



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°23
décembre
2016



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

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

Comité de Rédaction :

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

Comité de lecture :

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

SOMMAIRE

Éditorial:

Quels enseignements tirer de l'échec de l'Obamacare? Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Interview de Monsieur Bernard Thibault, membre du Conseil d'Administration de l'Organisation Internationale du Travail	Page 10
---	---------

Innovation et solidarité: un exemple d'articulation entre un centre de santé et un centre médico-psychologique Par Gilles Moulec, Directeur du Centre hospitalier E. Toulouse à Marseille	Page 14
---	---------

L'éthique: un levier pour réinventer une psychiatrie humaine Par Serge Klopp	Page 17
---	---------

L'assurance maladie à « guichets fermés » Par M. Pascal Martin	Page 22
---	---------

Le Compte Personnel d'Activité, une réforme très ambiguë! Par le D ^r Michèle Leflon	Page 26
---	---------

La santé au cœur des débats des enjeux politiques et les lancinants maux de crâne de François Fillon Par le D ^r Paul Cesbron	Page 30
--	---------

Le dossier: propositions pour 2017

Les addictions: pour une grande loi en 2017 qui tourne le dos à la répression des usagers Par le D ^r Marie-Christine Charansonnet	Page 33
---	---------

Les centres de santé en 2017 sont la réponse efficace et de qualité face aux enjeux de la médecine ambulatoire Par le D ^r Éric May, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé, Directeur de la santé de la Ville de Malakoff	Page 35
--	---------

Pour une société qui s'adapte au handicap en 2017 Par Claude Chavrot	Page 37
---	---------

Les groupements hospitaliers de territoire: une restructuration d'ampleur Par Jean-Luc Gibelin, directeur hospitalier	Page 39
--	---------

Démographie des professions de santé: l'urgence d'une approche nouvelle Par le D ^r Michèle Leflon	Page 41
La révolution numérique dans la santé: un enjeu politique Par M ^{me} Christiane Caro, infirmière	Page 45
Enfin une éducation à la santé Par le D ^r Éric May	Page 47
Luttes émancipatrices des femmes et santé en 2017. Par le D ^r Paul Cesbron	Page 49
Promouvoir la santé au travail Par le D ^r Nadine Khayi, médecin du travail	Page 52
Pour une réforme alternative du financement d'une protection sociale renouvelée Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef d'Économie et Politique	Page 55
Financer l'hôpital public Par M ^{me} Evelyne Vander Heim	Page 60
<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 65
<hr/>	
<i>Les notes de lecture</i>	
<hr/>	
« Un silence religieux, la gauche face au djihadisme », Jean Birnbaum, Seuil, janvier 2016, 235 pages, par Jacques Bénézit	Page 72
<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 75
<hr/>	
<i>Document</i>	
<hr/>	
La troisième guerre mondiale est sociale (<i>Quelques extraits</i>), aux Éditions de l'Atelier / Éditions Ouvrières Par Bernard Thibault	Page 80

Éditorial

Quels enseignements tirer de l'échec de l'Obamacare ?

Il est très intéressant de bien comprendre pourquoi l'Obamacare est en échec. En effet tout le monde connaît maintenant la situation lamentable de l'assurance maladie aux États-Unis. Le coût est horriblement cher et les gens sont très mal couverts. Les tarifs sont libres et les hôpitaux demandent la carte bleue de l'utilisateur et non la carte de Sécurité sociale. Il s'ensuit que les inégalités sociales de santé sont considérables, que les gens sont plutôt mal soignés et que 18 % du PIB américain est absorbé par la santé (contre 12 % en France). C'est lié à la privatisation totale du système de soin et d'assurance; là-bas, la Sécurité sociale n'existe pas. Certes les entreprises de plus de 50 employés doivent financer directement l'assurance maladie de leur personnel à temps plein mais les autres, très nombreux doivent s'assurer seuls. Seuls face à leur assurance privée.

L'idée novatrice de l'Obamacare était d'organiser un système de couverture à orientation solidaire pour couvrir les besoins de tous les exclus. Qui pouvait ne pas voir d'un bon œil une telle proposition ? Le processus a été long à mettre en place du fait de l'opposition des Républicains et des forces sociales et économiques réactionnaires qu'ils représentent. Or ce système qui aurait dû être populaire et soutenu par l'immense majorité du peuple, a fait l'objet d'un rejet massif des classes moyennes. C'est devenu lors de la campagne présidentielle le sujet politique principal de Trump qui a basé l'essentiel de son argumentaire anti Obama / Clinton sur ce point.

En 2017, année de plein exercice de la réforme, le prix mensuel pour une couverture grimpera en moyenne de 25 %. C'est considérable en un an. Le coût moyen mensuel de l'assurance pour un adulte de 21 ans est de l'ordre de 250 dollars, et un quinquagénaire doit déboursier 450 dollars par mois; pas de solidarité intergénérationnelle ! Des millions de couples avec enfants constatent donc que l'assurance maladie est désormais presque plus chère que le logement. Les compagnies privées d'assurance se retirent de plus en plus de certains marchés, car elles n'arrivent pas à y dégager suffisamment de profits. En effet, la proportion de jeunes en bonne santé censée peupler les pools d'assurés se révèle trop faible pour compenser les coûts élevés des assurés plus âgés. Aussi, cette année, dans un État américain sur cinq, il n'y aura plus qu'un seul

assureur: ceci accélérera la hausse des primes; cette absence de concurrence joue en faveur des compagnies d'assurances. Pour près de 9 millions de travailleurs indépendants de la classe moyenne et pour tous ceux qui n'ont pas d'aide de leur employeur, le régime d'assurance est impopulaire et nettement plus coûteux que les promesses de Barack Obama ne le disaient. Les entreprises qui créent la plus grosse part des richesses ne sont pas donc concernées par cette réforme. On voit bien que ce système est bancal et ne peut tenir longtemps.

Que s'est-il passé pour qu'on en arrive là ? En fait, plutôt que de prélever les ressources là où se crée la richesse, à savoir dans les entreprises, Obama a gagé les ressources sur les cotisations assurantielles des individus et des familles. Il a ouvert des droits à des millions de gens démunis mais il les a fait financer par la classe moyenne qui est en crise. Par ailleurs, il n'a pas créé un organisme à caractère public pour gérer cet argent; il l'a confié aux seules compagnies d'assurances. Pour préserver leurs profits, celles-ci ont naturellement augmenté les cotisations. Les lois du marché se sont appliquées. Ainsi s'est constitué un conflit explosif entre les bénéficiaires pauvres et les financeurs à peine moins pauvres.

En France, à la Libération, les fondateurs de la Sécurité sociale ont financé la santé de tous en prélevant sur les profits. Le conflit alors créé s'est trouvé induit entre les salariés cotisants et le patronat, pas entre les salariés eux-mêmes. Aux États-Unis, Obama a créé un conflit entre les gens. Au lieu d'une lutte des classes qui puisse déboucher sur un progrès social, les Américains ont eu un conflit au sein du peuple tandis que le capital continuait à profiter tranquillement. Ceci montre bien qu'une assurance maladie solidaire pour tous ne peut fonctionner que sur la cotisation généralisée en entreprise.

On pourrait comme alternative, se poser la question de la fiscalisation du système; Obama aurait pu le proposer. Il ne l'a pas fait parce que ce n'est pas la culture américaine. L'aurait-il fait, qu'il aurait eu les mêmes problèmes de rejet. On aurait en effet alors assisté à une montée majeure des impôts sur les classes moyennes. Les classes moyennes seules... car on connaît la faible taxation des profits du capital

aux États-Unis, le pays où les milliardaires ne paient pas d'impôts... Cela doit nous faire comprendre que l'hypothèse de fiscalisation que certains proposent en France suivra la même nature conflictuelle. Elle opposera les gens entre eux tandis que les hyper-riches seront bien tranquilles. La fusion CSG / impôts sur le revenu est de ce point de vue aussi risquée.

Oui, il n'y a pas de doute. Il faut rester sur le système de cotisations, un système universel qui rassemble tout le monde, un système public qui traite tous les cotisants et tous les bénéficiaires de la même façon, un système démocratique qui ne laisse aucune prise aux démagogues. Les récents événements aux États-Unis le démontrent.

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

Prochain dossier à paraître :

N° 24 de mars 2017: **Nouvelles propositions
pour les présidentielles de 2017**

Articles

Interview de Monsieur Bernard Thibault, Membre du Conseil d'Administration de l'Organisation Internationale du Travail

Les Cahiers de SPPS: Cher Monsieur, merci de nous avoir accordé cette interview. Tout le monde connaît votre engagement syndical. Après avoir été Secrétaire général de la CGT, vous voici maintenant membre du CA de l'Organisation Internationale du Travail à Genève. Pouvez-vous redire à nos lecteurs quelles sont les grandes missions de l'OIT et quelles sont vos responsabilités dans cette structure? Quel regard portez-vous cet outil qui paraît si loin des mortels?

BT: L'Organisation Internationale du Travail est effectivement trop peu connue. Cette agence de l'ONU a pour mission de « promouvoir la justice sociale » à travers le monde pour éviter que la misère et la précarité alimentent les tensions voir soient sources de nouvelles guerres. L'OIT est composé des États (189 membres), de représentants des organisations d'employeurs, de représentants des syndicats de travailleurs (je fais partie de ce collège depuis juin 2014) qui ont la charge d'élaborer des « normes internationales du travail », sorte de code du travail mondial, d'en vérifier la mise en œuvre par les États. Plusieurs phénomènes viennent contrarier l'objectif politique initial fixé il y a près de 100 ans: l'absence de véritables sanctions à l'égard des infractions aux normes sociales, la faiblesse voir la démission de certains États dans leurs missions, une économie mondiale structurée de plus en plus par des multinationales qui savent tirer le meilleur profit des zones de non droits et ce en toute impunité.

Il est spectaculaire de constater qu'aujourd'hui les règles du commerce mondial imposent de plus en plus aux entreprises de se soucier du sort fait aux animaux parce que le consommateur veut de la transparence sur ce qu'il consomme mais qu'en parallèle il n'y a pas la même exigence sur le sort fait aux femmes et aux hommes qui travaillent dans les entreprises. C'est à la fois choquant et révélateur des principes qui régissent l'économie aujourd'hui.

Les Cahiers de SPPS: Vous venez de publier un livre intitulé « *La troisième guerre mondiale est sociale* ». Ce titre souligne clairement la violence des rapports sociaux dans le monde économique aujourd'hui. Il marque aussi son caractère universel et son immédiateté: c'est une guerre en cours. Pouvez-vous

nous dire ce qui vous a conduit à une telle analyse? En quoi est-ce une guerre?

BT: J'ai voulu mieux faire connaître les éléments de connaissance à disposition de l'OIT sur la réalité des droits sociaux des travailleurs à l'échelle mondiale, les conséquences de la mise en concurrence généralisée de la main-d'œuvre entre continents, entre pays voire au sein d'une même entreprise. Peu de gens savent qu'il y a aujourd'hui 2,3 millions de travailleurs qui décèdent chaque année du fait des accidents ou des maladies liées au travail. Il y a ainsi plus de morts du fait du travail que n'en provoquent les guerres et les conflits qui existent sur la planète. Cela justifie pour moi l'utilisation délibérée du mot « guerre » dans le titre du livre. Conséquence de la « guerre économique », de « la guerre commerciale », de « la guerre technologique » qui sont omniprésentes dans le langage guerrier des entreprises et un trop grand nombre de gouvernements.

La référence à la guerre est aussi une façon de rappeler des expériences historiques. L'OIT est née en 1919 après la boucherie de la 1^{re} guerre mondiale. Son activité a été relancée en 1944 par la déclaration dite de « Philadelphie » dont plusieurs considérations politiques retenues à l'époque par les États demeurent pour moi plus que jamais pertinentes. « Le travail n'est pas une marchandise », « toute zone de pauvreté, où qu'elle se situe, constitue une menace pour la prospérité de tous », « la primauté des aspects humains et sociaux doit prévaloir sur les considérations économiques et financières. ». Voilà des considérants dont on s'est éloigné dangereusement en renforçant les pouvoirs d'autres institutions comme le FMI, la Banque Mondiale, le G20 qui prennent à contre-pied les ambitions sociales. Au-delà des conséquences sociales immédiates pour ceux qui vivent de leur travail, c'est la promotion des approches nationalistes, racistes et xénophobes qui progressent avec leur cortège de menace pour la sécurité et la paix dans le monde.

Ceci étant dit il n'y a rien de fatal dans cette évolution. Tout est affaire de choix; j'ai aussi développé plusieurs pistes d'évolution du droit social international pour réagir au plus vite. Il est nécessaire de mieux

connaître l'environnement international pour mieux combattre l'idéologie dominante qui en appelle à la compétitivité pour tenter de justifier les reculs sociaux dans les pays qui les ont conquis des droits par de nombreuses luttes syndicales et politiques. Continuer aveuglément dans le « moins disant social » à l'échelle internationale n'est pas durable tant sur le plan social qu'au regard des impératifs environnementaux.

Les Cahiers de SPPS: Les nouvelles technologies numériques transforment lorsque le capital les accapare, les rapports de productions et les rapports sociaux. En particulier cela permet de faire en sorte que le travail ne soit pas déclaré. Chaque individu est renvoyé à lui-même. La solidarité disparaît. Comment maîtriser cette évolution? Est-ce que l'OIT peut agir sur ce point?

BT: Permettez-moi de faire la distinction entre deux aspects distincts :

D'une part il y a le constat de la situation actuelle: 1 travailleur sur 2 dans le monde exerce son ou ses activités sans contrat de travail et cette proportion est en progression. Certains pays ont plus de 90 % de leurs travailleurs « non déclarés ». C'est bien sûr inacceptable. Ainsi, si on ne réagit pas plus fermement, la norme va devenir l'absence de droits élémentaires. Ainsi l'essentiel de l'économie mondiale reposera sur une main-d'œuvre corvéable à souhait; l'évolution des technologies et des connaissances de profitera pas à l'amélioration des droits sociaux mais continuera d'être accaparée par une partie réduite de la population. La théorie du « ruissellement » selon laquelle le libre marché assure le développement social ne fonctionne pas sinon il ne devrait plus y avoir encore 168 millions d'enfants recensés au travail et 21 millions de personnes subissant le travail forcé. Ce sont des droits humains qui sont ainsi bafoués. Il faut de la régulation basée sur le droit social et non exclusivement sur le droit commercial et financier. Cette régulation doit prendre une nouvelle dimension internationale pour éviter la compétition destructrice sur le plan humain.

D'autre part il y a l'impact des nouvelles technologies sur les processus de production, l'organisation du travail, les répercussions potentielles sur les droits sociaux. Autant de sujets qui sont en cours d'expertise au sein de l'OIT pour en tirer des conclusions adaptées. Comme à chaque bond technologique, l'enjeu de leur maîtrise et de leur orientation est objet d'affrontement. Pour ne prendre qu'un exemple qui fait l'actualité en France mais qui est connu depuis plus de 15

ans en Amérique du Nord. La capacité de plateformes numériques comme Uber à maîtriser un marché de service par la technologie en faisant reposer son activité sur une main-d'œuvre dite « autonome » pour laquelle elle n'assume pas de responsabilités sociales tout en confisquant la plus grosse marge dégagée par cette exploitation. Il y a à l'évidence de nouveaux terrains de droits à concevoir, dans plusieurs pays les « exploités Uber » ont été requalifiés comme salariés avec les droits correspondants.

Les Cahiers de SPPS: Les besoins de financement important des différentes formes d'assurance maladie dans le monde sont massifs. Ils sont liés aux révolutions biotechnologiques, démographiques et épidémiologiques en cours et à la crise économique permanente elle-même. Quelles pistes de sortie à l'échelle internationale proposez-vous à court et moyen termes? Comment faire?

BT: Pour avoir une vision plus précise des besoins de protection sociale à l'échelle mondiale partons de la situation actuelle: 1 travailleur sur 2 sans contrat de travail entraîne des répercussions en chaîne. Ainsi plus de 70 % de la population mondiale ne dispose pas d'un véritable système de protection sociale; cela concerne 5 milliards de personnes. Plus de 40 % n'ont rien en matière de santé, 1 sur 2 n'a pas de retraite, 28 % seulement des femmes ont droit à des allocations maternités, 12 % des chômeurs peuvent prétendre à des indemnités. Le champ des besoins est donc considérable.

L'action et l'intervention de l'OIT sont indispensables et irremplaçables mais elles ne peuvent suffire. L'objectif retenu est de mettre en place des socles de protection sociale dans 21 pays pour 130 millions de personnes d'ici 10 ans. L'ensemble des outils politiques et économiques doivent être mobilisés ce qui induit des réorientations fondamentales dans les circuits économiques et financiers ce qui appelle une intervention des peuples eux-mêmes.

Les Cahiers de SPPS: 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. Pensez-vous qu'il faille mettre à contribution ces profits pour la protection sociale?

BT: Il est un fait que la rémunération du capital a augmenté au détriment de celle du travail. Cela provoque des répercussions sur les ressources disponibles pour le financement de la protection sociale et

ce d'autant plus que la démographie mondiale progresse... ainsi que le chômage. Il existe de nombreux mécanismes différents de financement de la protection sociale là où elle existe. Ils ne reposent pas tous, loin s'en faut, sur des principes de solidarité et de justice sociale. Il est indispensable d'actualiser l'un des principes fondateurs de notre système « la contribution selon ses moyens et l'accès à la protection selon ses besoins ». À ce titre je vois au moins 2 voies à emprunter pour l'avenir des cotisations basées sur la valeur ajoutée produite par l'entreprise et non exclusivement sur la masse salariale et l'élargissement de l'assiette de cotisations à l'ensemble des revenus, dont les revenus financiers bien sûr!

Les Cahiers de SPPS: La gestion de la Sécurité sociale en France a été progressivement étatisée; les dernières élections ont eu lieu en 1983! Quelle part de gestion doit revenir à l'État et quelle part à la Sécurité sociale elle-même sous réserve qu'elle retrouve le chemin de la démocratie? Quel serait alors le corps électoral? Comment procéder?

BT: Rappelons qu'à l'origine de la création de la Sécurité sociale, sa gestion était confiée exclusivement à des représentants des travailleurs. Depuis ses adversaires n'ont cessé de s'y attaquer. Par idéologie, la démonstration d'une gestion autonome de « la Sécu » représentait une exception qu'il fallait affaiblir. Par intérêt financier ensuite, les budgets et les activités liés au besoin de protection sociales sont énormes, ils représentent autant de chiffres d'affaires potentiels pour ceux qui appréhendent cette activité comme une source de profit parmi d'autres. La suppression des élections des représentants aux caisses de la Sécurité sociale a contribué à déresponsabiliser les travailleurs à l'égard d'une institution qui leur appartenait et à étatiser sa gestion. Le retour aux origines représenterait une petite révolution qui a de nombreux détracteurs dont ceux qui tirent des bénéfices importants du système actuel.

Le corps électoral susceptible d'être concerné dépendrait forcément de son champ d'activité sachant que certaines catégories n'avaient pas souhaité être intégrées dans un système solidaire général, je pense aux professions libérales, aux indépendants.

Il faudrait remettre tout cela sur la table avec les droits et obligations de chacun. C'est un beau défi qui garde sa pertinence. Alors qu'on cherche à nous convaincre du côté archaïque de « la Sécu » je remarque qu'elle garde une réputation qui en fait l'un

des repères enviés par nombre de syndicalistes dans le monde entier à partir de ses caractéristiques: universalité, solidarité, démocratie.

Les Cahiers de SPPS: Pensez-vous qu'il soit possible et utile d'aller vers une prise en charge « 100 % Sécu » des dépenses médicales?

BT: L'objectif doit demeurer de couvrir le maximum de besoin par le principe de solidarité, sinon à chaque fois qu'il y a des exceptions c'est une forme de discrimination en fonction des capacités financières de chacun qui s'installe.

Les Cahiers de SPPS: Les hôpitaux publics traversent une crise profonde. Comment analysez-vous cette crise? Quelles réformes doivent-ils amorcer?

BT: Les hôpitaux publics sont en souffrance comme l'est son personnel et il y a plusieurs raisons qui frappent une activité qui devrait rester le pivot du système de soin et la tête de pont du travail en réseau avec l'ensemble des professionnels. Crise de moyens financiers et matériels, l'hôpital public fait partie des victimes comme d'autres services publics de choix budgétaires contestables où l'argent public est de plus en plus orienté vers les entreprises au détriment des besoins de la population. En substitution à l'État, les hôpitaux s'endettent y compris sur des marchés à risque ou sont supplantés par des « partenariats publics privés » (PPP) qui dégageront à terme de véritables rentes financières pour de grands groupes sur le dos des citoyens comme on le constate pour d'autres infrastructures.

Crise du maillage territorial par le réseau de médecine libérale qui accroît les demandes à l'égard de l'hôpital public. Crise sociale du fait d'une conscience professionnelle soumise à rude épreuve chez les personnels, par les sous-effectifs chroniques, la gestion par le nombre et non en fonction des besoins de la population, la non-reconnaissance des qualifications par des salaires correspondants.

Les réformes devraient s'inspirer des missions de l'hôpital: affirmer une approche globale de soins, participer à la prévention, développer la recherche clinique et l'enseignement.

Les Cahiers de SPPS: Que pensez-vous du revenu universel proposé par les néolibéraux (Milton Friedman il y a déjà longtemps) et par Hamon aujourd'hui?

BT : J'entends et je lis beaucoup de choses contradictoires à propos de cet hypothétique revenu universel. Comme est censé l'induire l'intitulé le revenu universel viserait à assurer un revenu à tous indépendamment d'autres considérations liées aux autres ressources, à l'activité professionnelle, au statut du bénéficiaire. Les uns font démarrer le dispositif dès la naissance, d'autres à 16 ans ou à la majorité. Il y a là des variables très importantes qui ont un impact sur le coût de la mesure. Dans tous les cas de figure il s'agit de plusieurs centaines de milliards d'euros annuels. On n'est pas dans le détail!

Les plus libéraux évoquent une reconversion et une simplification des aides sociales existantes puisqu'ils parlent de dépenses sociales « à coût constant ». Ils y ajoutent un nouvel argument pour « alléger le coût du travail en France » en préconisant la suppression des cotisations sociales des entreprises qui seraient théoriquement redistribuées au salarié concerné. En contrepartie de ce transfert on peut en déduire que chaque salarié devra se débrouiller pour assurer ses besoins sociaux entre autres en matière de protection sociale. Le principe de solidarité explose dans ce cas.

Le revenu universel pourrait se cumuler avec les revenus du travail. Il y a là une volonté d'entretenir la confusion entre la nécessité de mieux reconnaître la valeur travail et sa rémunération et le montant que chacun est susceptible de toucher par des allocations ou aide sociale qui ont toutes une finalité particulière. Les employeurs auraient un bon argument pour résister davantage encore aux revendications sur le niveau des salaires et en particulier sur le niveau du salaire minimum. Cette approche participe à déresponsabiliser les entreprises de la situation sociale et de l'impact de leur décision sur la vie des populations.

C'est donc, pour moi, un certain flou et un grand scepticisme qui l'emportent tant sur la finalité que sur la faisabilité de cette proposition.

Les Cahiers de SPPS : Nous vous remercions de ces réponses.

Innovation et solidarité : un exemple d'articulation entre un centre de santé et un centre médico-psychologique

Par Gilles Moulec,
Directeur du Centre hospitalier E. Toulouse à Marseille

NDLR: Ce texte correspond à la communication faite à l'occasion de la table ronde « le virage ambulatoire » du 6 octobre 2016 dans le cadre du 56^e Congrès national des Centres de santé.

Le monde des Centres de santé et celui de l'Hôpital public sont deux univers qui cohabitent au sein du système de santé français mais s'ignorent assez largement, même s'ils partagent la plupart du temps valeurs et philosophie du soin. Même si l'article L 6323-1 du Code de la santé publique prévoit la possibilité de création et de gestion d'un Centre de santé par un établissement de santé avec un projet médical distinct du projet d'établissement, rares sont les centres hospitaliers ayant mis en œuvre un tel projet, les centres de santé restant très majoritairement gérés soit par des organismes à but non lucratif soit par des collectivités territoriales.

