuse via le virus d'Epstein-Barr

Le virus EBV est connu depuis très longtemps pour donner des cancers lymphatiques, de l'estomac ou du nasopharynx. Des chercheurs de l'Inserm de l'unité franco-allemande « Microbiologie et maladies infectieuses » ont découvert quelle protéine provenant du virus d'Epstein-Barr (EBV) serait responsable de l'apparition de cancers chez certains individus. En effet, cette protéine perturberait le processus de division cellulaire, ce qui augmenterait le risque de développer des tumeurs. D'après leurs travaux, publiés dans *Nature Communication*, la mise au point d'un vaccin permettrait de limiter ce surrisque de cancer. Une protéine du virus, nommée BNRF1, induirait, par simple contact, des modifications qui provoqueraient des anomalies lors de la division des cellules. Plus précisément, cette protéine fait que le nombre de centrosomes est anormalement élevé. En désorganisant ainsi le processus, cela entraîne une instabilité chromosomique propice au développement de tumeurs. Les spécialistes ont pu prouver l'implication de BNRF1 en supprimant le gène codant de cette molécule par génie génétique puis en infectant des souris avec le virus modifié. En effet, ils ont observé la disparition de cette instabilité chromosomique provoquant le surrisque de cancer. Chez l'Homme, le virus est souvent silencieux mais il peut parfois se multiplier et infecter les cellules voisines qui au contact de la fameuse protéine sous soumise à un risque accru de dégénérescence tumorales. « Le virus d'Epstein-Barr pourrait donc causer plus de cas de cancers que l'on ne soupçonnait. Nous suggérons la mise au point d'un vaccin pour réduire la fréquence de contacts avec le virus d'Epstein-Barr et le risque de cancer associé » affirme Henri Jacques Delécluse, le directeur de cette unité de l'Inserm.

## Jean-Pierre Dewitte, président de la conférence des directeurs de CHRU : « *Je n'imagine pas à l'horizon 2030 une réduction du nombre de Chu* »

Pourtant cette idée traîne dans quelques têtes... Dans une interview donnée à *Décision médicale* Jean-Pierre Dewitte précise certaines de ses propositions concernant l'évolution des CHU indiquées dans document publié par la FHF. La FHF représente tous les hôpitaux publics français. Mais les Chu ont des spécificités qui exigent des mesures spécifiques. Dans leurs 17 propositions, l'accent est mis sur l'innovation et la recherche. Il se prononce pour le maintien de la Loi Debré de 58. Le progrès médical dit-il, y puise sa source en continu. Un toilettage est seulement nécessaire. Citations : « *Alors qu'il était encore possible de mener de front les trois activités de médecin-enseignant-chercheur, cela semble aujourd'hui difficile. L'alternative serait de les distribuer au sein d'une équipe par exemple* ». « *Je n'imagine pas à l'horizon 2030 une réduction du nombre de Chu. Comment envisager qu'un élu d'une grande métropole abandonne un Chu alors que les maires refusent toujours de fermer les maternités de moins de 300 accouchements? Pour autant, tout ne doit pas rester figé. Nous travaillons actuellement sur l'idée de réseau de CHU ou d'une fédération* ». « *Un CHU ne doit plus exercer de manière isolée et en concurrence frontale avec ses voisins* ». « *Trois chantiers sont toutefois prioritaires. En premier lieu, les nouveaux modes d'exercice des trois missions doivent être repensés. Il faut permettre à des hospitalo-universitaires de privilégier selon le moment la valence recherche ou la valence enseignement. De nouveaux statuts dans ce cadre seront envisagés. En second lieu, nous l'avons déjà évoqué, les CHU en réseau sont une priorité. Un maillage de surspécialités et de surcompétences sur l'ensemble de l'Hexagone répondra aux attentes des Français. Enfin, le label CHU attribué hors les murs distinguera les compétences des équipes exerçant dans les maisons de santé ou dans des maisons de la recherche. Seront ainsi associés les médecins libéraux et des praticiens hospitaliers* ». « *En réponse aux contraintes financières, l'innovation et la recherche ont souvent été les variables d'ajustements. Résultat, nous avons perdu en capacités d'innover. Nous proposons lors du vote de l'Ondam au Parlement une sanctuarisation des budgets de recherche dans nos établissements afin de mieux préparer l'avenir* ».

## Hôpitaux, tarifs encore en baisse de -0,9 %

La campagne tarifaire 2017 accuse une nouvelle réduction des tarifs. Tous les secteurs sont visés. Et les professionnels protestent vigoureusement contre ce nouveau tour de vis. Le gouvernement fait semblant d'avoir reculé... Au lieu d'une contraction initiale de -1,1 à -1,4 %, sur les tarifs hospitaliers, la baisse sera donc limitée à -0,9 %. Un résultat à mettre au crédit de la forte mobilisation qui a réuni pour la première fois l'ensemble des fédérations hospitalières dans un même mouvement de protestation. La Fédération des Hôpitaux Privés s'insurge de la baisse supplémentaire de 0,49 % infligée aux seules cliniques privées justifiée selon la ministre de la Santé par les effets du CICE et du pacte de responsabilité. Pourquoi les établissements de la Fehap (Fédération des établissements privés et d'aide à la personne privés non lucratifs) sont-ils épargnés?, s'étonne-t-on à la FHP qui a la mémoire sélective.

La gravité de la situation s'inscrit dans une baisse continue des tarifs alors que les charges augmentent. David Gruson, le directeur général de la Fédération hospitalière de France (public) s'inquiète « *de la dureté de la campagne tarifaire* ». La forte hausse du coefficient prudentiel fixée à 0,7 % (mise en réserve par l'État) suscite une réelle inquiétude. Cette réserve, mise de côté au début de l'exercice budgétaire, est loin d'être redistribuée dans son intégralité même en cas de contrôle strict des dépenses. C'est un outil de pression sur les directions. Quant à la progression significative des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) de 3,1 % à comparer avec le taux de 1,7 % en 2016, elle ne provoque pas l'enthousiasme au sein de la FHF. « *Le taux n'est qu'indicatif* », souligne David Gruson.

Marisol Touraine se voulant optimiste déclare ; « *Ce sont en effet 1,5 milliard d'euros supplémentaires qui seront dédiés aux établissements de santé (soit une hausse de 2 % par rapport à 2016, portant le total des dépenses à 79,2 milliards d'euros)* », dans un communiqué de presse. Mais à quel prix? « *Entre les revalorisations salariales accordées à la fonction publique hospitalière et l'imposition de charges externes, cela représente en pratique 750 millions de dépenses supplémentaires* », note David Gruson. La Fehap enfonce le clou en notant sur cinq ans une baisse des tarifs de 3,87 % alors que l'inflation a progressé de 4,88 %. Soit un effort de productivité

de 8,75 % réalisé au cours de la période. Face à des personnels en souffrance, cette nouvelle diète sera difficile à digérer...

## En France, de plus en plus de personnes hospitalisées d'office en psychiatrie

En mai dernier le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dénonçait la banalisation de la contention et de l'isolement. Depuis la réforme de l'hospitalisation d'office en psychiatrie, le nombre de personnes hospitalisées sans consentement a nettement augmenté. Tel est le principal constat d'une étude sur le sujet menée par l'IRDES. 92 000 personnes ont été hospitalisées sous ce régime en 2015 : 12 000 de plus qu'en 2012 soit une augmentation de 15 %. Deux raisons à cela. D'abord, l'instauration d'une troisième porte d'entrée, à côté de l'hospitalisation sur décision du préfet ou sur demande d'un tiers : les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI). « *Le recours aux SPI ne peut être un expédient pour désengorger les urgences ni une solution de facilité, c'est inadmissible* », s'insurgeait le député socialiste Denys Robiliard, mi-février. Les trois catégories reposent toutes sur trois critères — troubles mentaux, consentement impossible aux soins par l'intéressé et nécessité de soins et de surveillance — mais dans le troisième cas, l'adressage, sur certificat médical, a souvent pour origine un médecin non-psychiatre, qui porte seul la responsabilité de la décision : services d'urgence (63 % des admissions sur ce mode), SOS médecins, médecins urgentistes, voire généralistes. Il faut croire que cette nouvelle possibilité a été bien intégrée par les professionnels, puisque le nombre de personnes admises en SPI a plus que doublé depuis sa mise en place en 2011-2012 : 19 500 malades ont été admis ainsi contre 8 500 seulement en 2012. Autre explication à la progression de l'hospitalisation d'office : la possibilité désormais de soins ambulatoires sans consentement hors les murs d'un établissement psychiatrique. En 2015, près de 37 000 personnes ont connu ce type de prise en charge, soit quatre personnes sur dix ayant reçu des soins sans consentement. Or ce sont souvent des soins qui s'étendent sur un temps plus long, ce qui augmente mécaniquement le nombre de personnes dans cette situation. Enfin, l'étude dresse une sorte de portrait-robot des personnes sous hospitalisation d'office, qui représentent 5,4 % de la file active en CHSP : c'est le plus fréquemment un homme (60 %), en moyenne âgé de 43 ans, soit 4 ans de moins qu'en psychiatrie générale et une fois sur deux schizophrène ou psychotique (contre 11 % des patients suivis en psychiatrie).

Aborder la psychiatrie uniquement par le prisme de la contrainte serait occulter la lame de fond qui travaille une discipline, confrontée à une demande sociétale de plus en plus forte (du burn-out à la prise en charge des victimes d'attentat en passant par la recherche de bien-être), tout en portant le poids d'une histoire singulière marquée par l'asile. Certains services hospitaliers manquent cruellement de psychiatres. Au 1er janvier 2016, le taux de vacance des postes temps plein était de 27 % (4 814 postes occupés, pour 6 606 budgétés), celui des temps partiel de 47 %. Les PU-PH en psychiatrie sont une centaine (dont 27 seulement pour la pédopsychiatrie soit 9 universités qui en sont dépourvues) pour... 2 000 internes, souligne le Pr Pierre Thomas, président du Collège national des Universitaires de psychiatrie (CNUP).

Pour compliquer l'affaire, les psychiatres doivent s'appropriier les changements apportés par la loi Santé du 26 janvier 2016, à commencer par la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), avec la crainte, « *pour 75 % des structures rattachées à des GHT polyvalents, que la psychiatrie soit une variable d'ajustement* », note le Dr Norbert Skunik (intersyndicale de défense de la psychiatrie publique). Ils doivent aussi participer à la constitution des projets régionaux de santé mentale (pilotés par les Agences régionales de santé) et des communautés psychiatriques de territoire. Tout un tricotage administratif, potentiellement chronophage.

## Les Français inquiets pour l'avenir de la Sécu

Plus de deux Français sur trois se déclarent pessimistes pour l'avenir du système de santé selon un sondage Harris Interactive commandé par la Mutualité française. 85 % jugent que le déficit est élevé, voire très élevé. Selon trois Français sur quatre, ce déficit peut remettre en cause l'avenir de celle-ci. Mais les inquiétudes des Français ne se résument pas aux perspectives de la protection sociale. L'accès aux soins demeure une préoccupation prioritaire. 68 % des Français estiment que la Sécurité sociale rembourse moins de 60 % des dépenses de santé. Mais cette problématique ne se résume pas à l'aspect financier. Si l'obtention d'un rendez-vous chez le généraliste est encore aisée, ce n'est pas le cas chez le spécialiste. Enfin, une pierre est jetée chez les médecins libéraux. 77 % des Français sont favorables à la généralisation du tiers payant.