Quelles préoccupations ont donc poussé le Centre Hospitalier Édouard Toulouse, établissement public de santé mentale situé dans les quartiers nord de Marseille, à être directement porteur d'un projet de centre de santé généraliste appelé à desservir les populations des 15^e et 16^e arrondissements de Marseille ?

Cela n'est que de façon subsidiaire qu'un Hôpital public peut être amené à gérer en direct un Centre de santé. Cette situation est toujours en lien direct avec les caractéristiques spécifiques en termes d'offre de santé du bassin de population à desservir. C'est le cas du centre de santé A. Roussin porté par le Centre Hospitalier Édouard Toulouse, qui trouve sa logique de création dans son articulation avec un centre médico-psychologique de secteur implanté au même endroit, les deux structures se trouvant dans un bassin de vie qui peut être qualifié de désert médical urbain. Le Centre de santé s'enracine dans la conviction de l'institution hospitalière que le lien avec la médecine générale est un déterminant essentiel de l'amélioration des prises en charge en santé mentale.

Quant à l'insuffisance de l'offre de médecine générale sur le bassin de population desservi elle a contri-

bué à créer les conditions pour que, faute d'autres acteurs, l'Hôpital propose aux médecins généralistes qui l'avaient sollicité d'être porteur en direct de la gestion du Centre de santé à créer. Enfin, le projet a coïncidé avec l'effort financier décidé par le Premier Ministre en faveur de Marseille, concrétisé par le Plan de sécurité et de cohésion pour Marseille (« plan Ayrault »), dans lequel le Centre de santé a trouvé sa place et une partie de son financement.

Un projet en phase avec les orientations du projet médical du centre hospitalier

Les projets médicaux successifs du Centre Hospitalier Édouard Toulouse ont en commun la conviction qu'une part très importante de l'avenir des prises en charge en psychiatrie et santé mentale se joue dans la cité. C'est dans la cité que, grâce aux dispositifs ambulatoires, 80 % des patients sont pris en charge grâce au modèle représenté par la prise en charge sectorisée. Le virage ambulatoire appelé par les pouvoirs publics est très largement amorcé en psychiatrie ; les soins sans consentement, qui eux-mêmes peuvent être assurés en ambulatoire à travers les programmes de soin, ne doivent pas occulter les autres modes de prise en charge à destination de patients qui sont de plus en plus perçus comme des citoyens à part entière.

Pour l'organisation de la prise en charge sur la base du parcours, qui doit nécessairement reposer sur un découplage entre les différents acteurs, il doit être souligné que la psychiatrie publique sectorisée fournit une offre de soin de premier recours spécialisée tel que l'article L 1411-11 du code de la santé publique en définit les caractéristiques. Trop souvent, l'accès aux soins de premier recours est considéré comme relevant de la médecine de ville généraliste ou spécialiste, alors que les équipes de secteur ont vocation à y trouver leur place, et à participer aux fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes telles

que les décrit la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Il n'est pas indifférent de souligner que le médecin traitant, tel qu'il est défini par le Code de la Sécurité sociale, peut être un médecin généraliste de ville mais aussi un spécialiste, voire un spécialiste hospitalier. Il peut se trouver des territoires dans lesquels le psychiatre de secteur soit le médecin traitant faute de médecin généraliste ou spécialiste de ville sur le bassin desservi.

Des constats qui ont contribué à orienter le projet

De toute évidence, la médecine de ville joue un rôle essentiel dans les prises en charge en psychiatrie et santé mentale. Les troubles mentaux sont en effet le deuxième motif de recours au médecin généraliste. De ce fait, le projet médical d'Édouard Toulouse souligne la nécessité d'entretenir des liens étroits avec la médecine de ville.

Des études approfondies menées en région parisienne, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du Réseau de santé mentale des Yvelines, ont mis en exergue des retards réciproques et mutuellement reprochés dans les relations entre les équipes de secteur et la médecine de ville : le psychiatre hospitalier déplore que certains patients soient orientés tardivement par le médecin de ville pour une prise en charge spécialisée ; le médecin de ville quant à lui se plaint qu'une fois le patient orienté vers l'équipe sectorielle, il n'ait plus de nouvelles sur cette prise en charge. Un dispositif d'articulation s'impose donc pour mettre fin, ou du moins diminuer la fréquence de ces reproches en miroir.

Il est une autre dimension, au titre de laquelle s'impose un constat préoccupant : autant la prise en charge de la santé somatique des patients hospitalisés en psychiatrie connaît depuis quelques années des progrès significatifs (c'est le cas au Centre Hospitalier Édouard Toulouse avec deux praticiens hospitaliers de médecine générale à temps plein assurant une prise en charge somatique de première ligne, avec orientation vers le CHU si besoin), autant l'état de la santé somatique des patients pris en charge en ambulatoire par la psychiatrie de secteur reste largement une inconnue. On sait que les malades mentaux ont une espérance de vie largement inférieure à la population standard ; on sait aussi que, notamment dans les quartiers en difficulté socio-économique, beaucoup de patients n'ont pas de médecin généraliste soit pour des raisons d'accessibilité financière dans l'attente de la mise en place du tiers payant, soit pour des raisons d'accessibilité

géographique dans des situations de pénurie d'offre de médecine de ville.

Des circonstances favorables

Le lancement du projet a bénéficié d'une conjonction d'événements favorables :

En mars 2013, quatre médecins généralistes sollicitent le Centre hospitalier à la recherche de locaux pour implanter dans le 15^e arrondissement un Centre de santé. Il se trouve qu'au même moment, l'Hôpital souhaite réimplanter le CMP desservant les Pennes Mirabeau, une partie du 15^e arrondissement et le 16^e arrondissement, dans une nouvelle localisation. Les orientations soignantes du projet de Centre de santé correspondant aux valeurs défendues par l'établissement, il est décidé de procéder à une recherche en commun de locaux permettant d'assurer la contiguïté géographique du Centre et du CMP afin de les mettre en synergie.

Dans un deuxième temps, l'Hôpital propose aux médecins généralistes d'assurer le portage juridique du Centre de santé, ce qu'elles acceptent très rapidement. Se font jour alors des objectifs partagés : répondre aux besoins propres à la population dans le domaine de la santé mentale, tout en palliant les difficultés d'accès aux soins somatiques constatées dans un désert médical urbain. La zone de desserte choisie (15^e et 16^e arrondissements de Marseille) concentre des populations très défavorisées sur le plan socio-économique, avec une faible densité de médecins de ville, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

La mise en place du projet

La construction du projet a conjugué simplicité et complexité :

- La simplicité a concerné d'une part la définition du projet médical du Centre de santé dans son articulation avec la mission du CMP de secteur. Chacun des partenaires médicaux a vite perçu les avantages réciproques que le partenariat était susceptible d'apporter aux patients et aux équipes soignantes. Pour autant il est affirmé que le Centre de santé est à la disposition de la population de la zone, et non un Centre de santé destiné uniquement aux personnes souffrant de troubles mentaux. Par ailleurs, le soutien de l'ARS quant à l'opportunité du projet sur ce bassin de population a été obtenu très rapidement, de même que celui de la Région et du Département. Ce soutien très actif des pouvoirs publics et des collectivités locales est d'autant plus précieux que le projet a été soumis à

un impératif de grande prudence financière, afin d'une part de garantir une étanchéité totale de la gestion du Centre par rapport aux autres activités du Centre hospitalier, et d'autre part de prévenir le risque de déficit du Centre de santé tel que largement souligné par le rapport de l'IGAS portant sur ce type de structures sanitaires. Le Centre hospitalier a donc obtenu à la fois un soutien à l'investissement (aménagement des locaux, système d'information) d'environ 410 000 € (Fonds national d'aménagement du territoire, FIR, Région PACA, Conseil Départemental) et une aide au démarrage de 240 000 € permettant d'assurer la montée en charge progressive des recettes du Centre de santé par rapport aux dépenses d'exploitation. L'objectif à 3 ans est d'équilibrer le fonctionnement financier autonome du Centre.

- L'ensemble de ces aides et soutiens a largement facilité le montage du dossier, en particulier l'ingénierie administrative et financière, qui était à construire entièrement et s'est avérée complexe, puisqu'aucune disposition réglementaire ne vient fournir un cadre à la gestion d'un Centre de santé par un établissement hospitalier public. L'équipe de Direction du Centre hospitalier a donc travaillé sur l'ensemble des composantes du fonctionnement administratif et financier : système d'information, circuit de facturation, contrat des médecins salariés.

Les perspectives sur le territoire de proximité

Le Centre de santé a donc ouvert le 20 juin, simultanément avec le CMP situé dans le même bâtiment ; il comporte un effectif de quatre médecins généralistes, une infirmière, trois agents administratifs, auquel sont venus récemment s'adjoindre un ORL, un médecin généraliste à orientation gynécologique, un dermatologue. L'activité devrait être complétée prochainement par un gastroentérologue ainsi qu'une présence de la PMI de secteur.

Le Centre a, dès la construction du projet, posé son activité en termes de complémentarité et de non concurrence, tant avec les médecins généralistes qu'avec les autres acteurs déjà porteurs ou susceptibles d'être porteurs de projets similaires (Grand Conseil de la Mutualité, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, projet de Centre de santé dans la cité de Kallisté). Les premiers résultats médicaux sont encourageants, tant sur le plan de l'amélioration de l'accès aux soins généralistes pour la population de la zone, que sous l'angle de l'articulation entre le CMP de secteur et la médecine générale, avec des éléments de

synergie des professionnels et d'amélioration des prises en charge à la fois somatiques et psychiatriques pour les patients du Centre de santé et ceux du CMP. Un premier bilan soignant, administratif et financier sera fait à la fin de 2016.

La réflexion est susceptible de s'orienter en 2017 vers la création, avec d'autres secteurs d'activité du Centre hospitalier (Pôle d'addictologie, PASS de psychiatrie, CMP de pédopsychiatrie, etc.) mais aussi d'autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la zone desservie, d'une communauté professionnelle territoriale de santé.

L'éthique : un levier pour réinventer une psychiatrie humaine

Par Serge Klopp

NDLR: Nous donnons ici le texte de l'intervention de Serge Klopp lors du Colloque sur Éthique & Psychiatrie tenu à Villejuif (octobre 2016).

En préambule je voudrais remercier les organisateurs de m'avoir invité colloque sur l'éthique en psychiatrie et rappeler que vu le temps qui m'est donné, je vais forcément apparaître caricatural dans certains de mes propos qui nécessiteraient d'être plus explicités et illustrés d'exemples, mais nous n'en aurons pas le temps.

Jamais il n'a été autant question d'éthique qu'aujourd'hui. Et jamais notre société dans tous ses domaines n'a été aussi peu éthique. Au point que lorsque j'entends parler de mise en place d'un groupe d'éthique, je me demande quels reculs éthiques sont en train de se mettre en place. En effet, le fait que l'on ait institutionnalisé les comités éthiques, cela ne laisse-t-il pas croire que les réflexions éthiques sont réservées aux spécialistes, aux experts du Comité Éthique? Cela ne risque-t-il pas paradoxalement d'amener les soignants à faire l'économie d'une réflexion éthique personnelle singulière et donc à banaliser les pratiques non éthiques? Le fait que les comités Éthiques soient composés d'un nombre fermé de membres désignés cela n'est-il pas en soi une aberration éthique?

L'éthique n'exigerait-elle pas plutôt de faire de ces espaces des forums permanents d'échanges et de disputes ouverts à tous. Dont l'objectif ne serait pas de définir les bonnes pratiques, mais de constamment mettre au travail la réflexion et le doute des soignants sur leur propre pratique individuelle et collective, afin de tendre à mettre en adéquation cette pratique dans les conditions réelles où nous nous trouvons avec les valeurs que nous défendons? Cela me semble d'autant plus indispensable que nous nous trouvons dans un mouvement de la société qui tend de plus en plus systématiquement à la réification, la « chosification », d'une part importante de la population.

Cette réification, dans le champ de la santé mentale, opère particulièrement par la concordance de deux démarches qui se renforcent l'une l'autre :

- La démarche sécuritaire
- La démarche qualité

À savoir aussi que ces démarches se fondent sur le dévoiement de sens des concepts de sécurité et de qualité. La sécurité, c'est l'absence de sentiment de danger, ce qui permet au sujet de s'engager dans le travail et de prendre des risques. A contrario, le sécuritaire est fondé sur le présupposé que nous serions tous et constamment en danger et sur le mythe du risque zéro. Pour se mettre en œuvre sur la durée il nécessite d'entretenir le sentiment de danger. Il est donc antinomique avec la recherche de sécurité.

La qualité, c'est un processus qui vise à obtenir un résultat optimum concret dans les conditions concrètes singulières où j'opère. J'ajouterai que celui qui s'inscrit dans ce processus est en constante recherche d'amélioration en voyant comment toujours mieux adapter son action et ses outils dans ces conditions concrètes. Or, la démarche qualité ne s'occupe que de la mise en œuvre formelle de ce qui est qualifié de « bonnes pratiques » et qui est formalisé par un protocole. La démarche qualité ne vise pas à m'amener à rechercher un résultat optimum dans les conditions concrètes où j'opère; quitte à me départir du protocole.

Or, on sait que c'est le savoir-faire fondé sur l'expérience qui se détache du protocole qui nous permet d'obtenir une qualité de soins. Ce savoir-faire est bien supérieur au protocole. La démarche qualité vise en fait à vérifier la qualité du suivi des protocoles et non la qualité des soins que reçoit le patient. Ainsi, lorsque l'on va identifier un risque, on va élaborer un protocole censé réduire ce risque. Souvent, ce protocole va être en contradiction avec la clinique mise en œuvre jusqu'à présent. Mais la logique du protocole doit primer sur la clinique. Cela vient donc entraver le soin. Au début c'est à la marge, on s'y résigne, considérant que ce n'est pas fondamental. Mais cette démarche est fondée sur le risque zéro qui n'est jamais atteignable.

Cela ne suffit jamais. Il reste toujours du danger potentiel qui vient nourrir le sentiment d'insécurité et amener à renforcer le protocole dans le sens sécuritaire.

Prenons par exemple le problème des crises d'agitation. Pour y faire face on augmente considérablement le recours à l'enfermement et à la contention. Ce qui amène à augmenter le nombre de chambres d'isolement. Mais ça ne suffit pas. On va parfois ajouter des caméras. Et ça ne suffit encore pas. On va considérer qu'il faut augmenter le nombre d'UMD. Et ça ne suffit toujours pas. On va créer des UPID et des USIP. Mais ça ne suffira jamais!

Or, au fur et à mesure que l'on intègre ces protocoles on s'éloigne de la logique clinique au profit de la logique sécuritaire. Et finalement cela empêche le soin. C'est un assèchement du soin! D'ailleurs, j'ai parlé de crise d'agitation. Aujourd'hui on ne parle plus d'agitation, mais de violence. Ce qui n'est absolument pas la même chose. Dans ce contexte, on le voit, le patient est de plus en plus réifié. Sa subjectivité est niée parce qu'il est rabattu à son symptôme. Mais les soignants aussi sont réifiés, puisqu'eux aussi ne sont plus que les opérateurs du protocole et n'ont plus à s'interroger sur le sens de ce qu'ils font. Je dirai même qu'il leur est interdit de s'interroger, puisque s'ils le faisaient, cela les amènerait à se défaire de ces protocoles.

Tout cela montre qu'il n'a jamais été aussi nécessaire d'avoir une démarche éthique pour préserver et développer la place de l'humain dans tous les champs de la société et particulièrement ceux de la santé et plus précisément celui de la psychiatrie et la santé psychique.

L'éthique est une réflexion sur notre pratique. C'est une démarche à la fois individuelle et collective. Elle interroge mon action. Mon action au sein d'un groupe ayant le même objet - en l'occurrence c'est le soin - et l'action du groupe. L'éthique en soi ne veut rien dire. Le bourreau aussi peut être éthique. Même les nazis ont développé une éthique des einsatzgruppen sur le front de l'Est. Ils étaient recrutés pour leur capacité à obéir froidement et ne devaient pas être aveuglés par la haine des juifs et des sous-hommes slaves. Il leur était interdit de faire preuve de cruauté excessive. Non par humanisme, mais parce qu'il s'agissait d'une action industrielle, systématique qui ne supportait pas que les opérateurs s'interrogent d'une manière ou d'une autre sur ce qu'ils faisaient. C'est d'ailleurs ce qu'a développé Eichman lors de son procès. On voit là où peut

mener l'éthique dans un système réifiant poussé à son extrême.

Donc avant de vouloir savoir si notre action est éthique, posons-nous d'abord la question de l'objet et du sens de notre mission. Notre mission est-elle de normaliser les populations et les comportements en traitants les symptômes qu'il faut éradiquer ou est-il avant tout de soigner des Sujets en souffrance?

De même la politique de Secteur est souvent réduite à sa dimension de quadrillage des populations et comme disait Lucien Bonnafé de carte Michelin. Ce qui, avant tout accueil, se réduit à une question : habite-il bien dans mon Secteur, ou pas? S'il n'habite pas mon Secteur, je ne vais pas l'accueillir en lui donnant simplement l'adresse du secteur dont il dépend. Ce qui administrativement est tout à fait justifié. Mais éthiquement? C'est en tout cas ce questionnement éthique qui m'a guidé lors de la création de « L'Espace ados 9/10 », en accord avec le Dr René Bérouti, puis le Dr Dominique Brengard, chefs de service du 3^e secteur de psychiatrie infanto juvénile de Paris. Nous avons pris l'option d'y accueillir tous les ados qui s'y présenteraient et ensuite si nécessaire de les accompagner vers leur Secteur de référence. Ça change tout!

Le secteur c'est avant tout l'articulation entre deux principes philosophiques, la continuité des soins et la proximité. Ce qui permet d'articuler ces deux principes c'est la clinique du lien. En fonction de la manière dont nous allons nous situer entre traiter un symptôme ou soigner un sujet, la conception que nous allons avoir de nos actes, et surtout la manière dont ils vont nous affecter ou pas va être radicalement différente. Cela va même modifier la nature de ce qui va nous affecter.

Reprenons l'exemple de la crise d'agitation. Si je me situe dans la normalisation des comportements, la pacification des services, je serais centré sur la violence. Si lorsque j'interviens le patient ne se calme pas immédiatement, je vais être amené à gérer la violence. Je suis immédiatement centré sur la violence. Violence dont je suis puis être potentiellement victime. Je vais donc me défendre en établissant un rapport de force qui me sera favorable. Je vais « arracher » très vite mon PTI⁽¹⁾

¹ PTI: Protection du Travailleur Isolé, dispositif que portent la plupart des soignants (parfois obligatoire!) de la taille d'un portable, doté d'une goupille qui si elle est déclenchée va alerter toutes les personnes portant ce dispositif.

pour appeler le « renfort » et emmener le patient en chambre d'isolement. Si cette intervention s'est faite sans dommage parmi les soignants, nous aurons été efficaces et aurons correctement fait notre travail. Si quelqu'un a été blessé ou insulté, nous aurons été victimes de l'agression du patient. Ce qui justifiera le maintien en isolement, voir la mise sous contention. Donc ce qui va m'affecter, c'est le sentiment d'avoir été victime d'une agression. Cela se traduira d'ailleurs fréquemment par un « fiche d'évènement indésirable ».

Si je me situe dans le souci de soigner le Sujet, je n'aurai pas la même lecture, ni le même vécu. Si je n'arrive pas à apaiser le patient et suis amené à « arracher », ce qui va me préoccuper, c'est ma responsabilité en tant que soignant de n'avoir pas su intervenir en amont pour contenir et apaiser psychiquement l'angoisse du patient. Sachant que ma capacité à contenir psychiquement ce patient, sera fonction de la qualité du lien transférentiel que moi j'aurai tissé avec lui. C'est pourquoi il est primordial de profiter des petits moments lorsqu'on le croise dans le couloir pour lui glisser un petit mot. Ne serait-ce qu'un bonjour, accompagner de l'esquisse d'un sourire. Mais même l'arrivée du renfort doit avant tout avoir une fonction contenant de l'angoisse. Cela doit avant tout permettre d'apaiser le patient. Lui permettre de se poser, sans forcément avoir recours à la chambre d'isolement. Ce qui de tout temps a posé problème et créé des disputes entre infirmiers. Puisque pour certains, si on appelle le renfort, ce n'est plus pour discuter, c'est pour le « boucler ». Et, si malgré tout, il faut en passer par la chambre d'isolement, je vais agir pour le sortir le plus rapidement possible. Pour cela je vais aller le voir fréquemment pour refaire du lien transférentiel. Si dans cette séquence quelqu'un est blessé, cela va me toucher d'autant plus que je sais que c'est de ma responsabilité. Si j'étais intervenu plus tôt, quand il était encore temps, cela ne serait pas arrivé.

Dans cette démarche, il ne s'agit pas de nier le danger, mais de le resituer dans son contexte. Aujourd'hui on focalise sur la violence et sa gestion. Quand j'étais élève infirmier, on ne m'a jamais parlé de violence. On m'a parlé de « crise d'agitation », symptôme de l'angoisse du psychotique. Crise d'agitation que j'avais à prévenir en allant au-devant du patient qui « monte » pour l'apaiser. Et on m'a appris et dit que « si t'attends trop longtemps, il y aura de fortes chances que tu te prennes une baffe. Mais ce sera de ta responsabilité. À toi de savoir être suffisamment contenant pour que cela n'arrive pas. C'est ça le boulot d'infirmier en psychiatrie! ».

Alors on va me dire « oui, mais à l'époque vous étiez plus nombreux ». Eh bien non, pas forcément! Quand j'étais infirmier à Maison Blanche, dans les années 80, nous étions 16 infirmiers de jour pour 50 patients. Aujourd'hui à Ville Evrard, l'UHTP⁽²⁾ de mon service compte 13 IDE et 4 AS pour 27 patients. Le nombre d'ASH était le même. À Ville Evrard comme à Maison Blanche il y a une équipe spécifique de nuit. Et auparavant à Sarreguemines lors de mes études d'infirmier, je ne me souviens plus du nombre exact d'infirmiers, nous devions être un peu moins de 20 ISP, pour les trois équipes, sans ASH, puisque c'était encore le cadre unique et le ménage, comme les toilettes était effectué par les infirmiers. Par contre nous avions plus de temps pour nous occuper des patients, puisque nous n'étions pas accaparés par toutes ces traçabilités qui embolisent tellement le temps soignant.

Mais comme je le disais, la démarche qualité considère qu'il est plus important de tracer des actions que l'on fait mal que de prendre le temps de bien faire les choses, quitte à ne pas avoir le temps de tout tracer. Ce qui a pour effet de laisser croire que le règlement est plus important que le cadre thérapeutique. Le règlement, c'est le règlement! Chacun doit s'y plier et nous sommes là pour le faire respecter. Du coup on croit que le cadre c'est le règlement. Or, le cadre doit permettre de prendre en charge le patient et nécessite si nécessaire d'être adapté au moment psychopathologique de chaque patient.

Il y a quelques années notre ami Jean Claude Pénocet, alors Président du SPH a déclaré: « *Quand une équipe a peur il est certain que le médecin va prescrire des contentions.* » Ajoutant: « *la contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée* ». Aujourd'hui, la psychiatrie va très mal!

Mais, l'éthique, telle que je l'ai développée peut permettre d'inverser la tendance pour retrouver le chemin permettant d'inventer une psychiatrie humaine. Parce que, au contraire des « bonnes pratiques » protocolisées, modélisées, réifiantes, l'éthique est une base indispensable - mais pas suffisante! - de la construction d'une psychiatrie humaine. Pas suffisante, parce que justement ce n'est pas automatique...

² UHTP: Unité d'Hospitalisation Temps Plein; IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'État; AS: Aide Soignants; ASH: Agent des Services Hospitaliers, chargés du ménage; ISP: Infirmier de Secteur Psychiatrique

Contrairement à ce que nous annonce mensongèrement la démarche qualité, la réflexion éthique ne nous garantit pas de trouver une solution acceptable. J'ai bien plus souvent le sentiment d'être nul que de faire ce qu'il faut. Mais je continue à réfléchir et à chercher pour y tendre. Mettre en œuvre une clinique fondée sur l'éthique du soin, suppose avant tout et ce n'est pas rien par les temps qui courent, un engagement personnel et une confrontation de mon engagement au collectif. Mais, comme m'a permis de le conceptualiser mon autre ami Hervé Bokobza, cet engagement doit être tempéré par le doute et stimulé par la prise de risque. Si je n'ose pas prendre de risque, je vais être tétanisé. Je ne pourrai rien inventer. On sera dans la reproduction de l'immobilisme thérapeutique. C'est d'ailleurs ce qu'induit la protocolisation de nos actes.

A contrario, si je ne doute pas et pense que ce que je fais est toujours la bonne attitude pour le patient, je vais être dans la toute-puissance. Le patient sera mon objet d'expérience, comme un rat de laboratoire. Si ça marche, je serai génial, si j'échoue, ce ne sera qu'une expérience qui aura échoué. Ce que représente si bien le D^r House de la série télévisée. Il est devenu un modèle de cette médecine réifiante où le patient disparaît derrière le traitement d'une symptomatologie atypique. C'est en fait cette fameuse formule « bénéfice/risque ». Mais où justement il ne s'agit pas d'évacuer le risque ou de le faire supporter par le patient qui en acceptant est censé choisir l'option thérapeutique, alors qu'il n'en a pas la compétence. Mais bien d'assumer la prise de risque en faisant tout pour que celle-ci soit la plus limitée possible.

Afin d'être bien compris jusqu'à présent j'ai surtout insisté sur des situations critiques. Mais pour moi l'éthique ne se limite pas aux situations limites. Ce n'est pas qu'un garde-fou. Elle doit nous amener à réfléchir sur tout ce que nous faisons. Par exemple dans l'UHTP de mon service depuis 2 ans les soignants ont recommencé à faire des sorties avec les patients, ça peut-être des sorties, cinéma, bowling, au marché de Chelles, au château de Champ sur Marne, etc.... C'est déjà très bien, par rapport à ces services où il ne se passe plus rien, dans le quotidien du patient hospitalisé. Pour cela en général, ce sont 2 soignants qui se proposent d'organiser une sortie. Ils vont commencer à définir où ils vont aller. Ce que je nomme le « quoi ». Puis ils vont les jours précédents la sortie choisir les patients susceptibles d'y participer. Ce que j'appelle le « qui ». Et parfois, lorsqu'il est difficile de trouver les indications médicales, permettant de maintenir la

sortie, ils vont expliquer leur choix en argumentant le choix des patients par des indications thérapeutiques. Ce que j'appelle le « pourquoi ». Or, à mon sens cette question du « quoi », « qui » et « pourquoi » n'est pas neutre et l'éthique doit nous permettre de remettre ces questions dans le bon ordre.

Ce n'est pas la même chose de partir du fait qu'on va faire une sortie au bowling, et à partir de là, de voir qui, parmi les patients hospitalisés à ce moment, est susceptible de pouvoir y participer, que de partir du fait qu'on va faire une sortie avec M. ou M^{me} Machin. Même si c'est au bowling. Parce que si on part de M. Machin se pose d'emblée la question de ce qu'on cherche à travailler sur le plan du lien transférentiel. D'un côté on va considérer que ce qui est thérapeutique - puisqu'il s'agit forcément de sorties thérapeutiques - c'est le bowling, ou la sortie en soi. Et que les patients comme les soignants sont interchangeables. D'un autre côté, on va considérer que la sortie n'est qu'un prétexte. Ce qu'on nomme aussi une médiation thérapeutique. Et que ce qui compte c'est la qualité du lien relationnel que j'établis avec le patient. Ce qu'on nomme aussi le transfert. Pour poser autrement la question éthique.

Est-ce que cette sortie je ne la fais que pour mon plaisir, ou pour justifier que je suis un bon soignant ? Ou est ce que je fais cette sortie, parce que je considère que cliniquement elle est essentielle ? Ce qui n'empêche absolument pas de se faire plaisir. Au contraire, mon expérience m'a prouvé que dans ces cas, mon plaisir était bien plus intense, puisqu'au plaisir de la sortie en soi s'est ajouté celui de l'échange interhumain. Ce type de clinique nécessite impérativement des soignants qu'ils se sentent en sécurité pour qu'ils puissent s'engager dans une recherche permanente de l'amélioration de la qualité de leurs prises en charge. Ce qui suppose que l'on en finisse avec la démarche qualité fondée sur le sécuritaire et que l'on supprime la Haute Autorité de Santé qui n'a pas d'autre vocation que de développer cela.

Je disais précédemment que les situations où je me trouve nul et en échec, sont certainement bien plus nombreuses que celles où j'ai eu un éclair de génie, me donnant la solution. La question c'est comment lorsqu'on est dans ce sentiment d'échec, ou plutôt le plus souvent d'impasse, peut-on continuer à réfléchir pour en sortir. Et là Hervé Bokobza, m'a donné un truc. Il m'a dit « *dans ces cas pose toi ces trois questions :
Je n'y arrive pas :*

*Parce que je ne peux pas
Parce que je ne sais pas
Parce que je ne veux pas
Et quelle que soit la réponse, vois comment trouver
une solution qui te permette d'avancer vers l'objectif, sans
pour autant que ce soit idéal. » Il s'agit le plus souvent
de trouver un compromis provisoire, en évitant abso-
lument la compromission et surtout le renoncement!*

Si individuellement et collectivement les soignants se posaient plus souvent ces questions peut-être que nous retrouverions un peu plus de sens. Peut-être éviterions-nous certaines situations difficiles. Et par là, peut-être commencerions-nous déjà à inventer et mettre en œuvre la psychiatrie humaine de demain. Si par exemple après chaque mise en isolement et en contention – qui, je le rappelle, ne sont admises qu'en tout dernier recours - on se posait la question pourquoi n'avons-nous pas pu faire autrement? Est-ce parce que nous ne pouvions pas? Parce que nous ne voulions pas? Parce que nous ne savions pas?

Je gage que cela serait bien plus efficace que tous les registres pour réduire à terme le recours à ces extrémités.

Mais pourquoi ne nous posons-nous pas cette question?

Est-ce parce que nous ne pouvons pas?

Est-ce parce que nous ne savons pas?

Ou est-ce parce que nous ne voulons pas?

Je laisse chacun d'entre nous y répondre en son for intérieur et avec son équipe...

L'assurance maladie à « guichets fermés »

Par M. Pascal Martin

« *L'État social n'est qu'un moment dans la longue histoire des solidarités humaines, (...) et les formes (...) diverses qu'il a pu prendre, ne sont ni assurées ni définitives* »
(Supiot, 2013, p. 18)

L'État social à l'affiche

On peut dire que l'État social – dans des registres et à des moments historiques différents – est actuellement à l'affiche ! Dans le documentaire de Gilles Perret, « La sociale », c'est la période fondatrice de la Sécurité sociale qui est revisitée. Il nous rappelle au passage le rôle essentiel – et méconnu – joué par Ambroise Croizat (ministre du travail de l'époque) dans sa mise en œuvre. Le nouveau film de Ken Loach, « Moi, Daniel Blake ! », souligne la détérioration de l'État social qui résulte des politiques néolibérales, conduites depuis Margaret Thatcher au Royaume-Uni, et place la focale sur la déshumanisation issue de la réorganisation managériale des guichets du « pôle emploi » britannique. En France, à l'occasion des primaires de la droite, François Fillon a annoncé son programme politique, en tant que candidat de la droite, sur la Sécurité sociale : « *je veux en premier lieu désétatiser le système de santé* ». Ces trois exemples tracent, pour ainsi dire, un continuum entre passé-présent-avenir. Sachant que si le passé et le présent ne sont pas modifiables, il en va tout autrement de l'avenir qui dépend des choix politiques et sociaux actuels. Ma contribution va s'appuyer sur mes recherches sociologiques qui portent sur les transformations de l'État social en France depuis le milieu des années 1990. Il s'agit de mettre au jour, les « métamorphoses de l'assurance maladie » que j'ai observées dans le cadre d'une enquête de terrain dans une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui vient d'être publiée (Martin, 2016) et la « nouvelle gouvernance » de l'État social sur laquelle je poursuis actuellement mes travaux à partir de mes nouveaux terrains d'enquêtes : des structures socio-sanitaires implantées dans le même département que la CPAM.

Tout d'abord, nous reviendrons sur la logique managériale à l'œuvre dans l'Assurance maladie qui a transformé l'organisation du travail, le contenu des formations et les interrelations aux guichets entre les agents et les usagers. À l'objectif d'amélioration de la relation « clientèle » s'articule un changement d'orga-

nisation de l'accueil adossé à la formation d'un prestataire externe (malgré l'existence d'un service de formation professionnelle interne) portant notamment sur la gestion des « publics difficiles » qui vont modifier les pratiques des agents d'accueil. Les prestations de formation visent à « changer la culture d'entreprise » des agents de l'institution et véhiculent des représentations (voire des clichés) de bons et de mauvais clients, de bons et de mauvais pauvres (réactivant des figures d'« assistés » ou encore de profiteurs). Celles-ci participent du classement – et par conséquent du déclassement – des différentes catégories d'usagers dans le cadre de la nouvelle « gestion de la file d'attente » (*Ibid.*).

Puis, nous décrivons la façon dont la réforme managériale de l'Assurance maladie, tout en poursuivant son extension à l'intérieur de l'institution, déborde ses propres murs. Ainsi la *gouvernance managériale* tend à externaliser l'accueil des « assistés » en enrôlant des structures partenaires extérieures (sans toutefois se départir de la gestion des dossiers). Parmi celles-ci, nous comptons à la fois des associations (secteur privé), des structures médico-sociales (Permanence d'accès aux soins de santé), des centres de santé⁽³⁾ et de Protection maternelle et infantile⁽⁴⁾ (secteur public). Il nous semble que l'émergence de cette *nouvelle gouvernance de l'État social* combine une forme de « gouvernement à distance » (Hassenteufel, 2008) à une « gouvernance par les nombres » (Supiot, 2015). Dans la mesure où celle-ci articule aux dispositifs partenariaux des objectifs managériaux de modernisation et d'amélioration des performances de l'accueil.

Force est de constater que, suite aux réformes libérales de l'ère Thatcher en Grande-Bretagne, des dispositifs semblables, enrôlant des associations communautaires, ont vu le jour depuis de nombreuses années

³ Ils sont régis depuis 2002 par un « accord national » entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé.

⁴ La PMI relève de la compétence des départements.

(Siblot, 2006). Ces derniers visent à pallier les carences de l'État social. Or il faut rappeler que le modèle anglo-saxon actuel (États-Unis, Australie et Grande-Bretagne) correspond au modèle de l'*État social libéral* (Esping Andersen, 1999) fondé sur une forte dualité : système d'État pour les plus pauvres/ système privé pour les plus riches. Déjà la mise en œuvre concrète de la Couverture maladie universelle (CMU) en France (en 2000) qui bénéficie aux populations précaires, en renouant avec la logique de l'assistance (prestations sous condition de ressources) et en instaurant le financement par l'État, présentait des caractéristiques communes avec ce modèle *libéral*. Le recours de l'Assurance maladie à des partenaires extérieurs pour traiter les publics les plus désaffiliés, constitue-t-il une nouvelle avancée vers l'*État social libéral*?

Un guichet qui pénalise les désaffiliés

À partir d'un travail ethnographique dans une caisse primaire d'Assurance maladie de l'Île-de-France, l'analyse des interrelations au guichet entre les agents et les usagers porte au jour l'articulation de la logique managériale du *benchmarking* (démarche qualité) aux opérations de classement (et de déclassement) des différentes catégories d'usagers. La montée en puissance de la CMU s'adosse à une redistribution des publics sur trois niveaux d'accueil distincts (cf. l'encadré ci-dessous). Pour l'activité d'accueil en général, l'évaluation de la « qualité du service » et du travail des agents se fondent sur un indicateur (la durée de l'entretien), des normes quantitatives qui classent et sanctionnent, suivant les chiffres réalisés, depuis le sommet de l'institution jusqu'aux *street level bureaucrats* (Lipsky, 2010).

Les trois niveaux d'accueil

Le 1^{er} niveau d'accueil (appelé pré-accueil) est un passage obligé pour l'ensemble des usagers se déplaçant à l'accueil. L'agent dispose de 3 minutes maximum (cela permet le règlement de dossiers simples).

L'accueil « 2^e niveau » reçoit deux types d'usagers, assurés sociaux et/ou en voie de désaffiliation, dont le dossier nécessite une durée de traitement plus longue, elle peut durer jusqu'à 20 minutes.

Le 3^e niveau est « l'accueil sur rendez-vous », la durée d'entretien y est de 30 minutes, il est prévu pour les cas les plus complexes (i.e. les dossiers CMU Complémentaire et Aide médicale d'État).

Les assurés sociaux (cotisants, logique d'assurance) sont généralement servis aux deux premiers niveaux d'accueil le jour même, les désaffiliés (non-cotisants, logique d'assistance), eux, doivent impérativement prendre un rendez-vous.

La réorganisation de l'accueil a ainsi réactivé la tension entre les logiques d'assurance et d'assistance. Les personnes relevant de cette dernière doivent s'armer de patience. Après s'être déplacées une première fois à l'accueil, elles devront s'exécuter à nouveau, subordonnées aux disponibilités d'un planning de rendez-vous souvent chargé. Dans le meilleur des cas (aucun retour du dossier qui exige des documents complémentaires et oblige à un nouveau déplacement – voire une nouvelle prise de rendez-vous), il se sera écoulé au bas mot deux ou trois mois. Les effets dissuasifs produits par ces procédures et délais participent sans aucun doute du non-recours aux prestations sociales (Odenore, 2012). Ce parcours du combattant pour l'accès au droit donne à voir une figure allégorique de l'expression « prendre son mal en patience », mais encore faut-il le pouvoir. En effet, si cela suppose d'avoir du temps à dépenser, force est de constater qu'il faut aussi *avoir la santé*; ce qui risque de faire défaut aux individus dont l'accès aux soins presse. Or est-il besoin de rappeler que les populations précaires sont justement celles dont le recours aux soins est le plus tardif, si tant est qu'elles n'y renoncent pas purement et simplement. D'où ce paradoxe : les populations les plus vulnérables socialement doivent attendre le plus longtemps pour obtenir le traitement de leur dossier.

Pour le coup, cette « gestion de la file d'attente » pénalise les désaffiliés, les « inutiles au monde » (Castel, 1995) qui « embolisent⁵ » l'accueil et qui posent objectivement un problème (compte tenu du temps nécessaire à l'instruction de leurs dossiers

⁵ Ce terme avait retenu toute mon attention dans une interview accordée par le directeur général de l'organisme à l'Express (article publié le 01/03/2005). Présentant sa conception de la modernisation du service public (et accessoirement pour améliorer les mauvais résultats enregistrés dans l'organisme), il s'inquiétait du fait que les populations précaires « embolisent » l'accueil; ce dernier devant permettre de répondre aux besoins des « classes moyennes » lorsqu'elles sont malades. En prolongeant nos recherches, quelle ne fut pas notre surprise de découvrir que ce vocable (diagnostiquant une situation pathologique) était également employé par des représentants d'une association caritative, pour illustrer un pic d'affluence perturbant le bon déroulement de leur activité. Or les populations visées correspondaient là encore aux franges les plus précarisées. La transmission de ce terme, de l'Assurance maladie au monde associatif humanitaire, est apparue comme un signe de la contagion du discours managérial dans des espaces où l'on ne s'attendrait pas à trouver en usage les catégories de pensée et/ou la novlangue managériale. Or il n'est pas rare que soient recrutés de jeunes responsables d'associations caritatives ou humanitaires, formés dans les filières scolaires « fabriquant » des futurs managers. Pour preuve, la responsable de l'association en question, recrutée récemment, est diplômée d'un Institut d'Études Politiques (IEP). Par ailleurs, aux côtés des étudiants issus de classes préparatoires, ceux des IEP sont très fortement représentés parmi les lauréats admis aux concours d'entrée à l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) destinant aux postes d'agent de direction dans les organismes sociaux. Autrement dit, cet « ethos managérial » (Martin, 2015) tend à se généraliser, y compris au sein de l'État social où la rationalité économique tend à devenir la mesure de toute chose.

complexes) pour atteindre les objectifs prédéfinis de « qualité de l'accueil ». Le traitement des demandes des désaffiliés exclusivement sur rendez-vous augmente mécaniquement leur durée d'attente⁽⁶⁾ et participe de la construction des bons chiffres. Par ailleurs, ils sont très souvent (re)présentés comme des « assistés », suspectés d'être des fraudeurs potentiels abusant de notre modèle d'État social.

Vers l'externalisation de l'accueil des « assistés »

À partir du milieu des années 2000, la CPAM tend, à sous-traiter la mission sociale d'*assistance d'État*, à externaliser le coût social relatif à l'instruction des dossiers des « assistés » dont la gestion par l'Assurance maladie relève d'une mission déléguée par l'État. Ainsi, elle s'emploie à renvoyer vers l'*extérieur* des usagers qu'elle estime « étrangers » à son champ de compétences et dont elle attribue la vocation à ces nouveaux partenaires (associations, permanences d'accès aux soins de santé, centres municipaux de santé et/ou de protection maternelle et infantile) qui pallient pour partie la carence de l'État social. Ce partenariat en cours de déploiement, tout en répondant à la logique de rationalisation de l'accueil (traiter le maximum de demande en un minimum de temps), produit des traitements inégalitaires et des formes de discriminations.

Ces partenariats présentent des intérêts pour les structures extérieures enrôlées comme pour l'Assurance maladie. Les premières, en signant une convention avec l'Assurance maladie, se voient offrir une gestion « facilitée » des dossiers constitués (absence de contrôle tatillon), un délai de traitement préférentiel (1 mois au lieu de 3 en moyenne) (associations et services médico-sociaux) – qui se traduit, *in fine*, par l'ouverture des droits de l'usager dans un temps réduit –, une garantie du paiement aux structures concernées des actes médicaux pratiqués (services médico-sociaux). Pour la seconde, la tenue à l'écart des mauvais pauvres (« assistés », « inutiles au monde »), tout en déniaient la fonction d'assistance d'État dont elle est investie, concourt à satisfaire les nouveaux indicateurs de la « qualité de l'accueil », fondés sur la durée d'entretien. Ainsi, paradoxalement la logique managériale à l'œuvre produit de « meilleurs résultats », en termes de « qualité d'accueil », en reléguant ces « mauvais »

clients (non cotisants), en sous-traitant cette mission sociale nuisible à la « performance » chiffrée⁽⁷⁾.

Si cette division du travail peut présenter certains avantages de part et d'autre, elle ne doit pas échapper à une sérieuse critique sur le principe de solidarité (consubstantiel du rôle de la Sécurité sociale conçue en 1945) et le traitement égalitaire sous-tendu par sa mission de service public. Outre les inégalités de traitement rapidement esquissées, un autre aspect de la politique managériale participant de cette stratégie consiste dans la réduction du nombre de points d'accueil sur le département enquêté. Avant 2001, la CPAM en comptait 47, actuellement il en existe 33 ; la nouvelle restructuration programmée prévoit de réduire leur nombre à 15.

Malgré les efforts réels (souvent soutenus par l'Agence régionale de santé créée en 2009) des structures socio-sanitaires précitées qui tentent tant bien que mal de pallier l'incurie de l'État social à l'égard des fractions les plus précaires des classes populaires (stigmatisées par les politiques dites de « lutte contre les fraudes »⁽⁸⁾), *in fine*, cela tend à reproduire une forme de médecine sociale, plus prosaïquement, une « médecine des pauvres ». Autrement dit, une assistance relevant plus de l'action caritative que du *droit commun social*.

Or, plus que vers des actions locales ciblées aussi louables soient-elles, c'est vers une révision globale des politiques conduites dans les organismes sociaux qu'il faudrait s'orienter. Certes, en créant des emplois pérennes pour leurs missions de services publics qui bénéficient à toutes et tous, mais aussi en reconstrui-

⁶ Après un premier déplacement à l'accueil, la liste des pièces à fournir pour une demande de CMU ou d'AME leur est communiquée au pré-accueil. La suite du traitement est renvoyée à une date ultérieure contrairement aux deux premiers niveaux d'accueil.

⁷ Parallèlement, dans le cadre de la lutte contre les fraudes, suivant le modèle de l'administration fiscale, les agents de la Sécurité sociale peuvent depuis 2008 recourir au « droit de communication » pour obtenir des informations, des documents auprès de structures tiers (banques, fournisseurs d'énergie, téléphonie...) concernant l'usager et/ou ses ayants droit, sans que leur soit opposé le secret professionnel. Ainsi, une partie de la mission d'accueil fortement dégradée reste en souffrance tandis que l'on assiste au renforcement des mesures d'investigation, au déploiement d'un dispositif d'enquête pour contrôler les usagers récalcitrants et/ou suspectés de fraude. Ce qui participe du brouillage des missions de la main droite (fonction régaliennne) et de la main gauche (missions sociales) de l'État.

⁸ Sur ce point, nous rappellerons que la fraude aux prestations sociales du régime général (usagers et professionnels de santé confondus) représente en 2013 un peu plus de 300 millions d'euros : 167 millions d'euros pour la branche maladie et 141 pour les prestations familiales incluant les minima sociaux – ex. le RSA). La fraude aux cotisations sociales (i.e. celle des employeurs) est évaluée, quant à elle, entre 20 et 25 milliards pour 2013 (<http://www.securite-sociale.fr/la-fraude-sociale>). Dans le même temps, la fraude fiscale est estimée entre 60 milliards et 80 milliards d'euros par an (<http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-la-fraude-et-l-evasion-fiscale>).

sant une nouvelle gestion démocratique du système de santé (à l'aune de ce que fut la *démocratie sociale* lors de la création de la Sécurité sociale), et en l'ouvrant à l'ensemble des acteurs concernés plutôt que de glisser dans un mouvement d'*étatisation-privatisation* qui consolidera inéluctablement la dualisation de la protection sociale.

Bibliographie

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.

ESPING-ANDERSEN G., 1999, *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF.

HASSENTEUFEL P., 2008, « La mise en place du gouvernement à distance de l'assurance maladie », in *Regards sur l'économie allemande*, n° 89, p. 27-33.

LIPSKY M., 2010, *Street level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage foundation.

MARTIN P., 2015, « L'ethos de l'État social managérial » in *Le travail à l'assurance maladie*, Rennes, PUR, p. 75-96.

MARTIN P., 2016, *Les métamorphoses de l'assurance maladie. Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

ODENORE, 2012, *L'envers de la « fraude sociale ». Le scandale du non-recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte.

SAYAD A., *L'école et les enfants de l'immigration*, 2014, éd. établie, présentée et annotée par Falaize B. et Laacher S., Paris, Seuil.

SIBLOT Y., 2006, « Recours au secteur associatif et « modernisation » des services publics en Grande-Bretagne. Désengager l'État pour revivifier la « communauté »? » in *De l'intérêt général à l'utilité sociale: la reconfiguration de l'action publique entre État, associations et participation citoyenne*, Xavier Engels, Matthieu Hély, Aurélie Peyrin (dir.) [et al.], Paris, l'Harmattan.

SUPIOT A., 2013, *Grandeur et misère de l'État social*, Paris, Collège de France/Fayard.

SUPIOT A., 2015, *La gouvernance par les nombres*, Paris, Fayard.

Le Compte Personnel d'Activité, une réforme très ambiguë!

Par le D^r Michèle Leflon

Créé par la loi El Khomri, le CPA (compte personnel d'activité) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Il se veut un des dispositifs phare en faveur des salariés dans cette loi et l'ambition était d'ailleurs de l'utiliser pour masquer d'autres mesures! Les salariés ne se sont pas laissés abuser. Ce CPA est une réforme embryonnaire, de peu de portée pratique, mais de grand potentiel de développement, un développement porteur de tous les risques même s'il peut aussi être la première pierre d'une vraie sécurité de l'emploi.

En pratique, c'est quoi le CPA?

Il réunit deux dispositifs déjà existants: le CPF, compte personnel de formation et le compte de prévention de la pénibilité et leur adjoint un compte d'engagement citoyen. En ce qui concerne ce dernier, bel affichage pour le bénévolat, il faudra attendre le décret pour en apprécier l'utilisation possible; très orienté vers les besoins de l'État, puisqu'il cite nommément dans les bénéficiaires potentiels les réservistes, il risque d'être un appui très marginal pour les associations: en caricaturant à peine, il faudra déjà avoir des responsabilités avérées et anciennes pour en bénéficier, alors que c'est dans la prise de responsabilités que se pose souvent une question conditionnelle à l'acceptation de celles-ci, la possibilité de formation!