## NHS : une étude d'Oxford fait le lien entre austérité et surmortalité

Ce qui est vrai en France l'est aussi en Grande Bretagne! De crise en crise, le secteur de la santé publique est plus que jamais en ébullition au Royaume-Uni. La mobilisation des syndicats de salariés et des professionnels de santé s'est traduite par une manifestation nationale le 4 mars contre les coupes budgétaires. Une étude de l'université d'Oxford a mis le feu aux poudres. Celle-ci affirme que l'on peut « vraisemblablement » établir un lien entre l'austérité budgétaire, à l'échelle du pays et dans tous les secteurs, et la hausse de la mortalité. Les chercheurs chiffrent la surmortalité provoquée par la politique menée par le gouvernement conservateur à 30 000 décès pour la seule année 2015 par rapport à l'année précédente, l'écart le plus élevé depuis la seconde guerre mondiale. Les coupes dans les budgets sociaux laissent de plus en plus de Britanniques sur le carreau. Pour les auteurs de l'étude publiée dans le journal de la Société Royale de Médecine, le lien est probable entre les coupes opérées dans les budgets consacrés aux aides sociales et aux services publics de santé. Le temps d'attente moyen à l'hôpital est monté jusqu'à 12 heures, tandis qu'un rendez-vous avec son médecin généraliste peut attendre jusqu'à 3 semaines. Le gouvernement, par le biais d'un porte-parole du ministère de la santé, s'est concentré sur la dénonciation d'une étude « biaisée et basée sur des convictions politiques opposées au gouvernement ». L'étude fait effectivement écho aux critiques du Labour Party et des Libéraux Démocrates. Les deux n'ont de cesse que de souligner l'ampleur de la crise dans le secteur de la santé. Les chercheurs de la prestigieuse université d'Oxford réfutent un par un les arguments du gouvernement. Ils affirment avoir mené leurs études sur la base de faits, en examinant les chiffres de l'Office National chargé des Statistiques. « Nos découvertes doivent être vues dans le contexte d'une situation financière du NHS qui empire », précisent encore les auteurs. « Depuis les élections générales de 2010, l'impact des coupes budgétaires, liées à l'imposition de l'austérité sur le système de santé est profond (...) Les dépenses ne parviennent pas à suivre la demande et les réductions budgétaires de 16.7 milliards de livres ont exacerbé la situation. » Les auteurs soulignent également les conséquences de l'allongement du temps d'attente aux urgences, de celui avant lequel le patient peut être transporté par une ambulance ainsi que la multiplication des reports d'opérations de routine, notamment en chirurgie. Selon the Mirror, 2700 personnes âgées meurent chaque année faute de pouvoir se chauffer.

Le budget du système national de santé tourne autour de 106 milliards de livres. Il aurait augmenté, selon les conservateurs, de 15 milliards entre 2009 et 2015. Pourtant, il est loin de répondre à la demande. Dans le même temps, le budget de l'aide sociale, géré par les collectivités locales a baissé de 3,5 milliards de Livres depuis 2011. Et l'étude insiste sur la baisse de 17 % des dépenses en faveur des personnes âgées, depuis 2009 alors que le nombre de personnes de plus de 85 ans a augmenté de 9 % sur la même période. Pour le professeur Danny Dorling, « *il peut sembler évident que plus de personnes âgées sont mortes prématurément à cause des coupes budgétaires du gouvernement... Et le gouvernement refuse d'admettre toute responsabilité* ». Pour la membre travailliste du Parlement Barbara Keeley, membre du cabinet fantôme pour l'aide sociale, « les Tories ont créé la crise dans l'aide sociale en supprimant des milliards des budgets de conseils et les citoyens en subissent les conséquences ».

## Les recommandations de la HAS n'ont pas à être opposables, assure sa présidente

Si elles demeurent une aide précieuse pour le médecin, les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé (HAS) ne constituent pas une obligation à suivre systématiquement au pied de la lettre, a rappelé sa présidente, le Pr Agnès Buzyn. Cette conception est nouvelle : prudence et modestie, ou simplement attitude scientifique? « *Les recommandations de bonne pratique de la HAS n'ont pas à être opposables car la médecine est un art évolutif* ». « *Les médecins doivent connaître les bonnes pratiques, a-t-elle précisé, et être capables de dire pourquoi, le cas échéant, ils s'en sont éloignés. C'est lorsque les praticiens ne justifient pas les raisons qui les ont fait s'écarter de ces recommandations qu'ils courent un risque judiciaire.* » Cette question de l'opposabilité des recommandations est à la fois centrale et épineuse. Un arrêt du Conseil d'État du 27 avril 2011 a constitué un tournant. Saisie par l'association Formindep, la plus haute juridiction administrative avait abrogé une recommandation de la HAS sur la prise en charge du diabète de type 2 pour non-respect des règles de gestion des conflits d'intérêts des experts l'ayant élaborée. L'objet des recommandations est de « *guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostic ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur*

*édition* », écrivait le Conseil d'État. La liberté thérapeutique est préservée par le code de déontologie. Dans la pratique, le médecin bénéficie toujours d'une liberté thérapeutique inscrite dans l'article 8 du Code de déontologie médicale : « *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.* » Pour le Dr Luc Duquesnel, président des « Généralistes CSMF », Agnès Buzyn est dans le vrai. « *Nous devons tenir compte de ces recommandations, analyse-t-il, mais avec discernement* ».

## Restriction d'accès à la PUMa

Les idées réactionnaires gagnent du terrain tandis que la campagne des Présidentielles n'est pas terminée. Anticipation ? Au prétexte de la réforme dite de la « Protection universelle maladie (PUMa) », entrée en vigueur il y a plus d'un an, le gouvernement s'apprête à remettre en cause les règles établies depuis la réforme CMU de 1999. Un arrêté réduisant la liste des titres et documents qui autorisent les personnes étrangères à bénéficier de l'assurance maladie est en effet sur le point d'être pris. Malgré des alertes réitérées, vont désormais être exclues les personnes disposant d'un récépissé de demande de titre de séjour ou d'autres documents nominatifs remis par les préfectures et attestant de démarches en cours. Or, les préfectures multiplient précisément la délivrance de ces documents de séjour précaires. Résultat : alors qu'elles sont en règle du fait de la possession de ces documents, ces personnes vont être renvoyées vers l'AME (aide médicale d'État), voire vers « rien du tout » pour celles dont les ressources sont supérieures au plafond fixé par les textes pour bénéficier de l'AME (720 euros par mois). Ces mesures vont avoir pour effet d'augmenter le nombre de bénéficiaires et les dépenses de l'AME. Ce changement majeur est d'autant plus inconséquent et inquiétant qu'il est pris à la veille d'élections où plusieurs candidats envisagent de réduire l'AME jusqu'à la faire disparaître. Ce durcissement pourrait donc avoir des conséquences sanitaires et sociales encore plus graves dans un très proche avenir.

Des organisations<sup>(27)</sup> demandent au gouvernement que l'arrêté, qui doit être cosigné par le Ministre de l'Intérieur et la Ministre des affaires sociales, ne conduise pas à l'exclusion de l'assurance maladie les personnes étrangères en situation régulière qui, jusqu'ici, y avaient droit.

## Vaccination contre les papillomavirus, le retard français s'aggrave

Voici l'appel lancé par le Pr Ph Descamps et soutenu par le CNGOF (Syndicat des gynéco-obstétriciens) et la Société de colposcopie à propos du cancer du col et de la vaccination HPV qui accuse un retard dramatique en France : huit à neuf jeunes filles sur dix reçoivent le vaccin anti-HPV dans plusieurs pays industrialisés. En France, ce sont moins de deux jeunes filles sur dix qui sont vaccinées, plaçant l'Hexagone aux derniers rangs des pays européens. En 2015, seules 15 % des jeunes Françaises de 15 ans ont reçu un schéma vaccinal complet. Un constat terrible selon le Pr Philippe Descamps, gynécologue obstétricien au CHU d'Angers. Conséquence de ce « désert » vaccinal, huit femmes chaque jour en France se voient annoncer un cancer du col de l'utérus. Trois femmes en décèdent. Enfin, concernant la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin détectées par le dépistage, 36000 conisations sont réalisées chaque année. « *Cette intervention chirurgicale qui consiste à retirer une partie du col utérin génère du stress chez les patientes ainsi que des conséquences obstétricales et néonatales graves* », explique le Pr Descamps. C'est pourquoi, selon lui, « *un engagement politique s'avère indispensable. Les pouvoirs publics et les élus doivent engager au plus vite une politique de relance de la vaccination contre les papillomavirus* ». L'objectif loin d'être réalisé du plan cancer publié en 2014 était une couverture vaccinale d'au moins 60 % en 2019. Et le Pr Descamps de rappeler : « *Est-il*

27 ACT UP Paris, AFVS (Association des familles victimes du saturnisme), AIDES, ARCAT, CATRED (Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits), CENTRE PRIMO LEVI, CIMADE, COMEDE (Comité pour la santé des exilés), CoMeGAS, CRETEIL SOLIDARITE, DOM'ASILE (Domiciliation et accompagnement des demandeurs d'asile), DROITS D'URGENCE, FASTI (Fédération des associations de solidarité avec les travailleurs immigrés), FTCT (Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives), GAIA Paris, GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés), LA CASE DE SANTE (Centre de santé communautaire - Toulouse), la LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, MEDECINS DU MONDE, MFPF (Mouvement français pour le planning familial), MRAP (Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples), RESEAU LOUIS GUILLOUX, SIDA INFO SERVICE, SOLIDARITE SIDA, SOS HEPATITES), Secours Catholique - Caritas France,

*éthiquement acceptable de savoir que le cancer du col de l'utérus aura quasiment disparu dans dix ou vingt ans dans certains pays européens alors que nous déplorerons encore le décès de mille femmes par an en France? Cette responsabilité sera très difficile à assumer... ».* D'autant plus que l'arsenal des vaccins disponibles s'étoffe. Afin de tenir compte de l'arrivée du Gardasil 9 (Sanofi Pasteur MSD), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) vient de publier un avis relatif à la place de ce nouveau vaccin dans la stratégie actuelle de prévention des infections à papillomavirus humains (HPV). Le Gardasil 9 qui contient 5 génotypes additionnels (31, 33, 45, 52, 68) a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne le 4 avril 2016 selon un schéma à 2 doses chez les filles et les garçons âgés de 9 ans à 14 ans, après une première AMM selon un schéma à 3 doses obtenu en juin 2015. Les 9 génotypes inclus dans la nouvelle formulation « *sont responsables de 90 % des cancers du col de l'utérus, 80 % des lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade, 70 % des cancers du vagin, 40 % des cancers de la vulve, 85 % des cancers de l'anus et 60 % des cancers du pénis* », indique le HCSP. Depuis 2007 la vaccination contre le HPV est recommandée avec le Gardasil quadrivalent (génotypes 6, 11, 16 et 18) et depuis 2010 avec le Gardasil et le Cervarix (génotype 16 et 18) chez les jeunes filles et les jeunes femmes avec comme objectif principal de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. En 2016, la vaccination avec le vaccin quadrivalent (Gardasil) a été étendue aux hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) dans le but de réduire l'incidence des lésions précancéreuses et des cancers anaux. La vaccination est également recommandée chez les immunodéprimés. « *Cette stratégie n'a pas lieu d'être modifiée par la mise à disposition du vaccin Gardasil 9* », estime le HCSP. Dans son avis, le HCSP recommande que la disponibilité des vaccins (Gardasil quadrivalent et monovalent et Cervarix) soit assurée. De même, le HCSP tient compte des réticences à la vaccination contre le HPV et à l'hésitation vaccinale. Le Haut Conseil recommande que les professionnels de santé (médecins libéraux, sages-femmes, infirmières, personnels des centres de vaccination, des CeGIDD et des centres PreP) soient soutenus dans leur communication sur la vaccination, qu'ils bénéficient d'une information objective sur les bénéfices et les risques et qu'ils disposent d'outils partagés de communication et de décision. Le HCSP souhaite une large diffusion de son avis auprès des professionnels et auprès du public. Enfin le HCSP souhaite que le prix de Gardasil 9 soit établi afin que le rapport coût/efficacité soit acceptable et demande qu'une réflexion sur une prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie soit lancée. Depuis longtemps nous disons aux

Cahiers de SPPS que cette vaccination doit être promue et remboursée intégralement. C'est une question de vie ou de mort.