Le compte pénibilité n'est pas changé par son intégration dans ce dispositif. Ces difficultés de mise en œuvre pourraient prêter à rire si concrètement, cela ne touchait pas des salariés usés par leurs conditions de travail: la complexité que le patronat reproche maintenant, n'a été voulue que par ce dernier, pour limiter par tous les moyens la reconnaissance de la pénibilité. Il y a effectivement un lien avec la formation, puisque 20 points du compte pénibilité doivent être consacrés à la formation, sauf pour les générations actuellement les plus proches de la retraite. Convertis en heures de formation, ces 20 points représentent 500 heures de formation, 3 à 4 mois, pas de quoi changer véritablement de niveau de qualification et échapper à la pénibilité, sauf cas particulier.

La loi El Khomri modifie le CPF: au-delà de quelques modifications relativement techniques (en-

core que...), il s'agit essentiellement de son élargissement à la fonction publique et aux travailleurs non salariés. Avant d'envisager la « philosophie » de ce CPA, un point sur le développement actuel du CPF et l'évolution des financements de la formation est intéressant.

Le CPF en 2016

D'après le ministère du travail, au 1^{er} décembre 2016, 3 708 764 personnes ont ouvert leur compte et 643 613 formations ont vu leur financement validé. Ceci en un peu moins de deux ans, puisque le CPF a été créé au 1^{er} janvier 2015. En 2009, environ 600 000 salariés avaient utilisé leur DIF pour des formations d'une durée moyenne entre 20 et 25 h. Il suffit de son numéro de Sécurité sociale pour ouvrir son compte: autant dire que le nombre de comptes créés témoigne du désintérêt ou de la méconnaissance de la mesure. La simple curiosité de vérifier que ses droits au DIF avaient bien été transmis sur ce compte aurait dû suffire à faire exploser ce nombre! En 2015, les formations ont été financées à 79 % pour des demandeurs d'emploi (il faudra attendre le début 2017 pour connaître la proportion en 2016). Dit autrement, cette réforme est un échec pour les salariés.

D'après le ministère du travail, toujours, les formations les plus demandées sont le CLEA (le socle de compétence), les formations de langues, le stage de préparation à l'installation pour les futurs chefs d'entreprise, l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience et les certificats d'aptitude à la conduite en sécurité des chariots automoteurs (CACES). Ces derniers sont des formations d'adaptation à l'emploi, qui ne devraient pas être dans cette liste. Mais cela traduit aussi la dérive: faire passer des financements de la formation des salariés vers la formation des demandeurs d'emploi.

Certes, la formation des demandeurs d'emploi est nécessaire et suppose des moyens financiers importants. Mais elle ne peut être brandie comme l'alpha et l'oméga de la lutte contre le chômage, puisqu'elle ne crée pas d'emplois! Le plan 500 000 formations pour les demandeurs d'emploi du gouvernement Hollande

se traduit par une diminution nette des durées de formation (et semble-t-il une baisse des sorties positives vers l'emploi), avec une part de formations d'adaptation à l'emploi sur emplois repérés, dans des conditions où il s'agit souvent surtout de faire financer par les pouvoirs publics la période d'adaptation d'un nouveau salarié dans une entreprise! La volonté de communication sur le nombre traduit sans doute une baisse de qualité.

Il ne s'agit pas de nier la légitimité des financements mutualisés de la formation des entreprises pour former des demandeurs d'emploi : ils auraient dû être formés avant d'être licenciés! C'est d'ailleurs tout le sens d'un dispositif progressiste de sécurisation des parcours professionnels : responsabiliser les entreprises. Mais il ne s'agit pas non plus d'aller vers un désengagement de l'État vis-à-vis des jeunes sortis sans qualification de l'école. D'autant plus qu'il y a un besoin urgent à développer la formation des salariés les moins qualifiés pour leur permettre d'affronter les changements organisationnels, technologiques, toujours plus rapides de leurs entreprises et cela sans freiner la formation continue des plus qualifiés. Si certaines dérives de formations de cadres doivent être stoppées par une vraie évaluation, la vision misérabiliste d'orienter la formation vers les moins qualifiés doit être combattue : il y va de l'avenir du développement de notre pays. Former plus les moins qualifiés est indispensable, mais il faut aussi continuer à former les autres. Cela suppose une augmentation des financements, le contraire de la loi de 2014 qui a supprimé l'obligation de financement (et la CGT estime à au moins 2 milliards d'euros la baisse prévue des masses de financement), le contraire d'une substitution des fonds des entreprises à ceux de l'Éducation Nationale ou des régions quand il s'agit de formation de demandeurs d'emploi.

Enfin, on peut craindre que le CPF, en ne finançant pas des durées suffisantes pour l'obtention d'une nouvelle qualification, ne laisse d'autres choix que le financement personnel. S'il est trop tôt pour juger de cet impact, cela ne ferait qu'accentuer une tendance déjà existante : d'après les jaunes budgétaires, même si les comparaisons sont difficiles, les bases de calcul ayant changé, les dépenses de formation financées par les ménages représentaient en 2001 3,8 % de la dépense totale de formation professionnelle en France, 3,5 % en 2009 (sur la base de calcul de 2001 mais avec seulement quelques centièmes de pourcentage de variation sur la base de calcul actuel) et 4,3 % en 2014, faisant passer en valeur absolue ces dépenses de 894 millions d'euros en 2001 à 1 366 millions en 2014.

L'objectif de sécurisation des parcours professionnels

La nécessité de faire en sorte que les évolutions professionnelles indispensables dans le contexte d'évolution rapide actuelle des métiers puissent se faire sans laisser des salariés sur le carreau, mais au contraire en leur permettant de développer leurs capacités par la formation a depuis longtemps fait l'objet de propositions progressistes, en particulier du Pcf, sous la forme de Sécurité d'emploi et de formation. La CGT propose maintenant une « sécurité sociale professionnelle ». Le développement des conséquences sociales du chômage est tel que tous parlent maintenant de sécuriser les parcours professionnels parce que l'exigence populaire en est montée!

Mais si tous en parlent, la sécurisation des parcours professionnels est synonyme, pour les tenants du libéralisme, de la flexicurité promue depuis une quinzaine d'années par la Commission européenne, en fait, le rajout d'un peu de social pour faire passer la pilule de la libéralisation complète du marché du travail et de l'allègement des protections des salariés dans l'entreprise : c'est dans ce cadre que le CPA prend toute sa signification dans la loi El Khomri. Le « social » consiste à doter chaque individu d'un capital en formation, qu'il peut utiliser à sa guise pour maintenir son « employabilité ». Comme avec le compte pénibilité, il a un capital de points. On notera d'ailleurs les transformations de l'assurance chômage, avec les droits rechargeables, encore un compte!

L'individu est ainsi renvoyé à sa responsabilité personnelle dans une société où les rapports de travail sont asymétriques. L'employeur a la liberté d'embaucher ou de licencier, d'accroître ses profits grâce au travail de ses salariés en les choisissant les plus dociles possible. Face à lui, les femmes et les hommes n'ont que le choix d'obéir pour avoir un salaire, ou de vivre dans la misère. Choix binaire, non : ils peuvent aussi se rassembler pour collectivement s'opposer à cette exploitation. Mais c'est cette porte de sortie que veut supprimer la flexicurité par l'individualisation des droits.

Pourtant, la sécurisation des parcours professionnels, pour garder ce terme admis par tous, pourrait être une avancée significative vers une société où les inégalités diminuent, où la part des actionnaires dans les richesses produites décroîtrait en faveur des salaires et des investissements, où la production serait orientée vers la satisfaction des besoins, dans le respect de l'environnement, plutôt que par la recherche du profit maximum.

Cela suppose des bons contrats de travail garantissant l'intervention collective des salariés dans la gestion de leur entreprise, permettant de maîtriser les évolutions pour les orienter vers l'efficacité sociale: c'est dans ce cadre collectif que le salarié trouvera un stimulant pour se former, cadre d'autant plus nécessaire qu'il est peu formé. Cela suppose de mettre fin au gâchis que constituent les millions de chômeurs, pour eux-mêmes mais aussi pour l'économie de notre pays: accès au crédit facilité pour les entreprises investissant pour la satisfaction effective des besoins et respectant normes sociales et environnementales, développement des services publics... Il faudrait développer davantage; ce serait sortir du cadre de cette note sur le CPA. Mais soulignons l'importance de la mise en mouvement collective dans les entreprises, dans les services publics, pour ses avancées.

Cela suppose aussi un service public de l'emploi et de la formation rénové. On pourrait imaginer, comme le fait le projet de proposition de loi du Pcf, des conventions individuelles de sécurisation de l'emploi, de la formation et des revenus, convention entre le service public de l'emploi et le jeune au sortir de sa formation initiale ou un moins jeune à tout moment de son parcours professionnel s'engageant sur un type d'emploi ou de formation avec rémunération de la formation ou de la période d'attente. Cela pourrait mettre de l'ordre dans la multiplication des « petits boulots », contrats aidés et autres contrats de grande précarité qui n'existent que parce que l'importance du chômage fait qu'ils trouvent preneurs, exerçant sur l'ensemble des salariés, leurs salaires, leurs conditions de travail, une pression pernicieuse.

Le CPA, un pas vers un lien rénové avec le service de l'emploi?

Avec pour but de créer des droits individuels garantis collectivement, non pas pour assister mais pour sécuriser le travailleur. Cela suppose, comme le fait le CPA d'attacher les droits à la personne du salarié plutôt qu'à la nature de l'employeur mais aussi de favoriser une continuité et une progressivité de carrière et de droits, même en cas de changement d'employeur ou de profession, et ce à partir d'un socle minimum acquis à l'ouverture du compte et des financements! Cela veut dire reconnaissance de la qualification. Le CPA, un pas vers une sécurisation des parcours professionnels, pourquoi pas? Même s'il y a encore du chemin à parcourir, mais à force de petits pas, de grandes distances peuvent être parcourues. Et c'est pour cela qu'aucune centrale syndicale n'a combattu le CPA, même si leurs propositions divergent. Mais parfois, le premier petit pas n'indique pas clairement la direction,

il y a hésitation. Et il pourrait s'agir, non pas de sécuriser, mais d'assister, pour la paix sociale, en sortant les débats du lieu de production des profits... et de leur versement aux actionnaires.

Le scénario noir du CPA

Car un faisceau d'indices, en ordre dispersé, permet d'évoquer une vision, au mieux de tromperie, au pire d'orientation vers un dispositif misérabiliste, enfermant les hommes et les femmes dans la recherche de solutions individuelles, tout en les culpabilisant, tout en renforçant inégalités et exploitation.

- Des faits d'abord, apparemment sans rapport, mais... La loi de finance 2016 de la Sécurité sociale a créé la protection universelle maladie, un mot pompeux pour traduire une simplification du contrôle des droits, basée sur la résidence des personnes bénéficiaires de l'Assurance maladie. Cela pourrait paraître aller dans le bon sens, mais, sous une banale opération administrative, se cache une insidieuse opération d'escamotage d'un concept par un autre: des droits à prestations sociales garantis par la cotisation sociale vers un droit à prise en charge des frais de santé garanti par le contrôle de la résidence. Le lien avec la cotisation, avec le lieu de production des richesses (et de lutte pour leur répartition) est rompu. Sans rapport, mais le numéro permettant d'accéder à son CPF est le numéro de Sécurité sociale. Sans rapport, mais la loi El Khomri a aussi généralisé le CPF!
- et puis des rapports, pas trop officiels, bouteille à la mer pour tâter le terrain. Je me contenterai de deux:

Le premier émane de la fondation Terra Nova et se veut exercice de politique-fiction: « *le bel avenir du Compte personnel d'activité* ». Il propose l'évolution du CPA vers un compte social personnel universel permettant en quelques clics d'accéder à tous ses droits. Vous pourriez aussi recevoir des messages vous conseillant une formation ou vous rappelant un examen médical et accéder à des conseillers. Car cet article vous explique longuement comment l'humain ne disparaît pas derrière le numérique et les sécurités informatiques. Il veut faire rêver, mais fait plutôt frémir, frémir devant les risques de divulgations de données individuelles, quelles que soient les sécurités, frémir à la solitude devant le numérique, car plutôt que de rêver, on peut cauchemarder devant le clic qui ne vous met plus en relation avec un humain, parce que la fois précédente vous avez discuté le bien fondé du conseil. Et en tout cas, il vous isole de vos pairs, de ceux auprès de qui vous pouvez demander conseil, un conseil non

entaché de l'autorité des administrations, de ceux avec qui vous pouvez lutter ou tout simplement partager la solidarité d'un jour de spectacle ou de fête. Et surtout il laisse entière la question de la qualité des droits! Pas un mot sur qui décide des droits. L'interrogation est entière sur la capacité des salariés à intervenir dans la définition de ceux-ci. Et on peut continuer à cauchemarder au sens de cette plateforme si un jour de crise financière, le gouvernement décidait de ponctionner tous les fonds de la formation professionnelle et réduisait à néant les droits accumulés!

Le second document est la note n° 28 du Conseil d'Analyse Économique, dont il est bien précisé qu'elle n'engage que ses auteurs (Antoine Bozio et Brigitte Dormont). Son titre: « *Gouverner la protection sociale: transparence et efficacité* ». Là aussi il est question de simplification en distinguant deux types de prestations, les prestations contributives, destinées au remplacement du salaire en cas de besoin, retraite, indemnités maladie, indemnités chômage – à financer par la cotisation – et les prestations non contributives: soins, famille, logement et exclusion (y compris pour la vieillesse et le chômage), à financer par l'impôt (ce terme recouvrant aussi la CSG). Si cette note n'aborde pas la formation professionnelle et concerne essentiellement l'Assurance maladie et les retraites, avec une vision de contrôle des dépenses (je cite: « *Cela permettrait de poser clairement dans le débat public l'évolution des dépenses de retraite, de santé, de chômage en parallèle aux évolutions des dépenses publiques de l'État et des collectivités locales.* »), elle intègre l'assurance chômage, entérine les fins de droits nécessitant aide venant de l'impôt, à l'encontre d'une Sécurité sociale professionnelle et si on utilise le même logiciel de réflexion, la formation, comme développement de l'employabilité après une rupture du contrat de travail, relève d'une prestation non contributive: cela de moins à payer pour le patronat! Que laissent supputer ces indices? Le rapprochement avec la Sécurité Sociale est fait. C'est bien. À condition de ne pas nous annoncer une Sécurité sociale professionnelle se résumant au contenu de l'actuel CPA. Il s'agirait d'une véritable tromperie, car le CPA actuel est une coquille bien vide, même si elle ne demande qu'à se remplir.

Mais il y a pire, en lien d'ailleurs avec l'évolution que les tenants du libéralisme voudraient faire subir à la Sécurité sociale: le retrait des entreprises de ces champs de responsabilité, le rêve du patronat depuis 70 ans! Ce serait un nouveau cadeau financier aux actionnaires, comme l'a déjà été la suppression de

l'obligation de financement de la formation professionnelle. F. Fillon veut supprimer la cotisation salariale Assurance maladie... pour augmenter les salaires (et il reprendra en CSG ou dégradera encore un peu plus soins et remboursements!) sans toucher aux profits. La formation professionnelle est aussi (comme l'Assurance maladie depuis l'introduction de la CSG) un mix de financement des entreprises (cotisation) et de l'État ou des régions (de l'impôt donc). Cela est légitime en permettant aux pouvoirs publics d'agir en fonction d'objectifs propres et par effet levier de faciliter certaines orientations de la formation financée par les fonds mutualisés. Mais cela ne peut être une raison pour que les entreprises se désengagent. D'autant plus que c'est dans l'entreprise que doivent avoir lieu des choix de formation: l'implication des salariés dans ce cadre, c'est aussi leur implication sur les évolutions économiques voulues, pour la satisfaction des besoins des hommes et des femmes ou pour le profit immédiat, une implication dont le patronat ne veut pas.

Le CPA à la croisée des chemins fonction des choix de société

L'avenir du CPA dépend ainsi étroitement, comme la Sécurité sociale, des choix politiques: il peut être le pansement individuel de mauvaise qualité, pour que chaque individu, solitaire, culpabilisé, tente de sauvegarder son employabilité, en espérant un soutien financier d'un État dont le seul but est la réduction des déficits publics et éventuellement la paix sociale, comme il espère pouvoir se soigner malgré des restes à charge de plus en plus élevés, sauf pour ceux qui peuvent se payer la complémentaire de luxe (qui a éliminé les « gros risques »). À l'opposé, il peut être le socle d'une Sécurité sociale professionnelle permettant de bénéficier de droits individuels à la formation, non soumis à l'intérêt immédiat du patron, dans un cadre collectif visant au développement d'emplois de qualité répondant aux besoins de la population à côté d'une Assurance maladie remboursant à 100 % les soins prescrits, financée par une réforme des cotisations patronales incitant à la qualité des emplois et évitant les jeux financiers (cotisation aussi sur les revenus financiers des entreprises). C'est étroitement lié à l'acquisition de droits nouveaux pour les salariés dans la gestion de leur entreprise: cette démocratie sociale à conquérir est nécessaire non seulement pour l'émancipation des salariés, mais aussi pour notre environnement!

Références:

<http://tnova.fr/notes/>

le-bel-avenir-du-compte-personnel-d-activite

<http://www.cae-eco.fr/Gouverner-la-protection-sociale-transparence-et-efficacite.html>

La santé au cœur des débats des enjeux politiques et les lancinants maux de crâne de François Fillon

Par le D^r Paul Cesbron

Il fallait qu'un jour la santé n'échappe plus aux débats politiques. Toute société doit en dernière analyse assurer le bien de tous. « Liberté, Égalité et Fraternité » clame fièrement notre République.

À ce titre, elle se doit d'assurer à toutes et à tous des soins de qualité. Ce qui revient à en assurer le financement, bâti sur l'impitoyable loi du marché, c'est là que le bât blesse! Et ce qui donne les pires migraines à notre ancien Premier Ministre, dévoué à la politique de Nicolas Sarkozy.

Prologue : un rêve merveilleux

Un tel antécédent après le cuisant désaveu électoral de l'ancien ami-président, ne fait cependant pas disparaître le sentiment très stimulant d'avoir un destin national. Il nécessite seulement le passage obligé dans notre vieille et démocratique Nation d'une « traversée du désert », c'est-à-dire la plus grande discrétion durant quelque temps. Mais pas la somnolence. Notre coureur de fond silencieux sait qu'un Premier Ministre peut et doit devenir « grand vizir ». Pas de victoire glorieuse sans héroïque bataille. Ses armes fourbées, il va donc la livrer dès la première manche et gagner celle-ci.

Mais là, catastrophe! S'il a battu à plate couture ses adversaires et néanmoins camarades, défendant d'ailleurs les mêmes recettes, mais dissimulant le poison sous d'autres sauces, la nocivité de cette mixture apparaîtra au grand jour. Il a dévoilé son jeu un peu tôt.

Or la composition de ce plat détestable au plus grand nombre est précisément la meilleure façon d'accommoder la Sécurité Sociale à la sauce patronale. Et notre vaillant cuisinier doit défendre sa mauvaise tambouille en en modifiant les épices. Il va ainsi se livrer courageusement à un réaménagement culinaire.

Premier acte : interview dans le journal Le Figaro le 12/12/2016

Cela fait un peu désordre, mais son autorité morale ou, pour être plus juste, son aplomb, le lui permet. « Mes détracteurs me soupçonnent de vouloir « privatiser »

(quel vilain mot) l'Assurance Maladie et diminuer les remboursements. C'est évidemment faux! »

« J'entends réaffirmer les principes d'universalité dans l'esprit des ordonnances de 1945. L'assurance maladie obligatoire et universelle, pilier de la solidarité, doit rester le pivot dans le parcours de soins dont le médecin généraliste est l'acteur clé. Elle continuera à couvrir les soins comme aujourd'hui et même, mieux rembourser des soins qui sont largement à la charge des assurés, comme les soins optiques ou dentaires ».

Nous sommes évidemment subjugués!

Nous avons heureusement été préparés à de telles déclarations par Colette Bec, professeure de sociologie à l'université Paris-Descartes (2014). Elle nous rappelait que tous les mauvais coups portés à la Sécurité Sociale, l'étaient au nom de l'attachement aux principes fondateurs de cette grande institution.

Suivent, dans cette interview explicative, quelques précisions obscures sur la « protection complémentaire appropriée sur la base de contrats homogènes bénéficiant à tous les Français et pilotée, ainsi que l'Assurance Maladie, par une Agence de Régulation et de Contrôle dans laquelle seront représentés tous les acteurs du système de santé, ainsi que les usagers ».

Nous pouvons donc être assurés que les citoyens-patients seront démocratiquement traités et « responsabilisés ». Un tel engagement moral de « l'usager-malade » sera obtenu « par la simplification des franchises, l'abandon de la généralisation du tiers-payant, la généralisation des maisons médicales, la revalorisation de la médecine libérale et la participation de l'hospitalisation privée (en particulier commerciale) aux missions de service public... ». Pas d'ostracisme s'il vous plaît!

Deuxième acte : passons aux actes

Mais il faut bien courageusement « assurer l'équilibre financier ». Pour cela il va falloir « diminuer

le prix du travail (!), *simplifier et alléger notre droit du travail* (!), *mettre le paquet sur l'alternance* (!), *sortir des 35h* (!)... ». Joli programme.

François Fillon est « *simplement pragmatique* » et philosophiquement « *attaché à la liberté, meilleur tremplin des sociétés vivantes* ». Nous sommes cette fois dans les hauteurs de la pensée.

Troisième acte: « à la fin de l'envoi, je touche »

Il est nécessaire dans de tels combats d'affirmer, avec la violence nécessaire, sa différence d'avec ses adversaires (« conservateurs! démagogues! charlatans!... »). L'exercice est cependant parfois périlleux et l'illusionnisme politique pas toujours convaincant.

François Fillon le sait mieux que quiconque bien qu'il propose avec simplicité et pragmatisme, de poursuivre jusqu'au bout vaillamment la politique de ses illustres prédécesseurs: la casse de la Sécurité Sociale.

Épilogue

Et pourtant nous pouvons et nous devons faire vivre et mieux vivre même, notre protection sociale.

Attachés viscéralement à cette considérable création sociale répondant aux exigences de justice de notre République, les communistes, et c'est une marque de fabrique, prétendent qu'en matière de santé notre Assurance Maladie peut encore et toujours s'améliorer. Ils proposent pour le quinquennat à venir le remboursement à 100 % de toutes les dépenses de santé, la disparition des franchises, forfaits de toute nature, à terme de la contribution sociale généralisée et définitivement des dépassements des tarifs médicaux conventionnés.

Vous avez dit démagogie?

Une de leurs caractéristiques, et ils ne sont pas les seuls, est de lier les progrès en santé et plus largement les progrès sociaux à la production des richesses, de toutes les richesses produites, par le travail des hommes, de tous les hommes. D'ailleurs comment pourrait-il en être autrement? D'où viendrait tout progrès?

Le travail n'est pas un coût. Il est lui-même une richesse: en particulier d'un lien créatif entre les humains. Une partie importante de ces richesses est dilapidée, créant d'insupportables inégalités facteurs de misère et de violence de toutes sortes. La création de biens nouveaux génère ce que l'on nomme la « plus-value ». Elle doit servir à toutes et à tous sans excep-

tion. C'est à cette source qu'il nous faut puiser pour tenter de prévenir les maladies et les souffrances et si elles surviennent d'apporter toujours soins et soulagements, et assez souvent aujourd'hui amélioration et guérison.

De fières ambitions

Les coûts de santé ne peuvent que progresser, c'est un excellent marqueur de progrès humain. Leur financement doit donc être une partie des salaires individuels (nous sommes encore dans une économie appelée capitaliste). Celle-ci est destinée à tous et nous la nommons cotisation sociale. C'est le principe de solidarité et d'universalité. Ce prélèvement collectif doit être géré par les représentants démocratiquement élus et renouvelés, de ceux qui l'ont versé afin de produire du mieux-être, et à cette fin seulement. C'est-à-dire hors du budget de l'État (ce qui entraîne la suppression de la loi de financement de la Sécurité Sociale). Au progrès sanitaire s'associe donc un progrès démocratique. État et patronat interviennent dans la gestion à titre consultatif. Les exigences de financement tiennent compte des niveaux de plus-value produite par les différentes entreprises.

Outre la maladie, la Sécurité Sociale assure aussi la défense et la gestion des retraites, les allocations familiales, les maladies professionnelles et accidents de travail. Ces caisses doivent être regroupées en une seule, à l'avenir autogérée comme à son origine.

François Fillon prône la poursuite d'une politique désastreuse dont nous connaissons les effets calamiteux, tout en s'en défendant. Le parti communiste français et le front de gauche proposent une avancée des libertés démocratiques, de la justice sociale facteur d'égalité et par conséquent de fraternité.

Le dossier : propositions pour 2017

Les addictions : pour une grande loi en 2017 qui tourne le dos à la répression des usagers

Par le D^r Marie-Christine Charansonnet

Les grands problèmes de santé publique sont liés à l'usage excessif du tabac, de l'alcool, de substances psychoactives responsables de milliers de décès chaque année. Des drogues licites comme l'alcool ont été reconnues aussi néfastes que des drogues illicites comme l'héroïne. L'heure n'est plus à parler des drogues en les différenciant et en les mettant en concurrence mais à les approcher dans leur globalité. De même l'approche de l'individu doit être globale, dans sa diversité. De plus en plus la société doit faire face à des individus « polyaddicts » et multiconsommateurs.

Selon les données du baromètre santé 2014 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, publiées par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) dans la revue « Tendances » n° 99 de mars 2015, on estime le nombre d'usagers réguliers de tabac à 13.3 millions ; ils sont 8.7 millions à consommer régulièrement de l'alcool et 1.5 millions du cannabis. Dans « Drogue, chiffres clés », publié par l'OFDT en juin 2015, il y a 280 000 « usagers problématiques de drogues », définis au plan européen par l'OEDT, comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne, d'amphétamines.

Une grande loi de Santé publique déclinant les addictions est nécessaire aujourd'hui. Nous sommes toujours dans le contexte législatif de la loi de 1970 qui prétend éradiquer l'usage des drogues. Elle n'a rien réglé. Au contraire, en criminalisant les consommateurs et en éloignant les usagers des dispositifs d'accueil et de soins, elle s'est avérée dangereuse. Aujourd'hui 80 % des moyens mobilisés sont consacrés à la répression. Nous sommes dans la stratégie du chiffre. Depuis 2010 les statistiques nationales ne détaillent plus les interpellations par produits. Selon « Drogue, chiffres clés », de juin 2015, en 2014 le nombre de personnes mises en cause pour usage de stupéfiants est de 176 700. En dehors des infractions pour usage, 83 % au total, les services de police et de gendarmerie, ont mis en cause 32 500 personnes pour usage-revente et trafic-revente.

Une politique de Santé publique doit asseoir sa stratégie sur des piliers fondamentaux : la prévention, la réduction des risques, la prise en charge et le soin ainsi que l'adaptation du système juridico-policié.

La prévention doit être une priorité nationale et doit accompagner l'individu tout au long de son parcours. La prévention des addictions doit se décliner au quotidien. Aussi bien au cours de la scolarité (de l'école à l'université) que pendant la vie active ainsi que dans la cité, le quartier, l'escalier...

Une stratégie de réduction des risques doit se décliner au cours de l'accompagnement des personnes dépendantes. Des politiques novatrices doivent être mises en place dans le cadre de chaque addiction. Par exemple : multiplier par deux le nombre de seringues mises à disposition des usagers de drogues par voie intraveineuse, rendre plus accessible le petit matériel d'injection en augmentant les programmes d'échanges de seringues et les lieux de distribution. La première salle de consommation à moindres risques vient d'ouvrir ses portes à Paris le 11 octobre 2016. Il est nécessaire d'en déployer sur l'ensemble du territoire qui permettra, dans un contexte d'éducation à la consommation à moindre risque, de réduire l'ensemble des méfaits, sociaux comme médicaux, liés à ces pratiques. En aucun cas l'abstinence ne doit être le préalable à la prise en charge d'un usager, quel que soit le niveau de dépendance à l'entrée dans le parcours de soins.

Le dispositif de soins pour personne dépendante, sous-doté en France, doit voir son nombre de places augmenter de manière importante pour offrir, à toutes les personnes souffrant d'addiction, les moyens d'une prise en charge adaptée. Il faut conserver la gratuité et l'anonymat pour ces personnes. Il faut tirer les leçons de l'échec des politiques répressives en France. La loi réprime dans des termes proches l'usage simple, la revente, le trafic, l'importation. Cette confusion est préjudiciable. Elle diabolise les usagers au lieu de les aider à rentrer dans un parcours de soins. C'est pourquoi il faut abroger la loi de 1970 et promulguer une loi dépénalisant l'usage des drogues.

La nouvelle loi, respectant l'usage privé des drogues, doit inclure une politique de réduction des risques en suivant les directives de l'OMS concernant l'équivalence des traitements des pharmacodépendances en milieu carcéral et dans la collectivité. Elle appuiera les initiatives qui permettent de concrétiser ce principe: les détenus doivent recevoir l'information sur les risques entourant l'utilisation de produits susceptibles de provoquer des dépendances et leurs méfaits (notamment l'alcool, le tabac, les drogues, le partage des seringues...). La loi doit permettre la distribution en milieu carcéral de condoms, du matériel à injection (seringues, filtres, cuillers), la création d'ateliers pédagogiques pour informer sur les conduites à risques en général.

« Il n'y a pas de société sans drogue » comme le soulignait par le passé la mission interministérielle des drogues et toxicomanie. Il est temps d'ouvrir un grand débat public, sans tabou, sur la place des drogues dans notre société, les moyens d'en limiter les abus, les dommages et ceux à mettre en œuvre pour prendre en charge les dépendances, dans le respect de l'individu. Les questions sur la légalisation doivent être au cœur de ce débat. Selon la 6^e édition de « Drogues, Chiffres clés » de 2014, il y a 17 millions d'expérimentateurs en France Métropolitaine parmi les 11-75 ans, dont 4.6 millions d'usagers dans l'année et 1.4 millions d'usagers réguliers. Lorsqu'une pratique aussi répandue que la consommation de cannabis qui n'est pas plus nocive que la consommation de drogues licites (alcool, tabac), défie une loi, celle de 1970, elle la décrédibilise. Cela devrait la disqualifier. La société porte en elle les changements. La pratique doit induire ceux-ci.

Nous devons nous affranchir de la vision moralisatrice de la prise en charge des personnes « addicts ».

En matière de santé, le débat ne devrait pas porter sur le bien ou le mal mais sur la meilleure prise en charge des personnes malades dans le respect de leur intégrité.

Les centres de santé en 2017 sont la réponse efficace et de qualité face aux enjeux de la médecine ambulatoire

Par le D^r Éric May, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé,
Directeur de la santé de la Ville de Malakoff

Une offre de soins ambulatoire libérale en crise

Déserts médicaux, démographie médicale en chute, désaffectation des soignants pour les soins primaires, inégalités territoriales de santé, aggravation des inégalités sociales de santé, virage ambulatoire: le modèle de la médecine libérale n'est plus adapté aux enjeux de santé publique et à la mise en place d'une politique de prévention efficace. À ceci s'ajoute l'aspiration des jeunes soignants à bénéficier des progrès sociaux pour accéder à une qualité de vie qui leur permette un épanouissement personnel.

Les centres de santé, l'alternative pertinente

• Proximité, accessibilité sociale et démocratie sanitaire

Ce sont trois spécificités des centres de santé. Polymorphes, ils s'adaptent à tous les besoins de la population en tout point du territoire: en zone urbaine comme en zone rurale, ils peuvent proposer une offre de soins de premier recours, médicale, dentaire et paramédicale mais aussi une offre secondaire et médico-technique (radiologie, biologie médicale...). Ils sont implantés au cœur des populations, des bassins de vie.

Dans le code de santé publique, les centres de santé sont définis avec précision :

- Ils ont pour missions la délivrance de soins ambulatoires, la prévention, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, la pratique de l'IVG ambulatoire et instrumentale, et la participation à la formation initiale des soignants.

- Les centres sont à but non lucratif.

- Ils peuvent être gérés par des collectivités, des mutuelles, des associations, des établissements de santé. La démocratie sanitaire s'y exprime selon une forme propre à chaque centre: élus des collectivités, élus mutualistes, membres des conseils d'administration, comités d'usagers.

- Ils pratiquent le tiers payant et doivent respecter les tarifs opposables en médecine, et de caractère social en chirurgie dentaire. Ils sont ainsi des outils d'accessibilité aux soins.

• La qualité et la sécurité des soins, une attractivité pour les soignants :

- Les centres de santé ont une pratique d'équipe basée sur la coordination des soins autour d'un dossier médical partagé et par la tenue de staffs. Elle est source d'amélioration de la qualité des soins. Protocolisée, elle est une méthode recommandée par la Haute Autorité de Santé. C'est pourquoi les jeunes professionnels voient dans les centres des structures qui proposent un exercice de la médecine pertinent et moderne.

- Les centres sont partenaires des hôpitaux, des réseaux, des médecins libéraux, des EHPAD, et des services sociaux. Ils aident à maintenir la cohérence entre tous les intervenants auprès d'un patient pour éviter évènements indésirables et ruptures de soins, à la sortie des hospitalisations par exemple. Ils œuvrent ainsi à améliorer l'efficacité et la sécurité des prises en charge des patients.

- Les professionnels de santé pratiquent une médecine *basée sur les preuves* (EBM), fondée scientifiquement. Ils sont engagés dans des processus d'amélioration de leurs pratiques et de formation continue.

- Ils pratiquent une médecine sociale qui prend en compte les patients dans leur globalité: environnement socioprofessionnel et culturel...

- Les soignants des centres sont des salariés: ils bénéficient des droits sociaux, droit aux congés maternités par exemple. C'est un élément d'attractivité pour une génération de soignants caractérisée par sa féminisation.

Les freins au développement des centres

Les centres de santé sont financés par les actes réglés par la Sécurité sociale sur la base des tarifs conventionnels des médecins libéraux. Le tiers payant et la coordination des soins sont source d'un surcoût de fonctionnement. La généralisation du tiers payant voulue par M^{me} Touraine n'est pas acquise et n'offre aucune garantie de réduction réelle de ce surcoût qui n'est

pas couvert par le paiement à l'acte des centres. Leurs actions de santé publique ne sont pas actuellement correctement financées pour assurer leur pérennité et donc leur efficacité. Les médecins des centres n'ont pas de statuts. Ils sont soumis à une réelle précarité.

La formation continue est une obligation déontologique qui s'impose aux soignants des centres. Les employeurs en assument la majorité du coût en l'absence de financements publics suffisants dédiés.

Nos propositions pour 2017 :

- Une loi de promotion des centres de santé
- Une politique active d'implantation de centres de santé dans le cadre d'un maillage de tout le territoire en articulation avec l'offre hospitalière.
- Le financement complet par la Sécurité sociale du tiers payant et de la coordination des soins.
- Le financement pérenne par l'État des actions de santé publique.
- Les créations d'une nouvelle forme juridique de centre de santé, l'établissement public de santé ambulatoire et d'un statut de praticien de soins ambulatoires de centres de santé comparable à celui de Praticien Hospitalier.

Conclusion

Les centres de santé répondent aux problématiques que pose la crise de l'ambulatoire libéral et élargissent le secteur public de santé. Ils ont vocation à devenir les pivots de la réorganisation de l'offre de santé territoriale, en premier lieu, des soins primaires, dans le cadre d'un service public territorial de santé, en articulation avec l'hôpital public et les services de prévention et prioritairement, sous la forme d'établissements publics de santé ambulatoire.

Pour une société qui s'adapte au handicap en 2017

Par Claude Chavrot

La qualité d'une société se juge à la manière dont elle considère les personnes en situation de handicap⁹. De ce point de vue, le quinquennat de François Hollande n'a pas marqué de progrès : avec la loi Macron, l'obligation d'emploi des handicapés est devenue moins contraignante!

La lutte contre toutes les discriminations et l'égalité des droits est au cœur de nos propositions. Ce n'est pas aux personnes en situation de handicap à s'intégrer à la société mais à la société de créer les conditions du vivre ensemble.

Le vivre ensemble, au cœur d'un projet de société

L'ambition d'une société ouverte, sans discriminations, est un défi devant se concrétiser dans tous les domaines de la vie : la citoyenneté, l'éducation et la scolarité, la vie professionnelle, le logement, la vie familiale, les loisirs, la culture, le sport... Et l'accès des personnes en situation de handicap à toutes ces activités, c'est aussi l'ouverture à tous de domaines parfois réservés!

Les services publics doivent être à la pointe de cette ouverture : école, université, transport... en s'en donnant les moyens. Et par exemple, l'accompagnement, à l'école, quand il est nécessaire, ne doit pas être une surcharge supplémentaire pour les enseignants, mais bien inclus dans le service public. L'article précédent développe les nouveaux services publics à créer en particulier dans l'aide à la personne.

Le service public doit aussi être la réponse aux besoins de places d'hébergement : d'après l'UNAPEI 47 500 personnes handicapées sont toujours en attente d'un accompagnement de proximité. Et 6 500 autres sont encore accueillies en Belgique faute de solution adaptée en France.

⁹ En ajoutant les personnes qui déclarent avoir un problème de santé depuis au moins six mois et rencontrer des difficultés importantes dans leur activité quotidienne ou avoir eu un accident du travail dans l'année comme définition beaucoup plus large de la population handicapée, ce nombre s'élève à 9,6 millions de personnes. (INSEE Tableau de l'économie française Éditions 2011)

La lutte contre les discriminations à l'embauche ne peut être la variable d'ajustement de questions budgétaires ou d'une soumission aux intérêts patronaux. Et, en cette année 2016, la prolongation de la dérogation donnée aux universités les autorisant à ne pas payer les pénalités qu'elles doivent au FIPHFP (Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) est un très mauvais signal. C'est au contraire un effort significatif qui doit être engagé pour la formation professionnelle des personnes en situation de handicap et leur insertion dans l'emploi, avec traduction dans le Code du travail.

Citoyenneté, démocratie : à faire vivre!

Les associations de personnes en situation de handicap sont nombreuses, diverses, en fonction du handicap, en fonction des projets portés. Cette diversité doit être soutenue, soutenue et aidée quand il s'agit d'associations organisant des services, dans un champ d'économie sociale et solidaire, pour éviter que les difficultés financières ne se transforment en mal-être du personnel, soutenue et aidée quand il s'agit de défendre les droits des personnes en situation de handicap, sans choisir qui porte la bonne parole, comme le font les actuelles ARS, décidant des représentants dignes de siéger dans leurs instances de concertation.

La santé et la protection sociale : le service public et le 100 % Sécu

Handicap ne veut pas dire maladie. Ceci dit, le recours aux soins et à la solidarité de la sécurité sociale peut être plus fréquent. Et il est le parcours du combattant, plus encore pour les personnes en situation de handicap : parcours semés d'embûches liées à l'accessibilité, au manque de formations des soignants (les personnes en situation de handicap ont autant le droit de savoir que les autres, le même droit à la dignité) pour prévenir et se soigner, parcours financièrement particulièrement difficile du fait de ressources financières souvent très faibles (un quart des bénéficiaires de l'AAH – Allocation Adulte Handicapé – vit sous le seuil de pauvreté) et d'un recours plus fréquent.

Le service public a le devoir d'accueillir sans discrimination : c'est dire tout l'intérêt du développement

de centres de santé, pour mailler le territoire de lieux d'accès aux soins primaires. Mais c'est aussi un enjeu pour les hôpitaux: que dire d'un hôpital qui traîne à mettre en place un plan de circulation permettant l'accessibilité (qui serait utile aussi pour tous les patients provisoirement peu valides)! Le financement des hôpitaux ne peut être lié à leur seule « rentabilité ». La charte Romain Jacob signée fin 2014, tant par la ministre que par les grandes associations de handicapées, la FHF, la FHP... pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées a si peu de traduction pratique, faute de moyens, que certaines associations mettent en place des questionnaires à ce sujet auprès de leurs membres.

Le 100 % Sécu prend toute son importance pour la prise en charge de tous les appareillages nécessaires: lunettes, appareils auditifs, fauteuil roulant... Le financement d'un fauteuil roulant et de ces indispensables accessoires ne peut continuer à être la recherche de financements multiples: la sécu, la mutuelle, la PCH (prestation de compensation du handicap) à géométrie variable selon les départements.

Avec le progrès technique et en particulier les technologies de l'information, les aides aux personnes en situation de handicap font des progrès considérables. Le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins ont conduit certains à y voir une source de profits à travers la « silver economy ». L'enjeu sociétal est de taille: laisserons-nous certains dispositifs susceptibles de transformer la vie des personnes en situation de handicap réservés à ceux qui en ont les moyens? Laisserons-nous certains actionnaires s'enrichir sur le dos du handicap? Pour le PCF, il ne peut en être question. Raison de plus pour faciliter l'intervention citoyenne des personnes en situation de handicap!

La situation des personnes en situation de handicap rejoint plus globalement celle des personnes en perte d'autonomie. Ces propositions quant à la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie concernent aussi les personnes handicapées.

Pour 2017, je propose:

- Établir le principe d'une société s'adaptant aux personnes handicapées.
- Soutenir les associations de handicapés.
- Renforcer le droit du travail pour les handicapés.
- Accueil des élèves et étudiants handicapés.
- Augmenter les places d'hébergement indispensable.
- Le service public et le 100 % sécu pour les soins et appareillages.

Les groupements hospitaliers de territoire : une restructuration d'ampleur

Par Jean-Luc Gibelin, directeur hospitalier

Depuis des années des réformes du système de santé s'ajoutent aux réformes sans jamais prendre le temps d'analyser la mise en œuvre de la réforme précédente. C'est une véritable accumulation que subissent les actrices et les acteurs du monde de la santé. Une certaine accélération a été donnée avec la loi « Hôpitaux, patients, santé et territoires » (HPST). Et la loi Touraine restructure en profondeur le dispositif de réponses aux besoins de santé... Ces deux textes, largement construits sur la même logique, renforcent de manière considérable le rôle et les responsabilités de la direction de l'Agence régionale de santé (DG ARS).

La modification la plus sensible est le changement de paradigme avec le passage de la gestion des établissements de santé à l'administration de la santé. Ce n'est pas une question d'intitulé. Ce n'est pas une nuance mais une modification fondamentale qui est en cours dans l'organisation des réponses aux besoins de santé de la population.

En effet, la gestion des établissements consiste à partir des réalités desdits établissements, des contraintes financières, des cadres statutaires de prendre les décisions de gestion pour assurer la réponse adaptée aux besoins de santé de la population. Administrer, c'est au contraire, avoir des règles, des procédures, des protocoles établis en dehors des réalités diversifiées des établissements et les appliquer de manière contrainte et forcée au fonctionnement des établissements.

La mise en place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) autour d'un établissement pivot en est une illustration. Il n'y aura qu'un GHT par territoire de santé, les DG ARS ayant la responsabilité de découper les régions en territoires de santé. Il s'agit d'une concentration dans une centaine de structures au plan national des mille deux cents établissements sanitaires publics et du millier d'établissements médico-sociaux publics. Ces établissements autonomes en deviendront, de fait, que des annexes de l'établissement pivot du GHT. Ce découpage par les DG ARS s'opère en plusieurs temps. La version de juillet 2016 n'est que la première étape. Une nouvelle verra le jour

en 2017 ou 2018... C'est une concentration sans précédent. Un nouvel éloignement des lieux de décisions des lieux de mise en œuvre.

Cet aspect de la loi Touraine se traduira par une restructuration d'ampleur des réponses de proximité au plan national. Les lieux de mise en œuvre des « feuilles de route » déterminées par les DG ARS vont se réduire dans la même proportion. Ces modifications impactent le fonctionnement interne des établissements sanitaires et médico-sociaux publics de manière particulièrement sensible.

Un sondage réalisé par l'IFOP à la demande d'une organisation syndicale de personnel de direction a permis de mesurer le ressenti fort des directeurs et directeurs adjoints d'hôpitaux. Ce sont près des deux tiers qui estiment que cette réforme majeure va modifier de manière négative leurs conditions de travail. Près de 60 % vivent l'instauration des GHT comme un acte de méfiance dans les actrices et acteurs de terrain.

Même la ministre s'est engagée à mettre en place une réflexion sur l'évolution du métier de directeur... Cela confirme qu'il y a bien des impacts forts de la restructuration de l'offre de soins. Les évolutions qui se dessinent peuvent s'illustrer par une concentration sur une équipe de direction resserrée sur les fonctions « régaliennes » de l'administration hospitalière (finances, ressources humaines, ressources physiques, affaires médicales, etc.) et des correspondant-e-s sur les sites qui seraient de plus en plus des cadres administratifs, techniques ou soignants...

Cela va aussi rendre de plus en plus l'exercice « multi-site » et surtout éloigner les « décideurs » des lieux de mise en œuvre... À une nuance près d'importance, les vraies décisions ne seront pas prises au niveau des établissements supports des GHT encore moins des sites annexes mais seront de fait dans la feuille de route arrêté par le DG ARS au directeur de l'établissement pivot du GHT. Au 1^{er} juillet 2016 ce sont 135 conventions de constitution qui ont été signées dans l'ignorance totale des usagers et de la population.

Et pourtant, il s'agit bien d'une condamnation sans appel de notre système d'hospitalisation publique à la française!

Hospitaliers, usagers, élu-e-s, ensemble, nous n'avons pas d'autre choix que d'entrer en résistance et mener des combats concrets au quotidien, en prenant appui sur les besoins, l'exigence de démocratie et de financement. En effet, une chose est d'acter à marche forcée la constitution des GHT, autre chose est la mise en œuvre de ces « usines à gaz »!

Au-delà des délais nécessaires à ce grand chamboulement, la force de nos réactivités plurielles réside d'abord dans notre soutien à l'expression concrète **des besoins** :

- La principale inquiétude, largement partagée, porte sur la menace de la **proximité**. Elle se concrétise, sur l'ensemble des sites hospitaliers, par le maintien des activités généralistes telles que les maternités, les services de médecine de chirurgie, les urgences et un plateau technique... Ce n'est pas seulement l'accès aux soins qui est en cause mais la sécurité des patients!

- Le « grand virage ambulatoire » prôné depuis de nombreuses années porte le « grand mirage » en matière d'économies escomptées: autant certains actes en chirurgie ambulatoire apportent un progrès et un confort aux patients; autant la généralisation sur des interventions complexes telle que les prothèses de hanche ou encore de genou, devient dangereuse ou pour le moins maltraitante! Par ailleurs la prise en charge financière est externalisée, privatisée! Il nous faut être vigilants: toutes les hospitalisations complètes sont concernées: l'obstétrique, les services de médecine... alors que les projets d'« hôtels hospitaliers » de chaînes privées vont fleurir!

- Enfin il faut démasquer cette énorme imposture: Non! Les GHT ne vont pas améliorer l'organisation des soins. Au bout c'est moins de services, moins d'activités, moins de lits et la pénurie persistante, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques, le vieillissement, la cancérologie, la psychiatrie...

Dans la même démarche, nous devons être présents sur le terrain du **financement** :

- Besoin de financement de **tous les établissements du groupement** pour maintenir les effectifs et embaucher, investir.
- Besoin de financement des opérations de coopération hospitalière déjà existantes ou en cours.
- Besoin de financement pour créer les activités répondant à de nouveaux besoins.

Cela est d'autant plus nécessaire que le regroupement des activités logistiques et techniques va siphonner les budgets hospitaliers, tant de « l'établissement-support » que tous les autres...

Démographie des professions de santé : l'urgence d'une approche nouvelle

Par le D^r Michèle Leflon

La situation actuelle est connue et dramatique : avec le départ à la retraite des derniers médecins généralistes formés avant la mise en place du numerus clausus, de plus en plus d'habitants des villes et des campagnes n'ont plus de médecins traitants ! Le débat est sur la place publique. Mais ce n'est que l'aspect le plus visible !

Comment et pourquoi cette situation ? Quelles solutions ? Ce qui suppose quelques mots sur le système de santé souhaité et les transformations nécessaires de la formation.