---

*Les notes de lecture*

---

## « La nouvelle microbiologie. Des microbiotes aux CRISPR »,

*Pascale Cossart, Odile Jacob, Paris, 2016, 250 pages, par Evariste Sanchez-Palencia*

L'auteure, professeur à l'Institut Pasteur et Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, nous brosse une description des avancées récentes dans notre connaissance des bactéries et leurs interactions avec le reste du vivant. Texte bienvenu, puisque « microbe » évoque souvent pour nombre d'entre nous la crainte diffuse d'une maladie infectieuse. Mais le lecteur est vite rassuré sur ce point par le titre du premier chapitre : « Les bactéries : beaucoup d'amies, peu d'ennemies ». Celui du chapitre deux est encore plus engageant : « Les bactéries : des êtres unicellulaires très organisés ». En fait, par-delà la microbiologie, ce livre contribue largement à la compréhension du vivant comme système organisé, organisant et en évolution. C'est un outil pour réviser et actualiser notre vision de la biologie à un moment où les avancées rapides de la recherche rendent rapidement caduques nos connaissances.

Ce livre est articulé en de petits chapitres groupés en quatre parties :

1- De nouveaux concepts en microbiologie (Sur l'ARN, l'ADN et les modifications, naturelles et artificielles, du génome.)

2- La vie sociale des bactéries : la socio-microbiologie (Sur la communication entre bactéries, ainsi que la symbiose dans tous ses états : avec les plantes, avec les animaux ; rôle de la flore intestinale...)

3- Biologie des infections (Sur la multiplicité des stratégies des bactéries pathogènes ; la résistance aux antibiotiques : défis et espoirs.)

4- Les bactéries sont des outils (Sur les bactéries dans l'alimentation et dans l'environnement : le rôle des pesticides.)

Le lecteur béotien accusera l'absence d'un glossaire ; cela ne l'empêchera pas, après lecture, de se sentir un peu moins perdu dans la jungle des informations souvent tapageuses mais peu compréhensibles sur les avancées de la recherche biologique.

## « Les métamorphoses de l'assurance maladie. Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres »,

*Par Pascal MARTIN, Presses Universitaires de Rennes, collection Le sens social, 2016, Recension réalisée par Blandine Destremau, CNRS / Iris / EHESS, 250 117*

Cet ouvrage examine les effets de plusieurs transformations opérées depuis les années 2000 au sein de l'assurance maladie française, dont les interactions sont fortes. Tout d'abord, l'instauration de la CMU en 1999, dont la gestion est confiée aux CPAM. Ensuite, un durcissement de l'attribution du droit à la qualité d'assuré social cotisant, d'assuré social au titre de la CMU, et de celui de bénéficiaire de l'Aide médicale d'État, devant permettre de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Finalement, le tournant managérial imprimé aux institutions publiques et qui est mis en œuvre avec force au sein de l'assurance maladie précisément lorsque la CMU est instaurée.

Pascal Martin<sup>(28)</sup> montre que la charge supplémentaire imposée à l'assurance maladie, dans un contexte de montée en charge importante de la CMU - imputable à l'augmentation du chômage, à la restriction des droits des chômeurs de longue durée à l'assurance maladie contributive et à l'afflux effectif ou anticipé de « Roms » de pays de l'Europe de l'est réclamant le bénéfice de la CMU suite à l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne en 2006 – et d'injonctions concomitantes à la maîtrise des dépenses de santé, a conduit à l'instrumentalisation des techniques managériales insufflées dans l'institution pour durcir et complexifier les contrôles imposés aux requérants à la CMU et l'AME, cristallisant une différence importante entre le traitement des assurés « normaux » et celui des assistés, et parmi eux des bons et mauvais clients. Ainsi se mettent en place des traitements différenciés, ces derniers, surtout lorsqu'ils « posent problème » se retrouvant soumis à une logique du soupçon et de production de preuves qui renoue avec les techniques de gouvernement moralisateur et infantilisant des pauvres, visant à repérer et discipliner, parmi eux, les resquilleurs, profiteurs et manipulateurs.

L'originalité et la richesse de l'ouvrage résident pour une large part dans la diversité des matériaux que convoque l'auteur et l'articulation de trois niveaux de données et d'analyse : celui, macrosociologique, des politiques publiques ayant conduit à l'internalisation, par la Branche maladie de la sécurité sociale, de la gestion des dispositifs non contributifs de la CMU

28 Auteur de « Rester à sa place », dans le numéro 20 des *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, pages 47.

et de l'AME. Le second niveau est celui de l'organisation elle-même, et de sa réorganisation en fonction de critères managériaux de gouvernance et de la mise en œuvre d'une coexistence entre logiques d'assurance et d'assistance au sein de l'institution. Enfin, Pascal Martin convoque le niveau microsociologique de l'observation ethnographique, en particulier des pratiques d'accueil au guichet.

Le premier chapitre reconstruit une sociogenèse de l'assistance et de l'émergence de l'assurance maladie en France, montrant comment l'État français renforce progressivement sa mainmise sur la Sécurité sociale depuis le tournant gestionnaire des années 1980, jusqu'à l'établissement de la CMU en 1999, dont la gestion sera confiée à la Branche maladie de la Sécurité sociale. Supposée se résorber au fil du temps, avec l'expansion de la salarisation et l'intégration croissante de secteurs d'activité dans les dispositifs d'assurance sociale, la césure entre assurance et assistance se muera de ce fait en forte tension au sein même de l'institution, la conduisant à réinventer une division entre les assurés, les bons assistés et les mauvais pauvres, ces derniers pour beaucoup étrangers non communautaires.

Le second chapitre examine comment la formation des cadres de la Sécurité sociale répond aux exigences de la nouvelle culture d'entreprise, et modèle de nouvelles trajectoires professionnelles, valorisant des aptitudes et compétences adaptées à la managérialisation. Il s'agit de « former pour réformer ».

Le troisième chapitre montre comment la fonction d'accueil est au cœur des réformes et ajustements prescrits par la managérialisation et l'hybridation de l'assurance maladie. Les logiques d'évaluation chiffrée des performances et de qualité - des agents d'accueil, des centres, des caisses départementales - se conjuguent en effet pour imposer une mesure du temps d'accueil, qui inmanquablement reflétera la nature « simple » ou « compliquée » des dossiers des usagers. La réorganisation des interfaces entre institution et usagers se fera à partir de cet élément prédictif du temps d'attente, qui conduira à faire le tri entre bons et mauvais clients et, de façon parallèle, entre salariés de l'institution appelés à des postes plus ou moins gratifiants et susceptibles de satisfaire aux critères d'évaluation de leur performance.

Le quatrième chapitre analyse la survenue et la mise en forme des injonctions à la maîtrise des dépenses d'assistance, imprégnée de la construction de la fraude comme problème moral et économique, et alimentée

par l'élargissement communautaire à la Bulgarie et la Roumanie le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Alors que les conditions de maintien des chômeurs en fin de droits dans l'assurance maladie se durcissaient, et que des centaines de milliers d'entre eux se voyaient exclus de la qualité d'assuré social cotisant, et donc dirigés vers la CMU, les conditions d'accès aux dispositifs CMU / AME furent elles aussi durcies à partir de 2003, et la catégorie de « communautaires inactifs » - et sans ressources - fut inventée en 2008, visant à écarter les flux supposés de Roms du droit à la CMU (mais pas les retraités britanniques ou suisses).

Le cinquième et dernier chapitre présente une enquête ethnographique des pratiques d'accueil des demandeurs de CMU et d'AME, dont de larges passages d'entretien et d'observation sont minutieusement cités, décrits et commentés. Il montre comment la complexification réglementaire accompagnant à la fois le tournant managérial et l'injonction d'endiguer les octrois de CMU aux étrangers ouvre des espaces d'autonomie aux agents d'accueil. Appelés à opérer un contrôle individualisé sur les usagers qui viennent solliciter la CMU ou l'AME, et à exiger d'eux des preuves de leurs conditions de ressources et de leur résidence continue en France pendant au moins trois mois, les agents tendent à utiliser ces espaces d'autonomie et d'interprétation des textes, des consignes et des récits produits par les demandeurs comme des marges de manœuvre pour exercer un pouvoir accru sur ces derniers, répercutant par là le pouvoir que leur hiérarchie exerce sur eux du fait de cette même managérialisation.

D'une grande cohérence logique, empirique et théorique, cet ouvrage est donc structuré par une thèse, que souligne Colette Bec dans sa préface, tout en précisant qu'elle ne la partage pas: la logique de solidarité inscrite dans les objectifs de la Sécurité sociale assurantielle a été pervertie par son internalisation d'un dispositif non contributif, par ailleurs conçu comme un droit universel, du fait de son application dans un cadre de restriction budgétaire et de moralisation des critères d'attribution. « *Voilà comment, conclut Colette Bec, la mise en œuvre d'une réforme, celle de l'assurance maladie à travers le dispositif CMU, présentée comme l'étape ultime de l'universalisation de la protection rêvée en 1945, non seulement reproduit le partage entre les citoyens en fonction de leur inscription sociale et professionnelle mais l'aggrave, l'accentue. Alors que la promesse était de réunir, d'inclure, de favoriser la cohésion, se met en place une organisation institutionnelle qui, faisant fi de la spécificité sociale et politique de l'ins-*

*titution qu'elle tend à convertir à une logique productive au nom de l'efficacité, sépare, différencie en fonction de l'interlocuteur les postures professionnelles et les réponses apportées.* » (p. 10).