Une situation voulue par les tenants du capitalisme

Les débats sont cristallisés sur le déficit en médecins, mais ce sont, à des degrés divers, toutes les professions de santé qui sont touchées. Toutes les spécialités médicales sont frappées avec mention spéciale pour certaines : outre la médecine générale, les spécialités à visée préventive : médecine du travail (un bon prétexte pour la casser à travers la loi El Khomri), la médecine scolaire. Mais aussi les psychiatres - peu utiles si on veut se contenter de normaliser les comportements plutôt que de soigner - et les spécialistes « clé » dont l'absence aide à justifier les fermetures de services ou d'hôpitaux (gynéco, anesthésistes, urgentistes). Le déficit touche toutes les régions, avec des inégalités intra-régionales : les villes universitaires sont mieux pourvues que les zones rurales et les banlieues.

Le déficit est souvent plus masqué pour les autres soignants : les suppressions de postes dans les hôpitaux rendent improbable le CDI à la sortie de l'école de sage-femme ou d'aide soignant, justifiant des réductions de quotas alors même que le travail existe, à défaut de l'emploi : le burn-out menace tous ceux et celles qui travaillent !

Le manque de médecins est lié à plusieurs causes :

- Le numerus clausus instauré en 1971 par consensus entre le gouvernement qui considérait que les dépenses de l'Assurance maladie étaient trop importantes et les syndicats corporatistes car ce qui est rare est cher ! Dès le début, le Pcf s'y était opposé.

Tout en installant la pénurie, le NC a renforcé la ségrégation sociale

- L'augmentation des besoins (évolution démographique, vieillissement de la population, progrès scientifique ...)

- L'évolution des pratiques professionnelles avec en particulier la féminisation : Il est apparu la notion prioritaire de « confort de vie et d'exercice », très légitime.

L'objectif des capitalistes est atteint : rendre les soins remboursables plus rares et favoriser le secteur non remboursable. Le reste à charge RAC (« franchises », complémentaires, dépassements, dépenses directes) pour les patients croît fortement !

Des professionnels pour quelle société, pour quel système de soins ?

Pour une société qui réponde aux besoins !

Cela passe par des structures publiques de proximité, avec un maillage du territoire donnant la priorité à la prévention et aux soins primaires. À l'opposé de la vision libérale du développement de l'ambulatoire pour diminuer les dépenses hospitalières, il faut plus d'hôpital pour plus de soins primaires de meilleure qualité ! Plus d'hôpital, parce que les médecins généralistes ont besoin d'être soutenus par un hôpital proche, plus d'hôpital, parce qu'il ne s'agit pas pour lui de se désengager des suites d'hospitalisation sur le médecin généraliste, mais de coordonner avec lui les parcours de soins ... La coexistence entre service public et exercice libéral de la médecine est un des fondements du consensus social dans notre pays. Cette liberté a prouvé son échec dans sa capacité à répondre aux besoins de la population. La dualité public/privé historique de notre pays est traversée par le développement du libéralisme et l'offensive capitaliste tendant à ce que ce soit le privé qui l'emporte sur le service public avec des nouvelles formes : ce n'est plus la clinique familiale, mais des chaînes de cliniques cotées en Bourse, les mêmes évolutions dans les laboratoires d'analyse médicale par exemple et cela partout en Europe, avec des mixités voulues contribuant à faire perdre tout repère.

Face à cette offensive libérale, il faut développer le service public, seul à même de répondre véritablement aux besoins de la population, avec d'autant plus de facilité que cela correspond aux attentes d'une part de plus en plus importantes de jeunes professionnels qui souhaitent être salariés. Un véritable service public de santé primaire doit être développé en commençant là où la médecine libérale ne répond pas aux besoins et l'état ne peut se décharger sur les collectivités, les mutuelles, les associations, de la responsabilité de créer des centres de santé. Il peut pour ce faire s'appuyer sur l'hôpital public.

Ce service de santé primaire doit pouvoir travailler largement avec l'université pour développer enseignement et recherche. Répondre aux besoins des populations suppose une véritable démocratie en santé, avec le retour à des élections à la sécu, la mise en place de structures territoriales de véritable recueil démocratique des besoins et d'évaluation des réponses apportées, avec synthèse à l'échelle régionale et évidemment aussi la prise en charge financière avec le 100 % Sécu.

Des propositions complémentaires et offensives

Tout d'abord, ce qui devrait être une évidence : les médecins doivent avoir les mêmes droits que les autres salariés, pas plus, mais pas moins non plus (dans le temps de travail...) et il n'est pas juste de faire payer aux jeunes générations médicales (en particulier féminines) l'incurie des décisions politiques antérieures.

Proposition 1 : le numerus clausus doit être supprimé.

Sa suppression ne règle pas tout... mais cela fait 20 ans que cet argument est utilisé pour le maintenir, avec les conséquences que l'on voit ! Pas plus en médecine qu'ailleurs, la sélection à l'université n'a de justification, à part la volonté patronale d'adaptation des formations aux emplois actuels et d'élitisme. Il y a par contre nécessité d'en organiser la suppression pour que les études se passent dans de bonnes conditions avec des moyens nouveaux pour l'enseignement théorique et le développement des lieux de formation pratique en lien avec la priorité mise sur les soins primaires.

Proposition 2 : l'État doit développer un service public territorial de santé.

Cela ne peut être laissé à la bonne volonté des collectivités territoriales, avec toutes les inégalités que cela engendre, en lien avec les choix politiques ou les possibilités financières. C'est à l'État d'assumer cette responsabilité : il peut pour cela s'appuyer sur le réseau des hôpitaux publics comme structure porteuse

de centres de santé mais il doit en assurer les investissements nécessaires et le fonctionnement doit être garanti pour répondre aux besoins de soins et de prévention à travers un financement de la sécurité sociale affranchi du paiement à l'acte. Responsabilité de l'État, seule à même d'assurer des implantations de centres de santé partout où nécessaire, mais accompagnée d'une gestion sous contrôle démocratique des personnels, des usagers et des élus, indispensable pour garantir que la structure réponde bien aux besoins.

Proposition 3 : des formations à la hauteur des enjeux du XXI^e siècle

- Il faut augmenter le nombre de professionnels formés : les prévisions des besoins doivent tenir compte des besoins non couverts, car non financés (des sages-femmes sont au chômage parce qu'on ferme des maternités!). De plus il y a des besoins nouveaux, du fait de l'augmentation de la population, de son vieillissement, des progrès médicaux, avec le développement de nouvelles techniques nécessitant du personnel et la transformation de maladies mortelles en maladies chroniques. Enfin, la santé comme bien public mondial est un concept qui évolue et dans ce cadre-là, il serait légitime d'assurer la formation d'effectifs médicaux supplémentaires, supérieurs aux besoins nationaux en mettant en place des programmes internationaux de coopération, plutôt que de capter les capacités médicales des pays pauvres.

- Les études médicales doivent être repensées autour de trois pistes de réflexion :

a) Le début des études doit permettre un haut niveau scientifique, mais aussi en sciences humaines, un début commun avec un spectre élargi de débouchés.

b) La poursuite des études médicales ne devrait pas être la juxtaposition de spécialités enseignées par des hyper-spécialistes, mais une approche globale, qui serait facilitée par la promotion d'enseignants de médecine générale.

c) La démocratisation des études de médecine passe par la suppression du numerus clausus, la transformation des contenus du début, l'allocation d'autonomie de la jeunesse et une généralisation de contrats d'engagement de service public sous des formes à discuter. La démocratisation des études est aussi un enjeu pour une meilleure répartition des médecins dans la ruralité et les banlieues.

- Toutes les professions de santé méritent réforme de leurs formations : par exemple, la transformation du référentiel des études d'infirmiers en 2009 est la

traduction d'une vision réductrice de la profession, adaptation à la nécessité de faire des actes protocolisés, plutôt que formation globale permettant de comprendre ce que l'on fait.

Proposition 4: la coopération pour la mise en réseaux et la construction de parcours de soins.

Le développement de maladies chroniques, le vieillissement de la population avec la multiplication des polyopathologies, nécessitent la mise en place de parcours de soins. Mais dans la situation actuelle, la recherche des actes les plus rentables, que ce soit en ville ou en hospitalisation, les coupes sombres parmi les personnels assurant le relationnel, jugé inutile (les secrétariats en particulier) rendent impossible les coopérations au seul service des malades! Cette logique doit être inversée: elle correspond à la fois aux besoins des patients et aux aspirations des jeunes générations: le travail en équipe permettant à la fois échange de connaissance et meilleur respect d'un partage vie professionnelle/vie privée. Le développement du service public, avec la multiplication de centres de santé, des financements plus globaux, est le moyen de ces coopérations indispensables.

Proposition 5: la démocratie au cœur du fonctionnement

Répondre aux besoins de la population ne peut se faire en dehors d'une démocratie en santé poussée seule à même d'éviter de fausses réponses. Et les questions à débattre sont multiples: Évaluer les besoins en prévention, en soins, est sans doute la question centrale avec son corollaire, l'évaluation des réponses apportées.

Avec déjà une première problématique: quand on parle satisfaction des besoins, de quels besoins s'agit-il? Des soins jugés nécessaires par les professionnels ou des besoins exprimés par la population? Un débat qui peut s'illustrer à travers la question des urgences réelles et des urgences ressenties. Et il y a à apprendre dans ces échanges tant pour les professionnels que pour les usagers!

Mais les enjeux du XXI^e siècle apportent aussi leur lot de problématiques:

- Quelle place pour les technologies du numérique? Leur utilisation au service de l'austérité budgétaire, du contrôle des personnels et des populations, pourrait faire oublier les potentialités nouvelles qu'elles peuvent ouvrir pour autant que l'on n'oublie pas qu'il ne s'agit que de technologies et que l'Homme malade a besoin d'humain d'abord!

- Quels nouveaux métiers? Le développement de la prévention, l'éducation à la santé, la coordination des soins, le développement de nouvelles technologies au service de la surveillance des maladies chroniques ou de la prévention de la perte d'autonomie, autant de champs (et il y en a d'autres) qui nécessiteraient de nouveaux métiers. Le débat doit avoir lieu en sachant que ce ne peut être une médecine au rabais faisant faire des actes médicaux à des professionnels formés sur le tas et sous payés sous prétexte de pallier le manque de médecins.

- Quelle liberté de prescription? La crainte d'une limitation de celle-ci est pour certains un frein au développement du salariat. Mais la sécurité sociale surveille aussi! Cela pose la question de la HAS et du développement de protocoles (particulièrement incongrus en psychiatrie), de la nécessité de l'indépendance scientifique par rapport au politique: de vrais débats démocratiques sont nécessaires.

Proposition 6: la régulation de la répartition des professionnels de santé ne peut être la répartition de la pénurie!

Il y a urgence et la seule suppression du numerus clausus n'est pas la solution immédiate, sauf qu'elle peut redonner espoir et autoriser des mesures transitoires. Ce peut être par exemple l'association de médecins libéraux proches de la retraite à des nouveaux centres de santé, à charge pour eux de transmettre leurs connaissances à des jeunes en fin d'études ou jeunes diplômés à qui on demanderait, en échange, un engagement de deux ou trois ans, assurant ainsi aux uns et aux autres une bonne qualité de vie et de travail. D'autres formes d'engagement des jeunes vers les zones les plus en difficultés, les spécialités les plus déficitaires peuvent être trouvées: même si les études de médecine sont longues, la date du diplôme n'est que rarement celle d'une installation ou prise de fonction définitive.

À la seule régulation financière proposée aujourd'hui, il faut adjoindre l'attrait du travail: celui du travail pluridisciplinaire, du respect de la durée du travail, du soutien administratif, permettant que le travail des médecins soit un travail médical et non parasité par de la paperasserie ... C'est cela que pourrait offrir un service public organisant les soins avec un maillage territorial de structures, hôpitaux et centres de santé, avec par ailleurs des possibilités pour les professionnels de changement d'activité dans une sécurité d'emploi et de statut. Il y a urgence aussi à attirer et à garder les médecins dans les hôpitaux publics, là aussi par la qua-

lité des conditions de travail (privilégier l'intérêt des malades plutôt que le budget de l'hôpital, donner des droits d'intervention aux salariés dans la gestion...) et par un rééquilibrage des revenus des médecins, entre spécialités et entre public et privé.

Proposition 7: financer le service public et aller vers le 100 % sécu serait une économie

Il s'agit là à peine d'une provocation: de la prévention, des soins primaires bien coordonnés avec des possibilités d'hospitalisation dans la proximité pour toutes les pathologies courantes, c'est éviter bien des retards de soins coûteux! Décharger un médecin des tâches administratives, c'est lui permettre de prendre en charge plus de malades.

Le 100 % Sécu, c'est à la fois économiser la double gestion sécu/mutuelle (et celle des mutuelles est beaucoup plus chère) et économiser sur des retards de traitement liés à des restes à charge. Les choix contraires faits actuellement sont autant ceux de l'austérité que de la privatisation, de la marchandisation des soins et de la protection sociale.

En conclusion, il n'y a pas de fatalisme à ce que la pénurie de personnels de santé perdure, si on s'en donne les moyens, en particulier dans le développement du service public comme le montre les pistes de travail évoquées ci-dessus. C'est un choix de société.

Avec mes remerciements pour le groupe de travail sur la démographie médicale de la commission nationale santé et protection sociale du PCF, qui a aidé aux réflexions ci-dessus.

La révolution numérique dans la santé : un enjeu politique

Par M^{me} Christiane Caro, infirmière

La révolution numérique envahit et révolutionne toutes les activités humaines : l'organisation, les contenus, les formations, les rémunérations du travail mais aussi la recomposition des métiers. Le numérique va prendre une place grandissante dans la formation des médecins par la simulation informatisée, la réalité virtuelle. Ces changements provoquent l'arrivée d'entreprises de la création numérique et multimédia sur les campus universitaires, pour être au plus près de l'exercice de la médecine. C'est là où les médecins apportent une telle capacité de modélisation des savoir-faire que de très grands gains de conception se dessinent. Cette intrusion dans les domaines de la santé suscite l'appétit des multinationales du médicament, de la téléphonie.

Elle pose un certain nombre d'interrogations d'autant qu'elle s'inscrit dans un cadre d'austérité des dépenses de santé qui perdure depuis de nombreuses années. Déjà en 2008, le rapport établi par le D^r Pierre Simon et M^{me} Dominique Acker du Ministère de la santé et des Sports sur la place de la télémédecine dans l'organisation de soins indiquait qu'elle pouvait « être un bras de levier puissant pour conduire la restructuration de l'organisation des soins voulue par le législateur dans la loi HPST, dite Loi Bachelot ».

Le courage politique nécessaire à la prise de décisions faisant toujours défaut pour effectuer des réformes de financements de la santé et de la protection sociale, la ministre de la santé considère l'e-santé, la télémédecine, les technologies d'information et de télécommunication santé comme des opportunités idéalisées. Censées répondre aux besoins de santé en particulier dans les secteurs exigeant le plus de personnel. Marisol Touraine, voudrait nous persuader qu'elles «...doivent nous aider à faire face au vieillissement de la population. Elles sont un outil pour mieux prendre en charge les maladies chroniques... Les personnes atteintes de maladies chroniques pourront accéder à une consultation personnalisée sur leur Smartphone. Les jeux vidéo seront utilisés pour l'éducation thérapeutique ». Mais cette volonté de développer ce progrès outre le contexte d'austérité, ne peut constituer à lui seul des réponses aux déserts médicaux, à l'insuffisance du numerus clausus qui doit être augmenté, à l'accès aux

soins des personnes en perte d'autonomie et/ou en grande précarité voire de pauvreté, secteurs où la solitude voire le rejet, exigent encore plus d'interventions Humaines qualifiées.

Des questions subsistent sur la garantie du secret médical lors de l'usage des transmissions médicales par internet, sur la réalisation d'actes médicaux par des non-médecins, sur les réponses à ces téléconsultations dans les hôpitaux de référence dans un contexte de manque de médecins spécialistes surchargés de travail dans les hôpitaux de référence. Il constitue un enjeu de pouvoir et de profit entre entreprises et entreprises. En réunion du Conseil stratégique des industries de santé, le Président du G5 Santé (les 8 principales entreprises françaises de la santé : BioMérieux, Guerbet, Ipsen, LFB, Pierre Fabre, Sanofi, Servier et Théa.) souhaitait «...aller plus loin et mettre en place les adaptations indispensables de notre système de soins... Il ne faut pas oublier que de nombreux produits innovants et beaucoup d'usages du numérique sont des leviers d'efficacité puissants, des moyens d'obtenir des économies importantes, à condition d'anticiper, de réorganiser et de mettre en place les parcours de soins adaptés ».

La récente Loi santé rend possible l'ouverture de toutes les données anonymisées de la Sécurité sociale et de celles des hôpitaux. Alors qu'elles constituent un patrimoine unique : la France est la seule Nation à posséder une telle richesse à laquelle nous avons contribué par nos cotisations sociales. Il faut donc pouvoir maîtriser leur destination et leur utilisation pour qu'elle ne soit pas gaspillée ou confisquée. Faits aggravants, la Loi ne traite pas les questions de l'utilisation de nos données, de la transparence fiscale ou sociale. Or, les géants de l'Internet comme Google, Amazon, Apple ou Facebook sont reconnus pour pratiquer l'optimisation voire l'évasion fiscale. La ministre de la Santé et le gouvernement ont donc décidé de laisser ces multinationales poursuivre leurs choix boursiers au détriment des réponses de santé de la population. L'utilisation est souhaitée par les assurances qui veulent la remise en cause de la mutualisation du risque, fondement de la Sécurité sociale en transférant les questions de santé, responsabilité de la société, sur celle de l'individu. De

même, les DRH sont intéressées pour effectuer des embauches performantes voire discriminantes.

Mais à qui devrait-il profiter? La CNIL et la Cour des Comptes s'affrontent sur la question des contrôles. Les possibilités de repérer les substances dangereuses en croisant ces millions de données et celles des avancées médicales considérables motivent la CNIL pour un contrôle en amont. La Cour des Comptes, elle, considère qu'il s'agit d'un enjeu économique, défend au contraire un contrôle a posteriori avec un pillage de données publiques par les industries pharmaceutiques notamment!

L'absence d'une volonté gouvernementale de construire démocratiquement l'avenir industriel, le développement du numérique avec les organisations syndicales, politiques, parlementaires, acteurs et théoriciens de la révolution numérique est aggravée par une volonté de permettre une pénétration des multinationales ou des entreprises privées dans le secteur de la santé publique, bien commun.

Or, l'État doit avoir un rôle déterminant pour que ces technologies évaluées en milliards d'euros soient protégées et que l'appât du gain ne prenne le pas sur les besoins réels de santé.

La révolution numérique rend possible la réduction massive du temps de travail, la Sécurisation des parcours de professionnels [*Sécurité/Emploi/ Formation*], le financement de la Sécurité Sociale. Il est urgent de s'approprier le numérique pour construire une société où le développement économique et social permettra de respecter l'humain.

Aussi je propose pour 2017 :

- Garantir la protection des données anonymisées de la Sécurité sociale et des hôpitaux, le contrôle démocratique de leur destination et de leur utilisation.
- Une loi de santé pour mettre un terme aux trafics d'influence, garantir l'indépendance des experts des agences de contrôle, assurer la protection des lanceurs d'alerte.
- Urgence de sanctuariser le bien commun de la santé en replaçant l'éthique au cœur des formations, des pratiques médicales au service du patient.
- Engager un contrôle citoyen sur l'utilisation du numérique dans la santé associant les organisations syndicales, politiques, acteurs et théoriciens de la révolution numérique.
- Prise en charge des objets connectés prescrits par le médecin.

Enfin une éducation à la santé

Par le D^r Éric May

L'accès à la santé ne se résume pas à l'accès à la seule médecine curative. Les dimensions préventive et éducative de la santé ont été depuis trop longtemps mésestimées en France. Il n'est qu'à voir le peu de temps qui leur est consacré dans la formation médicale initiale des professionnels de santé. La politique de santé publique est ainsi réduite depuis des années à sa plus simple expression, portée à bout de bras par des acteurs courageux mais abandonnés et épuisés : la médecine scolaire et la Protection Maternelle et Infantile sont vidées de leurs forces vives et doivent faire face à des problématiques toujours plus lourdes avec toujours moins de moyens (renoncements aux soins qui touchent les enfants des familles vulnérables, maladie carieuse, obésité infantile, addictions et troubles psychiatriques chez les adolescents)...

Et comment ne pas constater les résultats insuffisants des campagnes de prévention et de dépistage à l'exemple des campagnes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal ? L'une des observations récurrentes rapportées est l'absence d'adhésion à ces campagnes des usagers socialement les plus vulnérables auprès desquels les méthodes d'information classiques ne sont pas efficaces.

Quant à l'explosion des maladies chroniques, elle nécessite la mise en place de programmes d'éducation à la santé. Ils sont aujourd'hui inexistantes ou limités à des expériences d'éducation thérapeutiques de dimension locale intéressante mais sous-financées ou au contraire à des opérations qui s'apparentent plus à des campagnes de communications institutionnelles dont l'efficacité reste limitée. Citons l'étude SOFIA, expérience de « disease management » financée par la CNAM, de « coaching téléphonique » de patients diabétiques dont les résultats sont déjà très controversés car limités en regard des moyens déployés.

Enfin que dire de l'éducation à la santé, de la prévention des troubles de l'équilibre et nutritionnels chez les personnes âgées et dépendantes, sinon qu'elles sont inexistantes. Seule une politique de santé publique ambitieuse qui associe éducation à la santé, prévention et promotion de la santé pourra répondre aux enjeux de santé publique d'aujourd'hui et de demain.

Elle devra pour toucher efficacement toutes les populations :

- Être financée à la hauteur des besoins, par l'État et la Sécurité Sociale.
- S'appuyer sur les compétences des acteurs médico-sociaux de terrains : associations de quartiers, d'usagers, structures et services médicaux de prévention, associations de dépistage des cancers et réseaux de prise en charge des maladies chroniques, services de PMI, médecine scolaire, Centres de lutte anti-tuberculeuse, centres de santé, services de santé des collectivités, médecins libéraux.

Nous demandons :

- Mise en place d'une politique de santé publique nationale qui prenne en compte les spécificités régionales et territoriales, en s'appuyant sur les données des observatoires régionaux de la santé, qui soit déclinée localement, sous pilotage régional.
- Développer l'enseignement de la santé publique et de la prévention dans le programme de la formation initiale des médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes et des paramédicaux.
- Inscire la santé publique dans les programmes de Formation Médicale Continue (DPC).
- Inscire l'éducation à la santé au programme scolaire des enfants dès leur plus jeune âge, puis au programme des collégiens et des lycéens.
- Former les professeurs des écoles, des collèges et des lycées à l'éducation à la santé.
- Donner les moyens nécessaires à la médecine scolaire, universitaire et de PMI, à la médecine du travail pour qu'elles puissent remplir leurs missions respectives.
- Revaloriser les statuts des médecins de prévention et de santé publique.
- Financer par des fonds publics et par la Sécurité sociale les actions collectives de santé publique et d'éducation à la santé pour en assurer l'efficacité et la pérennité.
- Mettre en place un plan de prévention individualisé (PPI) comportant des bilans de prévention et de dépistage tout au long de la vie d'une personne.
- Développer une politique de prévention spécifique des risques liés à l'âge et à la dépendance.

- Faire de la mutualité un acteur de la prévention et de la promotion de la santé.
- Redéfinir les statuts et les missions des organismes et des acteurs médico-sociaux de terrains intervenant dans le champ de la santé publique.

Nous proposons concrètement :

- Mise en place d'une politique de santé publique nationale.
- Développer l'éducation à la santé dans le programme de la formation des professions de santé.
- Inscrire l'éducation à la santé dans les programmes scolaires.
- Former les professeurs à l'éducation à la santé.
- Donner les moyens nécessaires à la médecine scolaire, universitaire et de PMI, à la médecine du travail.
- Faire de la mutualité un acteur de la promotion et de l'éducation à la santé.

Luttes émancipatrices des femmes et santé en 2017

Par le Dr Paul Cesbron

Lorsque les luttes multiséculaires des femmes, méconnues, étouffées et même niées, contre la domination masculine et leurs revendications à l'autonomie, portées par les grands mouvements d'émancipation des XIX et XX^e siècles apparurent justifiées, le basculement anthropologique qu'elles entraînaient, se transforma avec une puissance inouïe sous nos yeux en une volonté définitive d'affirmer l'égalité universelle des droits entre les femmes et les hommes.