Pour autant, il n'est certainement pas indifférent que, au nom de l'efficacité toute rationnelle, ce dispositif construise comme de mauvais objets essentiellement des non citoyens, personnes d'origine extra-communautaire ou communautaire rejetés pour leur identité de « Roms ». Ainsi donc, la cohésion entre les citoyens, invoquée par Colette Bec, peut-elle se construire contre ces autres, supposés avides de « profiter » des largesses de l'État social français. L'ouvrage se serait certainement enrichi d'éléments de conclusion qui propose une lecture politique de cette altérité ethnicisée et racialisée de certains publics, repérés et stigmatisés, traités de façon différenciée, et finalement maintenus aux marges de l'accès à la protection sociale. Au-delà de la réactualisation de la logique d'assistance et de gouvernement des pauvres dans leur dimension infamante, c'est donc aussi un gouvernement par le social des étrangers, non communautaires et « communautaires inactifs », précaires et pauvres, qui est ainsi acté, arguant de leurs motivations opportunistes. Une autre piste négligée, présente seulement en filigrane dans le livre, est celle du genre, qu'il s'agisse de celui des cadres formé.e.s, des agents d'accueil, ou des requérant.e.s. Le matériau ethnographique de Pascal Martin est pourtant riche en éléments sur lesquels pourrait se fonder une analyse sexuée des rapports hiérarchiques, des relations de guichet et des effets de la managérialisation de l'institution, faisant pendant aux dimensions elles aussi sexuées des trajectoires de précarité. De nombreux travaux montrent pourtant combien cet autre rapport social, ici invisibilisé, traverse ce monde du social et s'imbrique dans ses rapports de pouvoir.

### « La santé des populations vulnérables »,

*Aux éditions Ellipses, publié avec l'appui entre autres de l'Uniofss, de Médecins du monde, du Comede, de la FNCS, du Samu social de Paris, de la fédération des acteurs en solidarité, sous la direction de Christophe Adam, Vincent Faucherre, Pierre Micheletti et Gérard Pascal.*

Cinquante-cinq auteurs ont réuni leurs efforts pour contribuer au présent ouvrage: démonstration de la force des réseaux et des nécessaires alliances disciplinaires pour aborder la question des inégalités en santé. « Les hommes naissent et demeurent libres et

égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. » L'article 1<sup>er</sup> de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, a ensuite été placé en 1791 en tête de la Constitution de la République française. Cependant, depuis la naissance d'un individu, se développent de manifestes inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent directement l'espérance de vie, notamment au détriment des personnes aux revenus les plus faibles. La mortalité prématurée évitable touche de façon très discriminante les différentes catégories sociales. Pour les professionnels concernés, agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté se substituerait à la compétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont indispensables. Ils résultent de nécessaires processus d'apprentissage enrichis par l'expérience.

### « Merci patron ! »,

*Note critique du film de François Ruffin par Mme Catherine Limousin, ingénieur de recherche honoraire au CNRS*

J'ai vu avec intérêt le film *Merci patron!* dans une salle parisienne où il n'y avait que quelques séniors et quelques étudiants. Mais à ce jour quelque 500 000 personnes ont vu ce film. J'ai ri comme tous les autres spectateurs, je ne boude pas mon plaisir, mais un certain malaise m'a envahie rapidement, car l'humour grinçant est, tout compte fait, souvent équivoque et à la limite non éthique à mon sens.

François Ruffin souhaite alerter l'opinion sur le rôle démoniaque de Bernard Arnault, patron du groupe de luxe LVMH, patron le plus riche de France en 2017, fort d'une fortune qui pèse 41,5 milliards de dollars et qui a ruiné une grande partie de l'industrie textile du nord de la France. Est-ce que ce film va au-delà de la farce picarde? Est-ce qu'il a touché à un seul instant Bernard Arnault? Est-ce que l'étiquette de « film documentaire » est justifiée?

Dans ce film, la parole est donnée à la classe ouvrière. Mais est-ce de l'empathie ou de la condescendance vis-à-vis des membres de la famille Klur? Pourquoi leur parler comme à des enfants? Pourquoi est-ce que l'auteur se met en scène pour leur faire répéter leur rôle? Pourquoi se substitue-t-il au fils Klur avec force maquillage? Est-ce que les Klur n'auraient

pas su se défendre eux-mêmes. Sont-ils pris pour des victimes du système ou pour de pauvres imbéciles ?

Sauvez les 147 derniers salariés d'Ecce à Poix-du-Nord de la détresse et de la misère, leur retrouver à tous un véritable emploi, les soulager de toutes leurs dettes. Est-ce un vrai rêve ou le sujet d'un autre film ? Est-ce la raison de l'engagement de François Ruffin dans la campagne des législatives ?

Il se dit inspiré par Michael Moore et Jean-Yves Lafesse. Il se considère comme un provocateur et un Robin des Bois. Est-ce que certains ne vont pas le prendre pour un imposteur qui a accepté le *César* du meilleur film documentaire sans aucun problème et qui s'est servi de la misère des ouvriers pour se mettre lui-même en scène. N'y a-t-il pas une ambiguïté dans ses propos, même s'il a courageusement profité de la remise du trophée devant une salle pleine d'oligarques, vêtu de son T-shirt dit « anti-Bolloré » pour demander à François Hollande, selon ses propres termes de « se bouger le cul » et d'éviter la fermeture de l'usine Whirlpool d'Amiens au 1<sup>er</sup> juin 2018, usine qui sera délocalisée en Pologne pour préserver sa compétitivité en laissant à nouveau plus de 500 salariés sur le carreau ?

Il se présente aux élections législatives sous l'étiquette « Picardie debout ». Candidat unitaire de la gauche, il a obtenu le soutien du Parti communiste, de la « France insoumise » de Jean-Luc Mélenchon, d'Europe Écologie-Les Verts et d'Ensemble, le mouvement de Clémentine Autain, ceci, après pas mal de tractations et de négociations en février dernier. <sup>(29)</sup> Comment va-t-il sortir de son rôle de *Robin des Bois* pour cette fois se plonger dans la vraie vie et défendre des luttes collectives ? Il veut réintroduire de la conflictualité, a-t-il une recette ?

Il lutte contre les délocalisations et il a raison, mais est-ce que son discours comme « Whirlpool, Marine Le Pen, le protectionnisme et moi » ou encore ses comparaisons entre les salaires des Français et ceux des Slovènes, des Polonais ou des Roumains qu'ils soient ouvriers ou journalistes comme j'ai pu l'entendre est à la limite du racisme à l'égard de ces populations et ce discours ne conduit-il pas à des directives comme la « clause Molière » ou à des discours d'extrême droite sur la préférence nationale ?

À propos de cette « clause Molière » ne prend-il pas la question à l'envers en disant qu'il faudrait d'abord que les PDG du quartier de la Défense parlent et écrivent en français et non en anglais ? Le problème n'est-il pas plutôt celui des « travailleurs dit détachés » dont les cotisations sociales appliquées sont celles de leur pays d'origine. Ce qui, concrètement, permet à un employeur d'embaucher des travailleurs à moindre coût dans des pays aux cotisations sociales bien plus élevées. Il plaide pour un revenu universel, alors pourquoi ne pas plaider aussi pour que les travailleurs détachés travaillant en France ne soient pas exclus de la société et mis à l'index alors que les seuls bénéficiaires sont à nouveau les patrons ? N'est-il pas finalement un « populiste » de gauche ?

Le 24 février 2016, au cours d'une émission d'Europe 1 <sup>(30)</sup> où il a été interviewé par Jean-Michel Apathie pour parler de son film qui venait de sortir en salle, il a déclaré vouloir se battre contre l'oligarchie. Si nous reprenons cette phrase de Jean Jaurès qui, quoiqu'écrite en 1901 ne semble pas avoir pris une ride : « *De même que dans la société actuelle l'influence de la bourgeoisie possédante et capitaliste, si elle est dominante, n'exclut pas pourtant toute influence de la démocratie et du prolétariat, de même l'État, expression et organe de cette société, est un composé d'oligarchie bourgeoise et capitaliste, de démocratie et de puissance prolétarienne* <sup>(31)</sup> », François Ruffin a-t-il le sentiment qu'il peut à lui seul combattre cette classe dominante en dénonçant de-ci, un Bernard Arnault, de-là un Arnaud Lagardère ou encore un Vincent Bolloré ?

Pour conclure, j'aimerais attirer l'attention des lecteurs sur Le Musée national des arts et traditions populaires (MNATP), établissement public fondé en 1937 par Georges Henri Rivière en plein Front populaire. Situé depuis 1972 à la porte des Sablons dans le bois de Boulogne, à proximité de la Fondation Vuitton et du Jardin d'acclimatation dont Bernard Arnault est déjà concessionnaire, ce musée présentait une vision de la société française traditionnelle, rurale et artisanale pour l'essentiel, depuis le 19<sup>e</sup> siècle jusqu'aux années 1960. Une grande partie de ses collections ont été transférées au MuCEM à Marseille et le musée a fermé en 2005. Bernard Arnault convoitait depuis longtemps ce site à proximité de sa fondation

29 *Courrier Picard*, 9 février 2017

30 Arretsurimages.net.

31 Jean Jaurès, *Études socialistes. Cahiers de la Quinzaine*, 1901, p. 178.

et du jardin. Et bien c'est chose faite<sup>(32)</sup>! Avec un loyer de 150 000,00 euros par an, Bernard Arnault devient le concessionnaire de ce futur musée du luxe. 158 millions d'euros dont une bonne partie sera défiscalisable au titre du mécénat pour le milliardaire, permettront à l'architecte américano-canadien Frank Gehry de restaurer le bâtiment qui deviendra pour 50 ans un centre culturel autour des métiers d'artisanat d'art de grand luxe. Baptisée d'ores et déjà la « Maison LVMH - Arts-Talents Patrimoine », soit « Maison LVMH – ATP », devrait ouvrir ses portes au public en 2020. Il n'y aura plus d'industrie textile en France mais un musée du grand luxe!

---

<sup>32</sup> Jean-Jacques Larrochelle et Nicole Vulser, « Bernard Arnault va faire rénover le Musée des arts et traditions populaires par Frank Gehry », *Le Monde*, 8 mars 2017.

---

*Le courrier des lecteurs*

---

## Lettre du Dr Fabien Cohen : Le règlement arbitral : la santé bucco-dentaire otage d'une politique libérale de la Sécurité sociale

Pendant des années, le secteur dentaire a été le projet pilote de la financiarisation de la santé, en imposant une prise en charge inverse du secteur médical, soit 80 % à la charge des ménages. L'objectif était de tester la capacité du secteur assurantiel privé comme mutualiste, à prendre en charge une partie de plus en plus grande, au fil du temps, de la couverture sanitaire sociale. Une démarche voulue dans les années 70 par le patronat et l'Union européenne, comme en témoigne G. Pompidou, dans l'extrait du film *La Sociale*.

Il leur fallait à tout prix mettre un coup d'arrêt aux prélèvements sociaux via la cotisation sociale, transférer aux familles le coût de la santé et la prise de décision à l'État. Il leur fallait casser le code de la Mutualité pour la faire rentrer dans un régime concurrentiel avec le privé. Cela fut fait en 2001, après avoir mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU), pour éviter un effondrement des plus faibles.

Dans le même temps, la mise en place de Réseaux de soins a permis l'introduction de véritables filières de soins organisées autour de complémentaires ou de banque. Ceci jusqu'à la faute, avec l'affaire Dentexia, alimentant au passage centre de santé et « low-cost » au profit des Maisons de santé libérales.

Mais aujourd'hui le système a besoin d'être régulé. Le libéralisme ne veut pas dire liberté des praticiens, qui certes en ont joui, souvent de trop, depuis des décennies. C'est pourquoi Mme Touraine a été chargée, avant son départ, du sale boulot, celui de siffler la fin de la récréation libérale de la santé bucco-dentaire en imposant un règlement arbitral pour la prise en charge des soins.

En effet comment imposer le ZÉRO reste à charge en dentaire, si les complémentaires ne peuvent plus suivre les hausses de prix des soins non opposables de l'Assurance maladie? Comment répondre au mouvement de protestation des malades qui de plus en plus renoncent à se soigner, sans mettre en difficulté des complémentaires qui ont depuis diversifié leur prise en charge au-delà du dentaire?

Car que nous propose M. Fragonard, « l'arbitre » travaillant sur les instructions de Mme Touraine, ce

n'est, ni plus ni moins, que de livrer le secteur dentaire aux complémentaires et aux surcomplémentaires imposées par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de la Loi Macron, en ménageant leur futur pour répondre aux objectifs de Fillon, Macron ou Le Pen.

Il ne propose pas une prise en charge à 100 % de tous les soins, implants et prothèses dentaires prescrits comme le demandent les candidats aux législatives du PCF-Front de Gauche. Non, ce que nous propose *l'Arbitre*, c'est de plafonner des honoraires excessifs, avec une légère hausse des remboursements compatibles avec les capacités assurantielles de remboursements des complémentaires et favoriser la multiplication de surcomplémentaires pour les plus riches.

Ne nous trompons pas d'analyse, l'objectif de ces candidats, ce n'est pas une meilleure prise en charge pour un meilleur accès aux soins, mais de lancer la généralisation du principe inégalitaire de la protection sociale dentaire à toute la santé, en montrant au secteur assurantiel que l'État a la volonté de les aider à réguler les honoraires des praticiens. Et pour jouer ce rôle de protecteur des intérêts de la Finance, il est prêt à mettre au pas, voire « mépriser » une partie de ce qui est (fut?) son électorat traditionnel. Ils finiront bien par entendre la réalité de l'exigence libérale.

En approuvant à la veille d'échéances électorales importantes, ce règlement arbitral, la Droite, son extrême et les Sociaux-démocrates, ont choisi d'accélérer la logique de déstructuration de notre système de santé publique et de Sécurité Sociale, pour aller vers le ZÉRO % Sécu, en trompant les gens avec un vocable de zéro reste à charge.

Raisons de plus, dans cette campagne pour que toute la Gauche, partis et mouvements sociaux, se prononce pour aller vers le 100 % Sécu et mettre un terme aux complémentaires comme le proposent les communistes, mais aussi plus largement les organisations membres de la Convergence des Services publics dans leur Manifeste. Travaillons ensemble à construire une protection sociale et un système de santé publique du XXI<sup>e</sup> Siècle, en l'imposant dans la rue comme dans les urnes.

## Lettre de Jean-Pierre Basset :

Un trou de mémoire (sur la formule « fusion de la CSG avec l'impôt sur le revenu ») m'a fait reprendre le livre programme de Mélenchon sans trouver le paragraphe. Donc je téléphone à un militant possesseur aussi du livre: où est ce paragraphe? Il me dit: « page 64 ». À ma page 64: rien! Et au téléphone on constate que l'édition de décembre (la mienne) diffère de celle de novembre,

Dans une déclaration datée du 17 novembre 2016 la commission économique du PCF analysait cette proposition JLM sur France Inter: « *la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG conduirait à imposer des contribuables jusque-là non imposables Cette idée s'inscrit dans une logique de désresponsabilisation sociale des entreprises et de leur désengagement du financement de la protection sociale* ». Cette prise de position de la commission économique du PCF avait été commentée par Patrick Cohen dans une « matinale » de France Inter. Résultat Mélenchon et FI ont changé le texte.

Mais le nouveau n'en reste pas moins dangereux, il confirme l'objectif de fiscalisation des recettes de la Sécurité Sociale, contraire au principe fondateur de la « Sécu » les cotisations - employeurs et salariés - Mélenchon veut-il, sans le dire, dégager plus de dividendes pour les actionnaires, peut-être, ou « réduire les charges des entreprises ? »

Ce qui est sûr c'est que ce ne sont pas les cotisations sociales qui ont un coût trop élevé mais le capital - dividendes + intérêts- payés aux banques, soit 179,1 milliards plus 52,1 milliards en 2014 soit un coût total du capital de 231,3 milliards. Cela est confirmé par la publication le 1<sup>er</sup> mars 2017 des résultats des banques françaises, six groupes qui ont battu tous les records en 2016 en dégageant 23, 5 milliards de bénéfices.

Pour ma part j'attends avec impatience la publication de la nouvelle édition du livre de Mélenchon, celle du 1<sup>er</sup> avril

---

*Document*

---

N.D.L.R. : Nous donnons ici deux textes prononcés lors du colloque organisé par la Fondation Gabriel Péri « Philosophie, anthropologie, émancipation : autour de Lucien Sève » à l'École normale supérieure de la rue d'Ulm le 9 décembre 2016. La totalité des interventions sont disponibles sur le site de la fondation<sup>(1)</sup> sous forme de vidéos et la fondation compte publier l'ensemble des publications de ce colloque.

1 <http://www.gabrielperi.fr/philosophie,-anthropologie,-émancipation-autour-de-lucien-sève.html>

## Vers une dialecticité générale en philosophie des sciences

Par Gilles Cohen-Tannoudji, Laboratoire de recherche sur les sciences de la matière  
(LARSIM CEA-Saclay)

Je voudrais, pour introduire mon propos, évoquer un débat que j'ai eu avec Lucien Sève à propos des rapports d'Einstein à ce qu'il appelle l'épistémologie. Je citerai donc un texte, extrêmement célèbre d'Einstein qui est en quelque sorte son manifeste à propos de ses rapports à la philosophie :

« Le rapport réciproque de l'épistémologie et de la science est d'une nature assez remarquable. Elles dépendent l'une de l'autre. L'épistémologie en l'absence de contact avec la science devient un schème vide. La science sans épistémologie – et pour autant qu'elle soit alors seulement pensable – est primitive et embrouillée. Cependant à peine l'épistémologue qui recherche un système clair s'est-il frayé un chemin vers un tel système, qu'il est tenté d'interpréter le contenu de la pensée de la science dans le sens de son système et de rejeter tout ce qui n'y entre pas, le scientifique quant à lui ne peut pas se permettre de pousser aussi loin son effort en direction d'une systématique épistémologique. Il accepte avec reconnaissance l'analyse conceptuelle de l'épistémologie ; mais les conditions externes qui interviennent pour lui au travers des faits d'expérience ne lui permettent pas de se laisser trop restreindre dans la construction de son monde conceptuel par l'adhésion à un système épistémologique quel qu'il soit. Il doit donc apparaître à l'épistémologue systématique comme une espèce *d'opportuniste* sans scrupule : il apparaît comme un *réaliste* dans la mesure où il cherche à décrire un monde indépendant des actes de la perception, comme un *idéaliste* dès lors qu'il considère les concepts comme des libres inventions de l'esprit humain (elles ne peuvent être déduites logiquement du donné empirique), comme un *positiviste* s'il considère

que ses concepts et ses théories ne sont justifiés que dans la mesure où ils fournissent une représentation logique des relations entre les expériences des sens. Il peut même apparaître comme un *platonicien* ou un *pythagoricien* s'il considère que le point de vue de la simplicité logique est un outil indispensable et effectif de sa recherche. »

On voit dans ce texte qu'il reconnaît le rôle irremplaçable d'une relation étroite entre la science et la philosophie de la connaissance, mais qu'il revendique de façon très claire le droit pour le scientifique, confronté aux « conditions externes qui interviennent au travers des faits d'expérience » de refuser de se soumettre à quelque philosophie que ce soit qui lui extérieure ou antérieure. Cette revendication de liberté, on la retrouve dans cette affirmation qui avait quelque peu déconcerté Lucien Sève, qui y avait vu un certain conventionnalisme : « Un partisan de la théorie de l'abstraction ou de l'induction pourrait appeler nos couches degrés d'abstraction ; mais je ne trouve pas légitime de masquer l'indépendance logique des concepts de l'expérience sensible. Le rapport n'est pas analogue à celui du bouillon à la viande de bœuf, mais plutôt à celui du numéro de vestiaire au pardessus. »

A quoi je me permets de faire remarquer à Lucien que dans *Émergence, complexité et dialectique*, il affirme « *Les catégories dialectiques ne sont pas inductivement produites par simple 'distillation de l'expérience sensible [comme le bouillon de la viande!], pour reprendre une formule d'Einstein; comme les concepts scientifiques même, elles sont 'inventées' [comme le système des numéros de vestiaires!]. Mais – axiome de base d'une gnoséologie matérialiste – cette pensée théorique*

*n'est ni celle d'un être divin hégélien ni d'un sujet transcendantal kantien étrangers en eux-mêmes à l'histoire ; elle s'est formée et transformée à travers les siècles par l'assimilation critique des enseignements que nous a procurés l'ensemble de nos savoirs et nos pratiques et c'est l'unique raison pour laquelle elle peut inventer des concepts et catégories se trouvant être en accointance avec le réel. »*

C'est ce droit du scientifique à la recherche de la meilleure idonéité que Ferdinand Gonseth (1890-1975) reconnaît à Einstein de manière très explicite dans son introduction au colloque de l'UNESCO qui lui a rendu hommage dix ans après sa mort en 1965 : « *Ce qu'il importe de voir se préciser c'est l'aspect méthodologique de l'entreprise Einsteinienne. Avec une simplicité et un naturel insurpassables, Einstein a assumé ce qui de plus en plus nous paraît être essentiel dans la situation du chercheur. Le chercheur doit être conscient à la fois de sa liberté et de sa responsabilité. Il doit revendiquer sa plus entière liberté d'examen, et savoir aussi que cette liberté a son écueil, l'affirmation arbitraire. Il doit en même temps s'ouvrir aux témoignages des faits, tout en sachant que cette ouverture a également son écueil, l'asservissement aux apparences. Cette liberté et cette obéissance ne sont-elles pas contradictoires ? Elles ne sont pas accordées d'avance. Le chercheur en reste l'arbitre, le principe de son arbitrage demeurant la recherche de la meilleure idonéité, dont personne mieux que lui ne peut être le juge. »*

Dans cette citation on voit apparaître le terme d'*idonéité* qui définit le rôle que joue la recherche scientifique au fondement de la philosophie de ce mathématicien philosophe : « *Une recherche qui opte à la fois pour la liberté d'examen et pour l'ouverture à l'expérience et prend à charge de les accorder en vue de l'idonéité la meilleure, a par là même, acquis son autonomie méthodologique et philosophique. Elle est en état de refuser toute philosophie qui ne procéderait pas d'elle, toute philosophie qui lui serait par principe antérieure ou extérieure. Disons mieux en n'hésitant pas à aller jusqu'au bout de l'affirmation : la recherche qui fait sienne cette méthode reprend à son compte l'intention philosophique centrale, celle de connaître dans toute la mesure du possible. Consciemment ou non la recherche scientifique s'en inspire. Or, pour ce qui concerne la connaissance de la nature, aucune philosophie n'a poussé aussi loin qu'elle. Il se révèle que lorsqu'elle ne s'attarde pas dans le par-*

*ticulier, elle est la réalisatrice la plus fidèle de l'intention philosophique. (...) Tout compte fait je crois pouvoir me résumer en quelques mots : chez Albert Einstein, le savant incarne le philosophe de la nature. Philosophe, il l'était profondément et j'ajouterais même, naïvement, s'il n'avait été aussi lucide. Je pourrais dire aussi qu'en lui, le savant n'est que la forme de réalisation du philosophe libéré par la sincérité et l'authenticité de sa recherche. »*

Ce texte de Gonseth date de 1965, c'est à mon avis la raison pour laquelle le terme *dialectique* est soigneusement évité (encore une retombée évidente du désastre du Lysenkisme). En réalité, Gonseth s'est toujours explicitement réclamé de la dialectique : la revue qu'il a fondée avec Bachelard et Bernais se nomme *Dialectica* (elle existe toujours mais elle a été littéralement investie par la philosophie analytique qui se l'est appropriée et en a fait son « organe central »). Gonseth appelle *idonéisme*, sa philosophie qu'il qualifiait de *philosophie dialectique ouverte à l'expérience*.