Cependant tout recul de quelque forme d'oppression que ce soit, entraîne inéluctablement des tentatives multiformes, parfois violentes et provisoirement victorieuses de restauration de l'ordre ancien. Nous en sommes là. Blessé, traqué, le vieux fauve n'en est pas moins encore dangereux.

Aussi, la période de transition que nous vivons justifie le plus ferme soutien aux acquis transformateurs, à leur consolidation et à leur extension.

Droits des femmes et libre disposition de leur corps et de leur vie

Les violences faites aux femmes sont persistantes et font parfois resurgir les formes exacerbées de la domination masculine. Face aux prodiges créatifs de la découverte de l'autre, personne singulière, dont l'unicité décille nos regards, aiguise notre soif de connaissance et brise notre étouffante gêne individuelle, persistent encore les vieux et désastreux désirs de possession, de captation et de puissance dominatrice. Ces violences physiques et psychiques : harcèlements, coups, viols, misogynie proclamée ou latente et mariages forcés, doivent être condamnées par le droit et sanctionnées par la loi (29 juillet 2010).

Les femmes, au moins 10 % d'entre elles, victimes de ces violences doivent désormais connaître leurs droits et bénéficier d'un fort soutien pour les faire respecter. L'échec culpabilisant d'une relation amoureuse, se transformant en son contraire violent, nécessite la mise en place à la fois de lieux d'écoute accessibles à toutes et de dispositifs d'accueil et de protection ainsi que de mesures pénales contre toutes les formes d'agression. Les lois obtenues à ce titre par la poursuite

des luttes des femmes n'ont de réelles capacités transformatrices que si elles bénéficient des moyens nécessaires à leur application.

La prostitution

Quant à la marchandisation du corps des femmes, elle est la forme la plus sournoise mais aussi la plus abjecte de l'économie de marché. Elle identifie en effet la vente nommée « *libre* » par antiphrase, de relations sexuelles, parfois violentes, ou « *mieux* » encore de réponses aux besoins affectifs de personnes victimes de toutes les formes d'isolement social, à la vente « *libre* » de sa force de travail, corps et conscience compris, propre au « *marché du travail* ».

Si la répression sans faille de toute forme de proxénétisme et du commerce du sexe, est souvent assimilée aux formes les plus odieuses de la morale bourgeoise, c'est en raison même de la domination idéologique des courants dits « *libéraux* » et par conséquent de l'identification du marché « *libre et non faussé* » à la liberté des personnes. Cette tradition philosophique initiée au XVIII^e siècle rend consubstantielle la liberté et l'économie de marché.

La contraception

« *Si la fécondité est le lieu central de la domination du masculin, il s'ensuit que la prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité, revient pour elles à sortir du lieu de la domination* » (2002, Françoise Heritier).

Il est cependant assez clair qu'un tel progrès n'est pas lié à la « volonté généreuse » des firmes qui ont mis au point les procédés modernes de la contraception. La portée de cet acquis considérable est principalement, sinon exclusivement liée aux luttes d'émancipation des femmes. Désormais, les femmes et par conséquent les couples, quelle que soit leur nature, passagère ou durable, possèdent les outils leur permettant de décider librement de transmettre ou non la vie. Et c'est aux femmes que revient en premier ce choix. Choix, liberté et responsabilité nouvelle et considérable, rehaussent l'humanité. Il nous revient politiquement d'en faire une réalité sociale et personnelle.

Après l'obtention en 1967 de l'autorisation (!) de fabrication, de vente et de prescription des moyens contraceptifs modernes, il est rapidement apparu que toute politique de prévention des grossesses non désirées nécessitait un accès simple, libre et remboursé à la contraception. Sont alors mis en place des Centres d'information sexuelle. La Protection Maternelle et Infantile voit ses missions étendues à l'information et à la prescription de la contraception, et un Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle est créé au niveau national.

Et bien, ce n'était pas suffisant! En effet, c'était méconnaître ou sembler ignorer les pouvoirs des firmes du médicament à imposer leur prix à un appareil d'État très ouvert à ses arguments « *économiques et scientifiques* ». Sous le prétexte d'amélioration des produits, le déremboursement s'est imposé en raison des tarifs exigés par ces fabricants, dès le début des années 80. Et les déclarations vertueuses ont été sans effet sur cette « inéluctable tendance » mise sur le compte des premiers soubresauts de la crise économique. La contraception gratuite des centres de Protection Maternelle et Infantile a presque totalement disparu. Pire, les fortes pressions des firmes ont permis de diffuser des contraceptifs nouveaux, plus dangereux que les précédents, accroissant par exemple les risques cardiovasculaires.

Il est donc impératif de revenir à la gratuité ou au remboursement à 100 % de la contraception, d'améliorer son accessibilité à toutes et à tous, ainsi que la formation des professionnels de santé, l'information aux jeunes dans les collèges et les lycées et aux adultes.

Enfin, la stérilisation doit être offerte comme une alternative à la contraception à des adultes femmes et hommes, souhaitant une contraception définitive, quel que soit par ailleurs leur statut conjugal ou sexuel.

L'interruption volontaire de grossesse

Autre acquis participant à la libération des femmes du joug de la domination masculine, l'accessibilité de l'interruption volontaire de grossesse. Elle reste fragile du fait de la combativité encore non négligeable de groupes de pression réactionnaires à masque religieux, populationnistes, en fait défenseurs de l'ordre ancien et de son patriarcat, mais aussi de résistances professionnelles, des limites de la loi de juillet 2001 et des fermetures, regroupements et fusions des hôpitaux. Les techniques médicamenteuses ambulatoires, autorisées hors des unités d'orthogénie, sont désormais étendues aux pratiques des sages-femmes et organisées dans le cadre de réseaux de soins. Elles ne doivent cependant

pas être imposées aux femmes ni servir de prétexte à la fermeture des Unités hospitalières de planification et Interruption volontaire de Grossesse. Leur accessibilité géographique, leur disponibilité, la qualité de l'écoute des femmes et du respect réel des choix de celles-ci sur les techniques utilisées, constituent des exigences permanentes.

Les difficultés d'accès, résistances professionnelles et fermetures de sites entraînent aujourd'hui quelques milliers de femmes vers des centres situés dans les pays voisins. Ce scandale pèse principalement sur les plus jeunes, les plus seules et les grossesses les plus tardives. Il reste encore de rudes batailles à mener pour faire respecter la loi et l'élargir à toutes les demandes d'avortements, jusqu'à la date de viabilité fœtale.

La liberté de choisir les conditions d'accueil des nouveau-nés

Les connaissances et pratiques obstétricales ont accompli plus de progrès au cours des 50 dernières années que lors des très nombreux siècles précédents. Le suivi de toute grossesse est en moyenne de plus de 9 consultations, 4 échographies, 10 examens de laboratoire, et permet aujourd'hui de prévoir avec une excellente précision le terme, le poids de l'enfant, sa santé ainsi que celle de sa mère. Il est donc possible d'orienter, dans le cadre des réseaux de soins de périnatalité, les futures mamans vers la maternité dont les capacités techniques et humaines répondent le mieux aux impératifs de qualité de son accouchement et de l'accueil de son ou de ses enfants. Plus de trois quarts des accouchements sont strictement physiologiques si l'on n'intervient pas artificiellement dans leur déroulement par déclenchement et assistance médicalisée du travail ainsi que par anesthésie péridurale.

Par ailleurs, la naissance, évènement fondateur de la reconnaissance de la singularité, nécessite à la fois le respect de l'intimité de la femme, mais aussi la proximité des siens. Nous devons donc lutter pour maintenir des maternités de proximité (niveau 1 et niveau 2) pour sauvegarder les rapports entre la cité et la naissance, fondatrice de lien social. Elles doivent assurer plus de 80 % des naissances et être dirigées par les sages-femmes, premières professionnelles de la naissance, en étroite collaboration, non dépendantes, avec les services de gynécologie. Les alternatives à l'hospitalisation doivent être soutenues: maisons de naissances et accouchements à domicile, par les réseaux de soins en périnatalité et en lien avec des maternités de proximité.

Enfin, il faut assurer aux maternités de niveau 3 destinées à accueillir les femmes et leurs bébés, présentant les uns et / ou les autres des pathologies justifiant un personnel et un matériel très spécialisés: grandes prématurités, malformations, pathologies maternelles, etc., à la fois des conditions médicales optimales et les qualités d'accueil, d'accompagnement et de soutien propres à ces situations angoissantes, douloureuses et parfois tragiques.

L'absolu respect des orientations sexuelles des personnes

L'hétérosexualité, la fidélité conjugale, le caractère définitif du mariage hétéro ou homosexuel ne sont plus les modèles de vie unique, imposés jusque-là par de nombreuses sociétés humaines, en particulier, monothéistes. Désormais la reconnaissance du droit à adopter un mode de vie sexuelle, voire d'en changer, s'impose y compris la transsexualité. Un tel changement implique une lutte sans équivoque contre toute forme d'homophobie et de transphobie, répandue et parfois persécutrice et meurtrière. La haine de l'homosexuel est un vestige redoutable de nos vieilles sociétés dogmatiques. Elle doit faire place à une diversité culturelle créatrice de fraternité.

Enfin, le modèle de famille traditionnelle dont on découvre avec inquiétude qu'il génère parfois les pires violences, doit faire place à une conception diversifiée, ouverte, acceptant avec bonheur, l'adoption d'enfants et l'assistance à la procréation, quelle que soit la nature du couple et refusant par contre la « location d'utérus » nommée « Gestation Pour Autrui » (G.P.A.).

La richesse de l'interrelation materno-fœtale ne peut être considérée comme une marchandise.

Aussi nous proposons :

- Contraception libre et gratuite.
- Liberté d'accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) et promotion des Centres d'Orthogénie (C.I.V.G.).
- Défense et réouverture des maternités de proximité.
- Lutte contre toutes les formes de prostitution.
- Respect absolu des orientations sexuelles.

Promouvoir la santé au travail

Par le D^r Nadine Khayi, médecin du travail

La santé au travail est un élément important de la santé des populations et à un impact sur la santé environnementale. Actuellement le bilan dressé par la CARSAT des accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) est inquiétant malgré la sous déclaration des uns et des autres : 1 mort par jour travaillé dans le BTP, 1 accident toutes les 5 mn, des pathologies classiques toujours présentes liées aux charges physiques, aux produits chimiques toxiques ou CMR (cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques), des pathologies émergentes comme les troubles musculo-squelettiques, les « RPS » ou plus exactement les décompensations psychiques liées aux conditions de travail qui peuvent aller jusqu'au suicide.

Tous ces faits ne sont dus au hasard mais à l'idéologie gestionnaire à l'œuvre dans le monde du travail en particulier dans le cadre du néolibéralisme.

Le travail malade du Capital

La recherche systématique du profit maximum à court terme conduit à 2 impasses :

- Dans l'immédiat, la non prise en compte des risques dans le travail par les employeurs qui renvoient la responsabilité sur les salariés et par les salariés qui craignent de perdre leur emploi. Ceci explique l'augmentation des maladies (reconnues professionnelles ou non) et des accidents du travail (mais aussi hors travail par la fatigue accumulée entre autres). A ce jour, près de 620 000 accidents de travail (3.4 % des salariés) sont enregistrés annuellement, responsables de plus de 500 décès (rapport 2013 de la Sécurité sociale portant sur l'année 2012). On compte plus de 50 000 maladies professionnelles déclarées en 2012, alors que leur sous-déclaration est un sport patronal. Les troubles musculo-squelettiques (T.M.S.) tiennent la 1^{re} place depuis de nombreuses années. Près de 2000 cancers professionnels déclarés ne représenteraient en fait qu'une petite partie de cette dure réalité. Tout ceci est déjà source de souffrance tant physique que psychique.
- De façon plus sournoise et plus destructrice, la perte du sens du travail ; dans tous les secteurs d'activité, le « bien travailler » se trouve empêché provoquant une frustration, une perte de l'estime de soi, un repli sur soi et au-delà une perte de confiance dans

toute la société (« si je suis obligé de mal faire mon travail comment pouvoir faire confiance au travail des autres ? »). Il s'ensuit une souffrance psychique majeure pouvant aboutir à l'anéantissement de la personne ou au suicide. Il faut réhabiliter le travail, non pas au sens d'une marchandise, mais en tant que moyen de construction de la personne et de réponse aux besoins de la société.

Le travail ne doit pas servir à accumuler de l'argent mais à satisfaire les besoins sociaux des individus.

Une médecine du travail, malade du contrôle patronal

En 2005, la mission amiante dirigée par Jean Le Garrec a très justement démontré l'incapacité de la « médecine du travail » à assurer sa fonction de protection de la santé des travailleurs, définie par le Conseil National de la Résistance et les Ministres du Travail. En 1948, date de sa démission, Henri Desoille, médecin inspecteur général du travail dénonce la connivence entre les services du Ministère du Travail et les patrons. En effet, telle qu'elle fonctionne alors, la médecine du travail est hors d'état de pouvoir affronter efficacement les graves questions de santé au travail. Le diagnostic est aussi précis qu'accablant. La gestion des services de santé au travail, assurée par les employeurs impose aux médecins du travail une pression constante et polymorphe qui, dans la pratique, empêche toute possibilité d'action sur les conditions de travail, malgré le statut de salariés protégés qui leur est accordé. La mainmise des employeurs se fait de plus en plus envahissante au fil des réformes ; celle de 2011 sur la gouvernance des services, sous prétexte de paritarisme, essaie d'entraîner les syndicats de salariés dans une gestion comptable des services et de la santé au travail.

Le détournement de la médecine du travail

En fait, le patronat essaie de contenir l'activité du médecin dans une fonction de sélection de la main-d'œuvre par le biais de la fiche d'aptitude. Il veut faire porter la responsabilité des maladies et des accidents de travail sur les victimes (« paresse, alcool-tabagisme, inattention, problèmes personnels... ») ou sur les services de santé au travail qui ne sélectionnent pas les salariés correctement ou qui ne détectent pas les risques dans

les documents qu'ils rédigent pour les employeurs. L'important est bien d'échapper à ses obligations de sécurité de résultat dans la prévention pour la santé des salariés et de réparation liées aux conséquences des conditions de travail imposées aux salariés. Tous les efforts du patronat vont dans ce sens et la tentative subreptice de réformes de la médecine du travail (2010) à l'occasion du vote inique sur les retraites l'illustre : garder la médecine du travail à sa disposition. L'affaire est apparue suffisamment scandaleuse au Conseil de l'Ordre, inquiet de sembler trop proche des intérêts de ce corps social, pour qu'il s'empresse de condamner ce déni sanitaire (novembre 2010). Le texte a fini par être adopté en juillet 2011 sorti du contexte de la réforme des retraites. La médecine du travail est pratiquement enterrée. Le Conseil de l'Ordre participe à la pression exercée sur les médecins en relayant les plaintes des employeurs contre les médecins et en condamnant ces derniers lorsqu'ils se permettent de dire le lien entre les conditions de travail et la détérioration de la santé des salariés. La loi El Khomri achève la destruction de la médecine du travail en instituant par la loi la transformation en une médecine de sélection et une médecine sécuritaire : l'objet n'est plus la santé des salariés mais la sécurité des tiers et la sécurisation juridique des employeurs.

Les salariés, qui sont les premiers intéressés aux missions des services de santé au travail, se désintéressent trop souvent du fonctionnement des services et n'en comprennent ni la finalité ni les enjeux ; ils joignent souvent leurs voix à celles des employeurs pour s'opposer aux médecins dans les commissions de contrôle des services interentreprises, qui sont des instances de contrôle de fonctionnement de ces structures.

Vers la réhabilitation de la Médecine du travail

La protection et la promotion de la santé au travail nécessitent de coordonner les fonctions de prévention, de surveillance et de sanction. Il faut redonner aux différentes institutions qui y concourent, les moyens de fonctionner : la médecine du travail pour la surveillance, la CARSAT pour la prévention avec la possibilité de sanction par le taux de cotisation, l'inspection du travail pour veiller au respect de la réglementation avec un réel pouvoir de contrainte suivi par la justice ; les organismes de recherche (INRS, INSERM, CNAM...) doivent avoir les moyens de mener leur mission.

Pour être efficace, les services de santé au travail ont besoin d'une indépendance professionnelle totale à l'égard des employeurs, assurée à tous les profession-

nels au-delà des médecins. L'ensemble des missions de tous les professionnels doit être tourné vers la santé des salariés. Les équipes pluridisciplinaires doivent travailler sous l'autorité du médecin qui est garant de l'orientation de l'activité **pour la santé**, sans la subordonner à la rentabilité ou aux possibilités de l'entreprise.

Ce préalable fondateur de tout progrès de la prévention des altérations de la santé au travail et des inégalités sanitaires qu'elles entraînent étant admis, il est alors nécessaire d'assurer à ces soignants des conditions pratiques d'exercice permettant de remplir leurs fonctions :

- un effectif de salariés à surveiller compatible avec les missions du service par des embauches suffisantes, notamment de médecins formés,
- totale liberté de déplacement et d'observation dans toutes les entreprises,
- accès à l'ensemble des dossiers sur l'organisation du travail,
- participation aux réunions des directions concernant le personnel,
- renforcement de la formation et des pouvoirs des commissions de contrôle,
- activité concertée avec l'Inspection du Travail et les Comités d'Hygiène de Sécurité et de Conditions de Travail (CHSCT).
- consultations, c'est-à-dire écoute et examen clinique, systématiques et régulières de tous les travailleurs de toutes les entreprises,
- participation permanente à la recherche épidémiologique en collaboration avec les différents organismes publics : INSERM, CNRS, Conservatoire National des Arts et Métiers,
- et création d'une Agence Publique de la Santé au Travail, coordonnant la recherche, la formation, la veille sanitaire, tant pour les salariés des entreprises que pour la population générale exposée aux polluants industriels.

De telles conditions d'exercice font de la médecine du travail une activité sanitaire digne du plus haut intérêt. Elles en assurent la réhabilitation et la promotion et peuvent ainsi rencontrer les aspirations au progrès et à la justice des jeunes médecins prêts à s'enthousiasmer. Il sera nécessaire d'augmenter le nombre de médecins du travail formés.

Sur le volet des sanctions :

- renforcer la capacité de contrôle de l'inspection du travail,
- assurer l'indépendance et les moyens d'agir des inspecteurs,

- donner les moyens (matériels et réglementaires) à la justice pour donner suite aux PV des IT,
- renforcer les sanctions contre les employeurs coupables d'atteintes involontaires à l'intégrité de la personne ou d'homicides involontaires.
- Pour la branche AT/MP :
- assurer l'équilibre de son budget par ajustement annuel de la cotisation patronale,
- assurer les moyens pour intervenir efficacement sur le champ de la prévention, de la réparation et de la réinsertion socioprofessionnelle des malades et accidentés du travail,
- faciliter les déclarations de maladies professionnelles et d'accidents du travail pour rompre avec la sous déclaration,
- travailler à la réparation totale des AT/MP, notamment pour les victimes de l'amiante.

Tout cela exige aussi des choix politiques assurant les réalisations qualitatives et quantitatives qui en découlent. Il s'agit à la fois de rendre à la médecine du travail sa vraie fonction de prévention et de lutte réparatrice, de réintroduire les collectifs de travail et des espaces de discussion sur le contenu du travail et sa finalité dans toutes les entreprises, d'assurer aux organisations syndicales dans toutes les entreprises jusqu'aux plus petites les possibilités d'intervention dans tous les aspects des conditions de travail, tant d'hygiène et de sécurité que de qualité de la fonction respectée de chaque personne dans le processus de production de richesses faites non plus pour assurer la rentabilité du capital mais pour le mieux-être de tous. En fait il faut que la démocratie pénètre dans les entreprises.

Mes propositions :

- Promouvoir la construction de la santé au travail.
- Mettre en place une médecine du travail indépendante.
- Améliorer le fonctionnement des instances de contrôle et de décision par les salariés.
- Mettre fin à la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Redonner tout son sens et sa finalité au travail.
- Maintien de la Présidence du FIVA par un juge indépendant et financement à hauteur nécessaire de ce fonds.
- Reconnaissance de la nature professionnelle des cas de contamination familiale ou environnementale par l'amiante.

Pour une réforme alternative du financement d'une protection sociale renouvelée

Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef d'Économie et Politique

La crise financière internationale de 2008, la récession de 2009 et la crise des endettements publics de 2011 s'inscrivent dans une véritable crise systémique du capitalisme mondialisé. Il s'agit d'une crise de suraccumulation du capital, historique depuis la longue phase de difficultés des années 30.

Les remèdes appliqués sont pires que le mal. Corréliées à l'explosion de la financiarisation de l'économie et de brutaux effondrements boursiers, les cures d'austérité mises en œuvre se traduisent par une nouvelle remontée du chômage, de la précarité, une baisse de pouvoir d'achat des salaires, de nouvelles attaques contre la protection sociale et les services publics. Le financement du système de protection sociale est fragilisé, d'un côté par l'explosion des prélèvements financiers pour le capital, de l'autre par les tentatives de réduction des prélèvements publics et sociaux.

Pour une issue de progrès à cette crise systémique, des réformes du financement d'une protection sociale renouvelée sont incontournables. Celle-ci appelle une nouvelle logique économique, une mise en cause de la financiarisation de l'économie, par la mise en œuvre de moyens permettant de décourager la fuite vers la croissance financière et d'inciter à une réorientation des fonds pour un nouveau type de croissance centrée sur le développement des ressources humaines.

I. Explosion du déséquilibre financier de la Sécurité sociale en lien avec la crise systémique

*Si la crise financière de 2007-2009 n'est pas à l'origine des déséquilibres de financement de la Sécurité sociale. Reste qu'elle en a accentué les mouvements. En France, la Sécurité sociale a effectivement connu un nouveau déséquilibre financier historique en 2009 puis en 2010, qui s'est maintenu jusque 2013. À cette date, le déficit du régime général de la Sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse s'élevait à 24,9 milliards d'euros, malgré une très légère reprise de la croissance qui normalement ralentit l'ampleur des déficits.

1. Les causes profondes de l'envolée du déficit dans la crise

Une chute historique de la masse salariale

L'explosion des déficits sociaux s'explique par le ralentissement de la masse salariale du secteur privé. Celle-ci est passée de + 3,6 % à -1,4 % en 2009, pour remonter à 1,8 % en 2013, mais freiner depuis sa croissance et ne croître que de 1,5 % en 2015 et probablement moins de 1,4 % en 2016. Une dégradation résulte à la fois de la destruction d'emplois, d'une hausse du chômage, et d'une explosion de la précarité de l'emploi et des revenus qui se prolonge en 2010 et 2011 du fait des destructions d'emplois et de la précarité. Dans une note de la Sécurité sociale publiée en 2013, celle-ci notait que « en prenant du recul sur l'ensemble de la période ouverte par le déclenchement de la crise économique et financière à l'automne 2007, on observe que depuis 2008 la masse salariale du secteur privé a connu une croissance constamment inférieure à son rythme moyen au cours des dix années précédant la crise » (4,1 % sur la période 1998-2007). En cumul sur les cinq exercices de 2008 à 2012, ce sont donc plus de 10 points de croissance de la masse salariale qui manqueraient en 2012, soit une perte de recettes de 21 Md€ environ. En effet, 1 point de masse salariale en moins équivaut à 2 milliards d'euros de perdus pour les recettes du régime général!

Une remontée du chômage et de la précarité

Avec 800 000 chômeurs supplémentaires dans l'année 2009, la forte remontée du chômage qui ne s'est pas résorbée depuis est un autre facteur explicatif. Le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi tenus de chercher un emploi atteignait fin septembre 2016 le chiffre historique de 5,480 millions de personnes, dont 3,490 millions n'avait aucun emploi. Le taux de chômage en France atteint désormais près de 10,2 % de la population active en août 2016. Une remontée qui pèse sur les recettes de la Sécurité sociale puisque 100 000 chômeurs de plus, c'est 2,5 milliards en moins de cotisations sociales versées.

La financiarisation de l'économie

En limitant la croissance réelle, la financiarisation de l'économie plombe les ressources de la protection sociale. En favorisant le développement des prélève-

ments financiers (dividendes et frais financiers) sur l'économie réelle au détriment de la croissance de l'investissement et de l'emploi, les politiques économiques ultralibérales pèsent sur la capacité de développement de l'activité et contribuent à la réduction des prélèvements sociaux. Ainsi 1 % de croissance du PIB en moins, c'est 1,94 milliard de cotisations sociales perdues pour le régime général.