Dans le texte ci-dessous il précise ce qu'il entend par dialectique : « *La connaissance prend son assise où elle peut. En réalité, elle se passe de certitudes absolues ; elle se contente de certitudes pratiques et limitées. La démarche scientifique réelle n'est pas une marche de certitude en certitude, de réalité en réalité, c'est une marche d'évidences provisoires et sommaires en évidences provisoires et sommaires, d'horizon de réalité en horizon de réalité. Cette façon de faire n'a pas à être répudiée, ce serait répudier la pratique même de la connaissance. (...) Toute position sommairement juste, tout raisonnement sommairement efficace, peuvent servir de point de départ, pourvu qu'ils ne soient pas posés intangibles ; pourvu qu'ils soient considérés comme révisables ; pourvu qu'ils puissent céder à la pression de l'expérience ; pourvu que les progrès de la connaissance puissent venir s'inscrire dans les deux éléments fondamentaux de l'instance provisoirement en vigueur : dans les règles qu'elle instaure, dans la philosophie qui la soutient. D'une discipline qui adopte ce dernier point de vue comme un point de sa méthode, en opposition consciente avec toute philosophie prédicative, je dirais qu'elle est dialectique. Cette dénomination n'est pas seulement commode, elle s'expliquera par le rôle que va prendre l'idée de dialectique. »*

Ailleurs, dans le résumé de sa contribution, intitulée *remarques sur l'idée de complémentarité*, au numéro de *Dialectica*, consacré en 1948 à la complémentarité, il précise encore le caractère dialectique de sa philosophie, qu'il qualifie plutôt de méthodologie: « *L'intention est de présenter l'idée de complémentarité de façon à la fois générale (abstraite) et élémentaire convenant à la fois en physique et dans d'autres domaines. Le progrès se fait par dévoilement d'horizons de réalité successifs dont trois sont envisagés ici: l'horizon naturel (Eingenwelt), l'horizon classique, l'horizon quantique.* »

*L'idée de complémentarité se présente assez élémentairement dans le raccordement de deux horizons, dont l'un joue le rôle d'horizon apparent et l'autre d'horizon profond.*

*Le cadre « obligé » de considérations de ce genre est une méthodologie dialectique ouverte. Dans ce cadre l'idée de la complémentarité 'onde-corpuscule' apparaît comme une spécialisation d'un schéma plus général. »*

Du fait de la contribution de cinq pères fondateurs de la théorie quantique, Einstein, Bohr, Pauli, Heisenberg et de Broglie, tous lauréats du prix Nobel, ce numéro spécial de *Dialectica* est particulièrement intéressant pour les historiens et philosophes des sciences qui s'intéressent aux fondements de la physique quantique. Trois ans après la fin de la seconde guerre mondiale, ces articles reprenaient les principaux thèmes de la controverse autour des fondements de la physique quantique et surtout ceux de la critique d'Einstein qui s'était exprimée de manière particulièrement nette dans le fameux article « EPR<sup>(33)</sup> » (Einstein, Podolsky, Rosen). Trois des articles des cinq prix Nobel évoquent cette critique: l'éditorial de Pauli, qui avait été chargé par la direction de la revue de coordonner l'édition du numéro spécial, celui de Bohr qui précise sa conception de la complémentarité, comme élément central de l'interprétation dite de Copenhague, et sur laquelle il s'appuie pour réfuter la critique d'Einstein, et, bien sûr, celui d'Einstein, dans lequel il précise et affûte sa critique. L'article d'Einstein a été publié, en français sous le titre *La mécanique quantique et*

*la réalité*<sup>(34)</sup>. Cet article d'Einstein est particulièrement intéressant parce qu'il y expose de manière très rigoureuse et très claire le fond de sa critique.

Dans son article, intitulé *Causality and Complementarity*, Bohr revient sur l'argumentation fondée sur la complémentarité en faveur de l'interprétation dite de Copenhague, de la théorie quantique. Il le fait à partir de sa réponse à la critique soulevée par Einstein au travers de l'article EPR (qu'il résume d'ailleurs de façon remarquablement claire). À propos de la complétude, Bohr affirme « *qu'il est essentiel de noter que, dans toute application bien définie de la mécanique quantique, il est nécessaire de spécifier la totalité de l'arrangement expérimental et que, en particulier, la possibilité de disposer des paramètres qui permettent de poser un problème relevant de la mécanique quantique ne fait que correspondre à notre liberté de construire et de faire fonctionner un certain dispositif expérimental, ce qui en retour, traduit la liberté de choisir entre les différents types de phénomènes complémentaires que nous choisissons d'étudier.* » Il en profite, un peu plus loin, pour préciser le sens qu'il convient, selon lui, de donner au mot *phénomène*: « *Comme une façon plus appropriée de s'exprimer, il est possible de plaider fortement en faveur de la limitation de l'usage du mot phénomène pour se référer exclusivement à des observations obtenues dans des circonstances spécifiées incluant la prise en compte de la totalité des conditions expérimentales.* »

En réalité, comme le note Catherine Chevalley dans son introduction au livre de Bohr *Physique atomique et connaissance humaine*, « *L'usage du terme de complémentarité apparaît dans les textes de Bohr en 1927; en 1929, Bohr lui substitue celui de « réciprocité » pour mettre mieux en évidence l'incompatibilité qui existe entre des termes dits complémentaires, mais il revient à « complémentarité » en 1931 afin d'éviter une confusion possible avec le sens technique de « loi de réciprocité ». Il lui en restera une insatisfaction chronique et le sentiment que le terme de complémentarité ne dit pas ce qu'il veut dire d'où ses multiples avertissements: il faut donner à ce mot un sens entièrement nouveau. De fait le terme de complémentarité ne désigne pas l'association de certains traits de la description des objets, mais au contraire leur exclusion mutuelle.* »

33 A. Einstein, B; Podolsky et N. Rosen, *Physical Review*, vol. XLVII, 1935, p. 777-780

34 Albert Einstein, *Cœuvres choisies, rassemblées et présentées par François Balibar, Olivier Darigol et Bruno Jech, Tome I, Quanta*, pp. 245-249. Éditions du Seuil et du CNRS, Paris 1989

C'est pourquoi je pense, et ceci nous ramène au titre de mon exposé, que le terme de *dialecticité* est mieux adapté à ce qu'exprime la physique quantique que celui de *complémentarité* que, dans son acception molle, on oppose à celui de *contradiction*. La dialecticité que Lucien Sève utilise dans *Emergence, complexité et dialectique*, me semble en effet traduire au mieux l'idée que souhaitait avancer Bohr à propos de la physique quantique : « *Cette optique authentiquement matérialiste nous donne à voir comment on peut défalquer dans nos savoirs l'apport subjectif de dialectique pour cerner toujours davantage la dialecticité revenant en propre aux choses mêmes, c'est-à-dire en fin de compte l'éclatante spontanéité créatrice de la matière que tous les idéalismes rechignent à franchement admettre. Ainsi la dialectique matérialiste est-elle aux antipodes de ce qui rattachait la dialectique hégélienne à la théologie.* »

Quant à l'idée de *dialecticité* générale, elle concerne selon Lucien, « *[Un] troisième élargissement de contenu et d'extrême importance [faisant] passer de la « dialecticité restreinte » que recouvre en fait la dialectique apparemment universelle de Hegel à une « dialecticité générale » effective, seule vraiment pertinente pour offrir aux savoirs d'aujourd'hui la culture logico-philosophiques dont elle a indubitablement besoin.* » Et c'est à l'aide d'une référence à la conception qu'a de la dialectique Merleau-Ponty dans *le visible et l'invisible* que je souhaite rattacher la dialecticité à la notion d'horizon : « *Ce que nous rejetons ou nions, ce n'est pas l'idée du dépassement qui rassemble, c'est l'idée qu'il aboutisse à un nouveau positif, à une nouvelle position. Dans la pensée et dans l'histoire, comme dans la vie, nous ne connaissons de dépassements que concrets, partiels, encombrés de survivances, grevés de déficits ; il n'y a pas de dépassements à tous égards qui gardent tout ce que les phases précédentes avaient acquis, y ajoutent mécaniquement quelque chose de plus, et permettent de ranger les phases dialectiques dans un ordre hiérarchique du moins au plus réel, du moins au plus valable. Mais sur une partie définie du chemin, il peut y avoir des progrès, il y a surtout des solutions exclues à la longue. En d'autres termes, ce que nous excluons de la dialectique, c'est l'idée du négatif pur, ce que nous cherchons, c'est une définition dialectique de l'être qui ne peut être ni l'être pour soi, ni l'être en soi, – définitions rapides, fragiles, labiles, et qui comme Hegel l'a bien dit nous reconduisent l'une à l'autre, – ni l'en-soi-pour-soi qui met le comble à l'ambivalence, une définition qui doit retrouver l'être avant le clivage réflexif, autour de lui, à son horizon, non pas*

*hors de nous et non pas en nous, mais là où les deux mouvements se croisent, là où il y a quelque chose [c'est moi qui souligne]. »*

Dans le chapitre intitulé *La dialectique de l'horizon : le réel à l'horizon de la dialectique*, que j'avais écrit dans *Sciences et dialectiques de la nature*, le livre coordonné par Lucien Sève et paru aux Éditions La dispute en 1999, j'avais émis l'hypothèse que les concepts de la physique théorique contemporaine peuvent être qualifiés de « concepts horizontaux », ce qui signifie qu'ils seraient relatifs non pas directement à la réalité mais seulement à des horizons de réalité. Je m'étais attaché à démontrer que tous les concepts qu'utilise la physique théorique, dans les domaines statistique, quantique et relativiste, possèdent ce caractère horizontal. La mise en horizon de la réalité physique à l'aide de ces concepts permet de penser la réalité comme le lieu de toutes les lignes d'horizons que la connaissance sensible, empirique ou expérimentale dessine sur cette réalité. J'avais ensuite montré que le concept d'horizon de réalité se trouve au carrefour de multiples dialectiques (objectif / subjectif, actuel / virtuel, limite / ouverture, ...) et que la dialectique essentielle des concepts horizontaux de la physique théorique est celle des rapports de la symétrie et de la brisure de symétrie, que j'avais rapprochés des rapports du non antagonisme et de l'antagonisme. J'avais conclu en émettant l'hypothèse que c'est bien le réel qui est à l'horizon de la dialectique. Dans le chapitre intitulé *L'horizon de réalité : le lieu de la dialectique de Dialectiques aujourd'hui* j'avais repéré l'horizon que je qualifierais aujourd'hui d'*horizon de dialecticité générale*, que j'identifiais comme lieu de la dialectique : « c'est là, dans cette dialectique de l'objectif et du subjectif, de l'expérimental et du théorique, de l'inductif et du déductif, que se joue l'essentiel de l'avancée de la physique. »

## La révolution scientifique du complexe et la dialectique matérialiste.

Par Mme Janine Guespin, microbiologiste & Professeur honoraire de l'Université de Rouen

« *S'il est donc une province de la science actuelle où la familiarité avec la dialectique peut avec quelque vraisemblance être tenue pour obligatoire, c'est bien la non-linéarité* »<sup>(35)</sup>.

Cette citation provient d'un livre qui n'a pas, à mon sens, connu la diffusion qu'il mérite. En effet, Lucien Sève y confronte les concepts des sciences des systèmes dynamiques non linéaires, prises comme modèle de système complexe, aux catégories dialectiques. Il y montre magistralement comment la dialectique matérialiste, est nécessaire à qui veut *penser* les paradoxes soulevés par cette démarche scientifique. Ce livre, essentiellement destiné aux scientifiques, reste parfaitement d'actualité et les voies d'étude qu'il ouvre restent encore à explorer.

J'ai pour ma part, à la fois en tant que scientifique (biologiste) et en tant que militante, continué cette réflexion par un travail qui débouche sur deux conclusions<sup>(36)</sup> :

1) le complexe représente une véritable **révolution scientifique**, qui impose une rupture paradigmatique, mais qui est particulière en ce sens qu'elle n'est pas unifiée. Elle émerge dans presque toutes les disciplines des sciences exactes et des sciences humaines, avec des caractéristiques propres, mais n'en réorganise aucune.

2) Il y a cependant une grande cohérence entre toutes les formes que prend cette révolution dans les diverses disciplines. Il s'agit d'un nouveau mode de pensée que j'ai nommé **la pensée du complexe** qui se forge, de façon non formalisée à travers les diverses pratiques scientifiques. Ceci donne à cette révolution scientifique une portée très générale pouvant notamment bénéficier à la lutte politique émancipatrice<sup>(37)</sup>. Or cette pensée est globalement aussi riche de dialecticité que la partie qu'en a étudiée Lucien Sève il y a douze ans, ce qui appelle,

je pense, à revenir à un travail transdisciplinaire concernant les rôles que peut jouer la dialectique matérialiste dans cette révolution scientifique, et quels sont les rapports entre pensée du complexe et méthode dialectique.

### 1) pourquoi parler d'une révolution scientifique du complexe ?

Le complexe (ou la complexité) est une notion floue (on en a dénombré 45 définitions). La raison en est qu'il s'agit d'une **mouvance** née indépendamment dans plusieurs disciplines des sciences exactes (mathématiques, physique, informatiques, biologie), comme des sciences humaines (psychologie, sociologie, anthropologie, histoire, géographie... et même droit). Dans chaque cas elle s'est développée dans son contexte propre, et pendant longtemps on n'a pas cherché à comparer les psychologues de Palo Alto avec le physicien David Ruelle ou le mathématicien météorologiste, Lorenz. Mais progressivement des convergences sont apparues, convergences qui ne résultent pas en une discipline unique mais qui forment comme un réseau (complexe) de conceptions et de concepts.

Il est donc difficile de classer tout cela, et ici j'en distinguerai deux pôles, d'un côté *les sciences des systèmes complexes* qui désignent voire regroupent ceux qui, en sciences exactes comme en sciences humaines peuvent recourir à des *modélisations mathématiques ou des simulations informatiques* pour explorer la complexité (ils se regroupent souvent dans des instituts des systèmes complexes, instituts de physique non linéaire, physique statistique etc...). Mais un autre pôle, plus diffus, concerne ceux qui n'utilisent pas les modélisations. Je regroupe ici la *pensée complexe* d'Edgar Morin, mais aussi bien d'autres aspects des sciences y compris certaines qui ne se réclament pas explicitement du complexe mais en font, comme l'école des annales avec le système - monde et les travaux de Wallerstein<sup>(38)</sup> ou

35 Lucien Sève in *émergence, complexité et dialectique*, Odile Jacob éd. 2005 p 79

36 Janine Guespin-Michel *la révolution du complexe: sciences, dialectiques et rationalité* 2016 [www.revolutionducomplexe.fr](http://www.revolutionducomplexe.fr)

37 Janine Guespin-Michel *Émancipation et pensée du complexe* Le croquant ed 2015.

38 Immanuel Wallerstein, *Comprendre le monde, introduction à l'analyse des systèmes-monde*, La Découverte, 2004.

le neurobiologiste Steven Rose<sup>(39)</sup>. Le mot système remplace parfois celui de complexité comme en américain la *system's theory* équivalent aux *sciences des systèmes complexes*. La *systemique* (notamment autour de JL Lemoigne) se trouve peut-être à mi-chemin entre les deux.

Si je m'autorise à parler de **révolution scientifique du complexe** c'est que derrière ce flou, cette mouvance, il y a une profonde **rupture conceptuelle**, qui transforme notre vision des sciences et même du monde. Et comme telle elle se heurte à des obstacles de taille, qui sont d'ordre épistémologique, certes, mais aussi économiques et idéologiques, si bien que la cohérence profonde sous-jacente a du mal à apparaître, d'autant plus que notre système universitaire rend difficile la transdisciplinarité sous-jacente à cette cohérence.

## 2) la cohérence c'est la pensée du complexe.

Un voyage rapide dans les différentes disciplines qui se réclament, chacune à sa manière, du complexe<sup>(40)</sup>, peut donner d'abord l'impression d'une diversité, ou tout au moins d'un flou suspect. Il faut y regarder d'un peu près pour en trouver la cohérence, d'autant plus qu'elle échappe à une grande partie des acteurs mêmes de cette révolution. C'est en fait, à travers le travail de Lucien Sève sur le rôle de la dialectique pour penser les systèmes dynamiques non-linéaires, que j'ai été amenée à déceler l'existence sous-jacente de ce que j'ai nommé la *pensée du complexe*, que requièrent et génèrent ces pratiques scientifiques et qui en constituent la cohérence.

Les raisons pour lesquelles cette pensée n'est pas souvent reconnue par les scientifiques mêmes qui se réclament du complexe, surtout ceux pour qui l'essence de cette évolution paraît être l'utilisation des modèles mathématiques, sont évidemment multiples. La philosophie des sciences est, en France totalement séparée des sciences exactes, si bien que l'expression « *penser la science* » fait partie de l'arsenal des philosophes et non des scientifiques. La pensée complexe d'Edgar Morin diffère de ce que j'appelle la pensée *du* complexe, d'une part parce qu'elle est forgée par son auteur, et d'autre part parce qu'elle ne concerne et n'est connue *de facto*

que des sciences humaines et sociales. Mais une cause de la cécité concernant la pensée du complexe pourrait être sa grande proximité avec la dialectique matérialiste.

En quoi consiste la pensée du complexe ? Dans la mesure où elle est en formation, à partir des pratiques scientifiques, et non formalisée de ce fait même, une définition sera par nature réductrice et prendra le risque d'être partielle et partielle. Nonobstant, on peut en distinguer deux étapes :

une *démarche générale* (qu'on peut appeler systémique dynamique) qui consiste à considérer ce que l'on étudie comme formant un système ou comme élément d'un système d'*éléments en interactions dynamiques*. Cette démarche s'oppose au réductionnisme, mais n'est pas holiste. Toutefois la délimitation des systèmes (leur périmètre) ne fait pas en soi partie de la pensée du complexe.

Des *concepts* nouveaux en rupture avec les concepts à l'œuvre dans la science « normale » ou dominante (à l'exception des mathématiques pour lesquels il n'y a pas de rupture). Plusieurs de ces concepts proviennent de l'étude des systèmes dynamiques non linéaires comme l'auto-organisation, la bifurcation, l'incertitude, le déterminisme non prédictible, la multistationnarité, la causalité circulaire... et sont largement mais non universellement partagés. *L'émergence, la notion de niveaux d'organisation et l'irréversibilité* sont des concepts centraux des sciences des systèmes complexes et de la pensée du complexe.

La pensée du complexe est donc une pensée en émergence non formalisée. Mon livre en ligne est une tentative de sensibiliser les collègues d'une part à son existence sous-jacente et à l'utilité d'en être conscient, et d'autre part à ses rapports avec la dialectique matérialiste.

## 3) La dialectique peut-elle jouer un rôle dans la révolution du complexe ?

### 3-1 quelques auteurs se sont penchés sur la question

Cette question a peu été débattue en France (outre le travail de Lucien Sève cité, celui de Gilles Cohen Tanoudji et le mien, on peut noter l'ouvrage

39 Steven Rose, *The future of the brain : The promise and perils of tomorrow's neuroscience*. New York : Oxford University Press, 2005.

40 On trouve jusqu'à 45 définitions des termes complexe ou complexité.

de Évariste Sanchez -Palencia<sup>(41)</sup>, qui fait une large part aux dynamiques non linéaires et au chaos) et elle n'a été qu'effleurée par d'autres auteurs comme Emmanuel Barot<sup>(42)</sup> ou Eftichios Bitsakis<sup>(43)</sup>. Il existe en revanche d'assez nombreuses publications en anglais sur ce thème, surtout de philosophes des sciences recherchant les convergences et rapports entre dialectique (Hégélienne, ou matérialiste) et sciences du complexe. Enfin plusieurs scientifiques se sont depuis déjà longtemps appuyés plus ou moins explicitement sur la dialectique pour combattre le réductionnisme, et certains, plus récemment, ont vu une articulation avec les sciences du complexe. On peut citer JBS Haldane, Steven Rose, Richard Lewontin, Richard Levins, Stephen Jay Gould, et le psychologue d'origine malaisienne, Viren Swami qui pense que ce qu'il appelle la *developmental system's theory*, appuyée sur la science dialectique sera l'approche la plus fructueuse pour la recherche en psychologie.

Mais je veux m'attarder quelques instants sur le débat entre deux biologistes américains éminents, **John Maynard Smith et Richard Levin**<sup>(44)</sup>. Le premier déclarait que le développement d'une théorie des systèmes a rendu obsolète la dialectique en remplaçant des notions floues et difficilement compréhensibles par des concepts mathématiques, rigoureux, et quantitatifs. « *L'interconnexion malhabile d'Engels entre les causes et les effets peut être remplacée par la rétroaction, la mystérieuse transformation de la quantité en qualité, est maintenant la familière transition de phase, ou l'effet de seuil tandis que, « même dans ma phase marxiste la plus convaincue je n'ai jamais pu donner sens à la négation de la négation, ni à l'interpénétration des contraires* ». Richard Levin « *pris entre la volonté de conserver à la dialectique un statut important et la fierté de voir les sciences devenir inexorablement de plus en plus dialectiques.* » lui répond en montrant que la théorie des systèmes reste prisonnière du réductionnisme dominant. Cette dépendance se marque selon lui dans le choix de ce que j'ai appelé le périmètre des systèmes étudiés. Celui-ci se fait

selon des critères *racornis par l'habitude réductionniste*, au lieu de prendre en compte l'ensemble des données nécessaires qu'une vision marxiste permet d'avoir en vue, notamment le capitalisme et la lutte des classes.

Il ajoute « *la dialectique matérialiste ne se présente pas comme une philosophie complète de la nature... Plutôt elle est avant tout polémique, une critique de l'échec tant de l'approche réductionniste mécaniste que de son contraire, le point de vue holiste-idéaliste.* »

« *Ainsi, la théorie des systèmes est mieux comprise comme reflétant la nature duale de la science; à la fois partie prenante de l'évolution générique de la compréhension du monde par l'humanité, et produit d'une structure sociale spécifique qui supporte et contraint la science et la dirige en fonction des intérêts de ceux qui la possèdent. D'une part, c'est un moment dans l'investigation des systèmes complexes, [entre la formulation des problèmes et l'investigation de leurs solutions, dans lequel la modélisation mathématique pourra rendre évident ce qui est obscur,] Et d'autre part c'est une tentative d'une tradition scientifique réductionniste de venir à bout de la complexité, la non-linéarité et les changements par des techniques sophistiquées mathématiques et informatiques une pulsion vers la compréhension dialectique qui est contrecarrée par des biais philosophiques et les contextes institutionnels et économiques de son développement.* »

La révolution du complexe se développe dans un contexte marqué par de nombreux obstacles. J'ai cité assez longuement cette contribution déjà ancienne sur le rôle de la dialectique pour contrer les obstacles économiques et politiques qui empêchent le plein développement de la révolution du complexe, car elle représente un aspect qui n'est que peu traité.

### **3-2 l'apport de Lucien Sève à la révolution du complexe.**

Dans l'ouvrage de 2005, Sève étudie longuement la manière dont la dialectique matérialiste permet de **penser** les paradoxes apparents mais contradictions réelles des concepts des dynamiques non linéaires qui représentent autant d'obstacles épistémologiques à la pensée du complexe. Malheureusement les scientifiques, privés de culture philosophique, sont le plus souvent persuadés que la démarche

41 Evariste Sanchez-Palencia Promenade dialectique dans les sciences Hermann ed 2013)

42 Emmanuel Barot, Sebastian Budgen, Vincent Charbonnier, Alexis Cukier, *Dialectique de la nature : l'enjeu d'un chantier*, Marxismes au XXI<sup>e</sup> siècle

43 Eftichios Bitsakis, *La nature dans la pensée dialectique*, L'Harmattan, 2001,

44 Levin Richard *Dialectics and Systems Theory*, Science & Society Vol. 62, No. 3, 375-399, 1998

scientifique est par nature complètement séparée de l'idéologie comme de la philosophie, (en dépit des nombreux exemples contraires passés et actuels). C'est pourquoi ils sont très démunis face aux obstacles épistémologiques qui jouent un rôle majeur dans leurs réticences à accepter ces recherches et à s'y lancer (même si un effet de mode les contraint à utiliser le mot, souvent à la place de compliqué ce qui est un total contresens). Aussi je vais présenter ici *le rôle possible de la dialectique* (et de la lecture du livre de Sève) pour les scientifiques concernés pas les sciences (et la pensée) du complexe.

Ces obstacles peuvent s'apparenter à une conception implicite non dialectique d'un matérialisme qui se réfugie dans un réductionnisme, dominant à l'heure actuelle dans presque toutes les disciplines<sup>(45)</sup>. Parmi ces obstacles, le **déterminisme** tient une grande place. Pour nombre de scientifiques, la science est synonyme de déterminisme strict, et la notion de *déterminisme non prédictif* qui sonne comme le refus du déterminisme, joue un rôle important dans le rejet de cette révolution scientifique. Le texte puissant de Sève, auquel je ne peux que vous renvoyer, montre que ce déterminisme non prédictif peut être pensé de manière matérialiste à partir, notamment, de la dialectique de la *causalité et du déterminisme*, et celle *du singulier* (non prédictible) et de *l'universel* (déterministe).

Des débats récurrents et sans solution agitent la communauté scientifique au sujet de la signification du terme *émergence*. L'âpreté de ces débats et leur incapacité à déboucher sur un quelconque consensus suffirait à montrer qu'ils sont liés à des débats philosophiques sous-jacents qui s'ignorent. Lucien Sève montre qu'ils correspondent en fait au paradoxe de l'émergence, où le tout, uniquement constitué de ses parties a pourtant des propriétés qui ne se déduisent pas de celles des parties. D'où viennent donc ces propriétés? Si elles proviennent des parties, alors il n'y a pas émergence. C'est la position des réductionnistes, qui rejettent avec l'émergence, l'essentiel de la révolution du

complexe. Si non, émergent-elles *ex nihilo*? Cette position est partagée par ceux des chercheurs qui se rattachent au holisme. Les chercheurs matérialistes s'insurgent contre cela mais, ne connaissant pas la dialectique, ils se retranchent dans une position qui est finalement idéaliste, l'émergence ne serait qu'une *propriété épistémique*, liée à **notre incapacité de la prévoir**. Ce qui revient à éliminer de l'émergence (ou à les accepter du bout des lèvres sous le terme d'émergence faible) les résultats des dynamiques non linéaires, où des propriétés émergentes sont connues et comprises. Or ce que montre Lucien Sève dans ce livre, c'est que l'émergence est une propriété ontologique parfaitement compréhensible pour qui réfléchit en termes de rapports dialectiques tout/partie, et en termes du saut qualitatif: les propriétés nouvelles apparaissent *à partir du tout lui-même* sous forme de modification de ce rapport tout/parties, c'est *l'organisation* entre les parties et le tout qui s'est modifiée lorsqu'une quantité critique a atteint un « quantum » particulier, entraînant un changement de qualité. Il y a évidemment beaucoup de propriétés émergentes qu'on ne comprend pas, mais la mayonnaise qui prend lorsque la quantité d'eau en émulsion dans l'huile a atteint une valeur critique, est une illustration que j'affectionne d'un cas d'émergence comprise et prévue<sup>(46)</sup>.

Ainsi une pensée s'appuyant sur la dialectique matérialiste aiderait les scientifiques à lever ces obstacles épistémologiques si le fait de *penser* la science ne faisait pas partie du domaine interdit de la philosophie.

Qu'en est-il de la *pratique scientifique des chercheurs du complexe eux-mêmes*? Je vais me limiter à un exemple concernant *la causalité descendante ou immergence*. L'idée que les parties d'un tout ont une influence sur l'émergence du tout est largement partagée sauf chez les holistes. L'idée que le tout ait une influence en retour sur les parties, revendiquée par ces derniers est refusée par de nombreux scientifiques ou penseurs du complexe comme étant contraire au matérialisme pour lequel les lois des niveaux inférieurs ne peuvent être modifiées. Or la notion de causalité descendante a pu générer chez ceux qui l'avaient admise, des recherches qui en ont montré la fécondité (la courbure de cellules ayant par exemple une action de régulation sur des gènes).

45 Cet aspect est traité longuement dans l'ouvrage de Sève comme dans le mien de 2016. Brièvement, le réductionnisme est une attitude, basée sur les méthodes analytiques de recherche, qui affirme que ces méthodes sont suffisantes pour connaître la réalité, avec une sorte de slogan « le tout est égal à la somme des parties ». Ils voient une relation mécanique et déterministe, non dialectique, entre le tout et les parties. Leurs adversaires traditionnels holistes, considèrent que « le tout est plus que la somme des parties », et donc que l'étude de celles-ci est sans intérêt. Très souvent ils s'appuient sur une conception quasi-mystique de l'émergence du « tout ».

46 Mais qui n'est en aucune façon réductible aux propriétés des constituants.

Réfléchissant à cette question à la lumière de la dialectique matérialiste, Lucien Sève a pu montrer que si les lois de la nature ne peuvent bien entendu pas être modifiées selon le niveau auquel elles s'appliquent, les *modalités de leur application* en revanche peuvent parfaitement dépendre des niveaux. Il développe ainsi une réflexion dialectique sur la nature des niveaux qui peut s'avérer riche d'incitations stratégiques de recherche.

D'une manière plus générale, les concepts résultant des sciences du complexe s'opposent au dualisme de la logique formelle (ou bien /ou bien), et ne peuvent pas se penser avec *les concepts de la pensée linéaire, simplifiante, statique, formelle*, dominante non seulement chez les scientifiques mais chez tout le monde actuellement. Ainsi la dialectique matérialiste pourrait, si elle était connue, non seulement contribuer à réduire les objections réductionnistes et déterministes contre la révolution du complexe, mais d'une manière générale permettre de mieux comprendre la pensée du complexe (et réciproquement d'ailleurs). Le livre de Lucien Sève a été conçu pour des scientifiques, mais n'a pas eu la *diffusion* méritée, *qui reste un combat*. Beaucoup parmi les scientifiques qui se réclament des systèmes complexes ne « *pensent* » pas leur pratique (puisque cela appartient au domaine interdit de la philosophie) et ne voient pas, voire n'acceptent pas, l'existence d'une pensée du complexe. *Ils se retranchent derrière la technicité des mathématiques*. Aussi la pensée qui forme le ciment de cette révolution scientifique tarde-t-elle à être reconnue par ses acteurs.

*La dialectique est la méthodo-logique (Sève) qui permet de penser la pensée du complexe*. Est-ce à dire qu'elle est la pensée du complexe? Ou qu'une pensée du complexe aboutie rendrait obsolète la dialectique? Peut-on parler d'une pensée dialectique du complexe? Ou assiste-t-on à la naissance d'une nouvelle rationalité basée à la fois sur la pensée du complexe et sur la dialectique? Un certain nombre de penseurs et en particulier une équipe de philosophes russes et autrichiens ayant publié (en anglais) dans les années 2003-2005 semblent plaider pour cette hypothèse<sup>(47)</sup>.

47 Hofkirchner Wolfgang *A new way of thinking and a new world view* in Causality, emergence, self-organisation, edited by Vladimir Arshinov & Christian Fuchs 2003; Fuchs Christian *Dialectical Philosophy and Self-organisation* in Causality, Emergence, Self-Organisation; Borodin E.T. *Contemporary Philosophical Materialism and Synergetics* in Natural Production, Russian Studies in Philosophy, 43 :2, 28-46 2004

#### 4 pistes pour aller plus loin ?

Dans l'ouvrage *Émancipation et pensée du complexe*, j'avance l'idée d'une *pensée dialectique du complexe*, vue comme *boîte à outils conceptuels* pour les militants de la transformation sociale et de l'émancipation. J'illustre cette idée par quelques exemples, où les outils de la pensée du complexe sont plus précis que ceux de la dialectique (dans son état actuel)<sup>(48)</sup> et d'autres où la complexité n'a rien à dire et où la dialectique est de première importance pour militer. C'est le cas en particulier de la contradiction antagonique, qui, contrairement aux contradictions non-antagoniques n'est pas présente dans la pensée du complexe. Mais il s'agit surtout à ce stade d'une *hypothèse de travail*.

J'ai proposé, à tous ceux que je connaissais comme potentiellement intéressés, de former un *groupe de travail* sur *dialectiques et complexités*. Ce groupe, toujours ouvert et qui s'agrandit, a commencé à travailler. Sera-t-il en capacité de répondre à la suggestion suivante de Lucien Sève ?

« *Si la pensée du non-linéaire a ainsi besoin de culture dialectique savante, disons que la réciproque n'est pas moins vraie. Le vaste travail de théorisation des processus en question a d'ores et déjà produit en quantité des vues nouvelles qui doivent porter beaucoup à méditer ceux qui s'occupent de dialectique – sous condition impérative de ne jamais perdre de vue la différence de plan entre savoir scientifique et réflexion philosophique.* »

48 Lucien Sève *op cit* p 206

Réalisation, Impression:  
 PublicImprim

Dépôt légal: février 2017