En 2009, la chute du PIB a atteint 2,6 %. En 2010, la reprise est restée modeste et précaire : +1,4 %. Mais depuis, elle n'a pas décollé. Voire elle est retombée. Le taux de croissance n'aura pas dépassé les 0,6 % en 2013, les 0,7 % en 2014, 1,2 % en 2015, et il ne devrait pas aller au-delà de 1,3 % en 2016.

Il ressort donc clairement que les déficits de la Sécurité sociale, fussent-ils historiques, ne s'expliquent pas par un excès de dépenses sociales mais par un manque à gagner considérable du côté des recettes assises sur une masse salariale globale en stagnation. Or, les plans de réduction des dépenses publiques et sociales, notamment les prestations de Sécurité sociale, qui sont à l'œuvre en France et dans l'Union européenne, tendent à exercer un effet dépressif sur l'économie. Ils contribuent à la réduction de la demande dirigée vers les entreprises, et donc à leurs débouchés. Dès lors, dans un contexte de concurrence exacerbée, ces entreprises limitent leurs emplois, recherchent à maximiser leurs profits sur le dos des travailleurs, et plus encore, limitent leurs investissements d'innovation et de développement, affaiblissant ainsi leur efficacité productive. Ces politiques d'austérité contribuent ainsi à enfermer dans un cercle vicieux de la régression les entreprises françaises et l'emploi, et donc *in fine* à éroder progressivement les bases du financement de la Sécurité sociale.

La conjugaison de la financiarisation et des logiques de baisse des coûts sociaux et fiscaux des entreprises construit le déficit de financement structurel de la protection sociale. La politique de réduction des charges salariales et des prélèvements publics et sociaux, en liaison avec la financiarisation de l'économie et l'ascension des prélèvements financiers, a contribué à l'aggravation de la crise systémique et au déséquilibre financier de la Sécurité sociale.

2. Une dette sociale en forte hausse

• Le poids des exonérations massives de « charges » patronales :

Les exonérations de cotisations sociales patronales constituent une perte de ressources pour la Sécurité sociale et un transfert de charge sur le budget de

l'État. C'est un dégageant de la cotisation des entreprises vers l'impôt des ménages. Si l'article 72 de la Constitution oblige à une compensation par l'État des baisses de recettes qu'il impose aux institutions publiques pour cause d'exonération de contribution au bénéfice d'un agent économique ou d'une catégorie d'individus, ces compensations ne sont pas systématiques, jamais assurées complètement et toujours avec retard.

Ce sont donc les Fonds publics, c'est-à-dire les impôts, qui assurent les compensations à la Sécurité sociale. Ces exonérations sont d'une efficacité plus que limitée par rapport à l'emploi (cf. Cour des Comptes 2010). En outre, ces réductions de charges concernant principalement les bas salaires, elles encouragent les entreprises à multiplier ces bas salaires : on parle de « trappe à bas salaires ». Elles contribuent ainsi à la baisse du pouvoir d'achat, à la précarisation et renforcent la baisse tendancielle du rapport salaire / PIB. Elles tendent à limiter encore plus les rentrées de cotisations qui sont fonction des salaires versés. Après 5 années de baisse liée à la hausse du chômage et à la pression à la baisse sur les salaires, le montant des exonérations de cotisations de Sécurité sociale pour le Régime général progresse de nouveau depuis 2014. En 2015, il augmente de 3,1 %, après + 1,9 % en 2014, atteignant 27 Md€, dont 23,5 Md€ sont financés par l'État ou font l'objet d'une compensation. Cette hausse s'explique par la progression de la réduction générale des cotisations (+ 4,2 %) tandis que le montant de l'ensemble des autres dispositifs est stable (- 0,1 %). Par ailleurs les exonérations de charges sociales accordées à certains revenus d'activité, en particulier les stock-options et les attributions d'actions gratuites entraînent des pertes de recettes estimées à trois milliards par la Cour des Comptes. Celle-ci appelle à rechercher une assiette plus large notamment pour la part patronale des cotisations sociales en résorbant ces « niches sociales » identifiées.

• Dettes de l'État et dettes patronales à la Sécurité sociale :

Les dettes de l'État à la Sécurité sociale sont pour l'essentiel des exonérations de charges patronales sans compensation. Par ailleurs en laissant courir ses dettes, le gouvernement tente de régler les problèmes de sa propre trésorerie et maintient le système de protection sociale sous pression en laissant perdurer le déficit. Si le gouvernement a soldé une partie de sa dette à l'égard de la Sécurité sociale en 2009 (3,5 milliards d'euros sur 7,4), en 2015, celle-ci restait tout de même de l'ordre de 2,74 milliards d'euros. Et cela sans compter les pertes sèches de recettes consécutives aux dettes pa-

tronales irrécouvrables avoisinant les 2 milliards d'euros. Une fois ajoutés les 3 milliards d'euros perdus par l'exonération des revenus complémentaires (stock-option,...), c'est pas moins de 7 milliards d'euros qui ont été ainsi mis à la charge du régime général en 2015. Soit le double de l'effort d'économies demandé à la branche maladie pour répondre aux objectifs du Pacte de responsabilité!

II. Enjeux d'une réforme alternative du financement d'une protection sociale renouvelée: une nouvelle logique économique

Nous refusons le postulat libéral qui présente le financement de la protection sociale comme une charge pesant sur la compétitivité des entreprises et sur l'emploi. Au contraire, nous considérons qu'il pourrait contribuer à un nouveau type de développement, centré sur la promotion des salaires, de l'emploi, du développement des ressources humaines. Une protection sociale renouvelée tendrait à redynamiser l'économie pour répondre aux problèmes d'aujourd'hui. Cela exigerait une refonte profonde de son financement. Le principe du système de Sécurité sociale conçu à la Libération en 1945 doit être défendu et renouvelé. En effet, les cotisations sociales, fonction des salaires versés, sont liées à l'entreprise, lieu où les salariés créent les richesses. Les ressources de la Sécurité sociale sont ainsi prélevées sur la valeur ajoutée créée, ce qui permet de dégager des ressources en dynamique. Tandis que les autres méthodes (fiscalisation, cotisation individuelle) éloignent la protection sociale de la création de richesses réelles en organisant un transfert du financement sur les budgets des ménages, afin de soutenir plus directement la rentabilité financière privée immédiate des entreprises. Cela conduit à des pressions sur les revenus salariaux via des cotisations individuelles, des restes-à-charge et des impôts supplémentaires, ce qui contribue à la récession ou la stagnation et à la chute de l'emploi. La protection sociale voit ainsi exploser ses déficits, en liaison avec la réduction de la part des salaires dans la valeur ajoutée et de la masse salariale.

1. 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.

La part des revenus financiers dans les ressources propres des Sociétés non Financières est passée de **24 % en 1998 à 47,3 % en 2010**. Cela exprime l'impact de 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.

2. Des débats pour un autre financement en dynamique de la protection sociale

Le débat pour développer le financement de la protection sociale devrait impérativement être mené. Il s'agirait 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.

1) Le débat CSG ou cotisations :

La défense et la promotion du principe des cotisations sociales s'appuient sur le fait qu'il s'agirait d'un financement lié à l'entreprise, lieu où les salariés créent les richesses. Les cotisations sociales sont fonction des salaires versés dans l'entreprise. Elles constituent, en réalité un prélèvement sur la valeur ajoutée créée par les salariés, non directement affecté au profit. Les salariés cotisent en fonction de leur capacité contributive et peuvent recevoir des prestations et des soins en fonction de leurs besoins. Les cotisations servent ainsi à financer des prestations qui permettent de développer leur capacité contributive. Les cotisations sont donc enracinées au lieu de la croissance et de la création de richesses réelles, ce qui donne les moyens de financer la protection sociale et constitue une source de dynamique économique. Nous considérons que le financement par les cotisations constitue une réponse socialisée, solidaire et efficace aux besoins sociaux nouveaux. Nous défendons le choix d'un nouveau partage des richesses produites pour développer les salaires et les fonds sociaux. Cela contribuerait à une action à la racine sur la façon de produire les richesses en accroissant la part de salaires et des fonds sociaux, afin de dynamiser la création de richesses nouvelles.

Une critique de la fiscalisation de la protection sociale (CSG, CRDS) : A droite mais aussi au PS, on cherche à accélérer le processus de fiscalisation croissante de la protection sociale, notamment en France.

Les partisans de la CSG prétendent que celle-ci serait plus juste et ferait participer tous les revenus. En réalité la CSG ne repose que sur les ménages (pour 88 % sur les salariés et les retraités), les revenus financiers des ménages ne contribuent que pour 11 %. Sous prétexte de moins taxer le travail, on tend en fait à organiser la réduction des « charges » sociales notamment patronales, à institutionnaliser la réduction du coût du travail et de la part des salaires dans la valeur ajoutée. En même temps, cette fiscalisation conduit à l'abaissement des gestions dites paritaires, ainsi qu'à une étatisation qui limite les dépenses sociales afin de servir plus directement les exigences de rentabilité financière immédiate. Loin d'être plus juste, la CSG ne repose qu'en aval sur les revenus des ménages, et n'est pas articulée au lieu de la production des richesses, elle reste donc limitée. Le principe « à recettes limitées, dépenses limitées » constitue un moyen de pression pour réduire les dépenses sociales. La CSG constitue une réponse détachée de l'entreprise, un impôt décidé par l'État.

Certaines propositions, à droite notamment, avancent le principe d'une TVA sociale mais celle-ci exercerait des effets récessifs sur le pouvoir d'achat des ménages comme sur la croissance et l'emploi. D'autres propositions, y compris au PS viseraient à fusionner l'impôt sur le revenu et la CSG (en rendant cette dernière progressive) en avançant que cela serait moins injuste que la TVA « sociale ». Mais elles se fondent aussi sur l'idée que le financement de la protection sociale devrait peser d'avantage sur les ménages afin d'accélérer le désengagement des entreprises, en considérant que les prélèvements sociaux seraient néfastes à leur compétitivité. Nous montrons, au contraire que le relèvement de la part des salaires dans la valeur ajoutée pourrait tendre à un nouveau type de croissance réelle et participerait à un financement dynamique de la protection sociale.

Il faut oser rompre avec les dogmes de la théorie économique néoclassique qui présentent le financement de la protection sociale comme un handicap pour l'économie. En effet les cotisations sociales, sont considérées dans cette conception comme un obstacle pour l'emploi, dans la mesure où elles seraient sensées élever de façon excessive le coût du travail. Cette théorie avance aussi que le financement de la protection sociale, à partir des cotisations sociales, constituerait un frein à la croissance et à la compétitivité des entreprises.

Au contraire, nous considérons que le financement de la protection sociale, notamment les cotisations sociales, constitue un facteur de développement des ressources humaines, un moteur pour la progression de la productivité du travail, un autre type de croissance. Il s'agirait de rompre réellement avec le type de politique économique et de gestion des entreprises actuel, qui en réduisant la part des salaires dans la valeur ajoutée et en faisant exploser le chômage, compromet les rentrées de cotisations. De même il importe de rompre avec les exonérations exponentielles de cotisations patronales sur les « bas salaires » (30 milliards d'euros par an) ; celles-ci privent la Sécurité sociale de ressources et tendent à tirer tous les salaires vers le bas.

2) Le débat sur une réforme de l'assiette des cotisations patronales doit être mené

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, qui embauchent, accroissent les emplois et les salaires, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus élevé. Inversement, les sociétés financières et les entreprises qui licencient, 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'agirait 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.). Cela conduira à mettre en cause le type de croissance et de gestion des entreprises, notamment les critères de gestion visant la rentabilité financière contre le développement des ressources humaines. 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.

3) Un autre débat: assiette VA ou assiette salaires?

Certains proposent le remplacement de l'assiette salaire par une assiette VA. Cependant, une assiette VA serait beaucoup moins fiable qu'une assiette salaire, beaucoup plus fluctuante et facilement fraudable. En outre, une assiette VA ne dit rien des interventions des salariés dans les gestions des entreprises, à la racine de la production des richesses, pour un accroissement de la part des salaires dans la VA, le développement des fonds pour la protection sociale, la formation. Se pose aussi la question des toutes petites entreprises, des artisans... Il s'agirait de les aider autrement que par l'incitation à réduire les salaires et lesdites charges sociales. Cela pose la question d'une nouvelle fiscalité, d'un nouveau crédit à taux abaissé.

4) Des propositions immédiates: une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières

Il serait nécessaire de sortir des effets pervers des réformes passées ou projetées. Celles-ci font exploser les inégalités sociales et renforcent la crise d'efficacité du système. Face à l'urgence, nous proposons une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises, 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. Dans le prolongement, les exonérations de cotisations patronales qui ne créent pas d'emploi et tendent à tirer tous les salaires vers le bas seraient remises en cause. Pour encourager réellement la création d'emploi en articulation avec la promotion des salariés (formation, qualification, salaire), on pourrait proposer des Fonds régionaux et nationaux pour l'emploi et la formation. Il s'agirait de changer les rapports entre les banques et les entreprises afin de favoriser un nouveau crédit avec des taux d'intérêt abaissés sélectivement pour les investissements productifs des entreprises centrés prioritairement sur le développement des emplois, des salaires et de la formation.

Conclusion

La construction d'un nouveau système social, en France et dans l'Union européenne, avec une Sécurité sociale renouvelée, en lien aussi avec une sécurisation de l'emploi, de la formation, du revenu, pourrait ouvrir une issue de progrès à la crise systémique en cours. Pour répondre aux nouveaux besoins sociaux, liés notamment à la démographie, à l'emploi, à la santé, de nouveaux financements mutualisés seraient indispensables. Il s'agirait de sortir de la crise du financement de la protection sociale, enracinée dans la crise économique et liée aux politiques économiques et sociales comme aux gestions d'entreprise.

Financer l'hôpital public

Par M^{me} Evelyne Vander Heym

L'hôpital public a connu aux cours de ces vingt dernières années à des « réformes », toutes cohérentes entre elles, pour modifier les modes de financement, les missions de service public, son périmètre et enfin son statut. Trois leviers ont été indifféremment utilisés par les gouvernements de droite comme de « gauche » pour transformer l'hôpital public et enfermer sa gestion dans une logique strictement financière :

- L'évolution « maîtrisée » des dépenses d'Assurance maladie avec un taux d'évolution régressif d'année en année, selon les objectifs affichés : en 2016 l'ONDAM hospitalier est passé en dessous de 2 %, alors que l'évolution moyenne des activités varie entre 2,6 % et 3 % dictant le niveau incompressible des charges annuelles. Si même tous les établissements ne sont pas en déficit, le déficit des hôpitaux est en progression permanente et approche les 600 millions d'euros en 2015 selon les comptes de résultats nationaux. En vérité, tous les établissements ont œuvré pour des gains de productivité sans précédent : la FHF les a estimés à 1 milliard d'euros pour la seule année de 2014, bien au-delà des économies escomptées de PLFSS en PLFSS : 200 millions en 2012, 314 millions en 2013. Qui plus est, en 2014, le PLFSS modifié généralise pour les établissements de santé l'annulation de crédits autorisés dans le cadre de l'ONDAM ! Le Pacte de responsabilité vient à point avec un objectif de 10 milliards d'économies sur les dépenses d'Assurance maladie dont 3 milliards minimum pour les hôpitaux dans le plan triennal 2015/2017. Une telle pression budgétaire et financière n'a été possible que par l'usage illimité du rôle et des pouvoirs des ARS : contractualisations obligatoires, création des comités régionaux de veille active, du COPERMO... Ce pilotage des établissements, « en direct des ARS » n'a été possible que par la mise en place des outils adéquats.

- L'EPRD et la T2A

Avec la T2A, est introduit un nouveau régime budgétaire : l'Établissement Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), emprunté au secteur privé. Cet EPRD fait prévaloir une logique financière de la gestion des hôpitaux. Désormais, ce n'est plus leur activité qui détermine les moyens (donc les dépenses)

qui leur sont nécessaires mais bien les recettes dont ils disposent qui conditionnent leur activité. La T2A est une technique d'attribution de financement dans les limites des enveloppes fermées, à partir de tarifs modulés dans ces limites. La mise en place de ce nouveau mode de financement des hôpitaux marque une étape décisive, d'une part dans la volonté politique d'accélérer la baisse des dépenses publiques de santé, et d'autre part de transformer l'hôpital public en une entreprise comme une autre. Avec la mise en concurrence de tous les établissements publics et privés, la T2A est un formidable instrument de privatisation de la santé. Le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale préparant le PLFSS 2014, et cela à la veille de l'annonce du « pacte de responsabilité » nous renseigne sur l'étendue des dégâts : il note avec satisfaction que l'ONDAM est respecté pour la troisième année consécutive, notamment par le gel des crédits hospitaliers ; sur trois ans ceux-ci s'établissent à 1,334 milliard sur un total d'économies effectivement réalisées sur les dépenses d'Assurance maladie de 2,61 milliards d'euros. En 2013 pour la première fois depuis 2006 - année de la mise en place de la T2A - l'équilibre général des comptes hospitaliers est atteint : les principaux facteurs de redressement apparaissent de nature comptable, non reconductibles notamment par cessions d'actifs.

- Les marges de manœuvre des établissements hospitaliers de plus en plus étroites ont été percutées par l'endettement généré par les plans « hôpital 2007 » puis « hôpital 2012 » : dans le cadre de la préparation du plan Hôpital 2007, le coût d'une remise à niveau du patrimoine hospitalier est estimé entre 25 et 35 milliards : quelle manne pour les organismes financiers qui assurent le financement à coups d'emprunts plus ou moins toxiques (surcoûts estimés à 500 millions). Un rapport de mars 2013 demandé par le ministère analyse les difficultés des établissements de santé à emprunter auprès des banques. Les exigences de celles-ci sont de plus en plus fortes, n'assurant pas seulement le financement des investissements lourds, mais aussi les lignes de trésorerie... Elles révèlent des transformations de management interne sur la base de la logique de rentabilité financière pure et dure.

Et souvent des sociétés comme CAP GEMINI sont introduites dans les hôpitaux publics par les ARS pour que le processus soit plus rapide. En effet, les directives sont très claires: « nécessité d'obtenir un retour sur investissement pour assumer la charge financière de l'endettement ». Sur les ruines de DEXIA, et au vu de l'insoutenabilité d'un certain nombre de remboursements d'emprunts toxiques, le gouvernement met en place la Société de Financement Local (50 % État, 20 % Caisse des Dépôts et consignations, 5 % Banque postale) pour « soulager » les collectivités locales et les hôpitaux ayant contracté ces emprunts. Mais elle est abondée seulement à hauteur de 5 milliards par an et aux conditions du marché (libre concurrence oblige!). L'encours de la dette est de 24 milliards en 2011 ; il est de 29,2 milliards en 2015... Au vu de cette situation créée de toutes pièces et poursuivie aujourd'hui encore, la majorité des hôpitaux sont en difficulté pour investir. L'autofinancement est sollicité par les ARS ; les établissements vivant sous les fourches caudines des « plans de retour à l'équilibre financier », souvent très endettés ne peuvent plus avoir accès aux crédits bancaires... Le MEDEF n'a pas hésité à suggérer la possibilité de « mettre en faillite »...les hôpitaux publics!

La mise en place des GHT prend le relais!

Après le Plan Juppé qui institue les lois de financement de la Sécurité sociale et les enveloppes fermées, les EPRD et la T2A, la loi BACHELOT en 2009, la loi TOURAINE dite de « modernisation de notre système de santé » introduit le dernier « cheval de Troie » pour réduire durablement la dépense hospitalière publique, tout en transformant profondément l'offre globale sur les territoires, avec comme point final la privatisation de la santé!

Ainsi, le PLFSS 2017 prévoit une économie de 845 millions d'euros au titre de l'efficacité de la dépense hospitalière et 640 pour le « virage ambulatoire et l'adéquation de la prise en charge en établissement », soit un total de 1,4 milliard d'euros sur une économie escomptée du total des dépenses d'Assurance maladie de 4 milliards! Si même la loi prévoit des groupements et non des fusions d'établissements, elle ouvre la voie à une mutualisation budgétaire et financière, au nom d'une « solidarité » à l'intérieur du groupement. L'établissement-support, à terme contrôlera les investissements les trésoreries, et de par la logique de mise en concurrence des activités « redondantes » au sein des groupements, les activités non-valorisées par la T2A seront supprimées, des services, des établissements condamnés! Face à cette cohérence implacable

qui obéit aux seuls critères de rentabilité financière, qui sévissent dans toute l'Europe, jusqu'à provoquer des désastres sanitaires comme en Grèce, il faut avec la même exigence de cohérence construite sur l'approche des besoins humains, construire des propositions immédiates et à plus long terme pour arrêter le massacre et reconstruire un maillage de santé publique de proximité avec un hôpital public rénové, respectueux des personnels, de leurs compétences, et garantissant une égalité d'accès à des soins de qualité pour toutes et tous.

Quel financement?

Cette approche ne peut qu'être que multiforme, compte tenu du patchwork budgétaire actuel et de la nature diversifiée des dépenses utiles. Le fil rouge proposé est de recentrer le financement Sécurité sociale sur la mise en œuvre des activités de soins et ainsi « faire la chasse » à tous les transferts et/ou financements illégitimes.

Quelques pistes peuvent être opérationnelles rapidement:

- En finir avec les enveloppes fermées et financer les déficits constatés dont le cumul est estimé à 1,5 milliard d'euros! Ces déficits ne sont que le reflet des non-financements cumulés des moyens mis en œuvre par les établissements. Les enveloppes fermées sont antinomiques des besoins, ceux-ci pouvant être évalués, dans un premier temps, en prenant la bonne mesure des flux annuels de patients des établissements et en s'appuyant sur des études épidémiologiques.

- Restaurer des budgets hospitaliers.

L'activité hospitalière, activité non marchande par essence est contraire aux outils de mesure tels que l'EPRD! Les hôpitaux publics ont une structure de dépenses de fonctionnement commune à tout service public, avec un poids important de la dépense de personnel (entre 65 et 70 %). Celle-ci doit être préservée dans le cadre des autorisations d'activités. Un budget de fonctionnement peut être alloué sur une base pluriannuelle, s'il n'y a pas de modification du volume et de la structure de soins. Toutes les obligations de moyens (effectifs, compétences, organisation, équipements) doivent être financées. Les référentiels ne manquent pas en la matière: circulaires réglementaires, référentiels de l'HAS. Les médecins, les soignants avec les gestionnaires doivent investir mieux ce terrain essentiel pour chiffrer les moyens requis dans le cadre de leurs missions et obligations professionnelles, et exiger

des enveloppes pérennes. L'heure est à la concertation, à la coopération au sein des équipes hospitalières, à contrario de la non-communication et la suspicion générées par les dispositifs mis en place par les ARS.

- Un financement de l'activité.

Les tarifs actuels, facturés à l'Assurance Maladie ne sont en aucun cas une juste évaluation de l'activité hospitalière. À cette occasion, il faut démystifier l'actuelle ENC (Échelle nationale des coûts), véritable caricature de représentativité et d'objectivité : il existe suffisamment d'outils d'information dans le secteur hospitalier et de la santé pour construire une base de connaissance plus large et représentative de la réalité des coûts hospitaliers.

Néanmoins, nous ne rejetons pas le concept d'un financement de l'activité, qui tienne compte des variations de volume des pathologies prises en charge. C'est cette analyse de bon sens qui a motivé la communauté médicale à s'investir dans le PMSI (Programme Médical du système d'Information des hôpitaux) puis dans la T2A, à la faire évoluer, à s'engager dans le codage en toute bonne foi pour défendre leur établissement jusqu'à des distorsions qui les éloignent des bonnes pratiques de prise en charge des patients. L'engagement des médecins et des soignants en général pour préserver celles-ci est un point d'appui pour rechercher avec eux un autre mode de valorisation des activités plus respectueux de leur éthique, compétences et missions. Le MDHP préconise « une convergence tarifaire segmentée.. », assurant un financement différencié selon la taille, les missions et les contraintes des hôpitaux publics. Au moment où se met en place la réforme du financement des établissements de soins de suite et de rééducation, il est urgent d'investir ce terrain de la valorisation des activités, tout en mettant le « coup de grâce » à la T2A, aux tarifs sous contrainte de l'ONDAM ne tenant pas compte des coûts réels. Ainsi, la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la Commission des Affaires sociales du Sénat de 2013 suggère « une nouvelle classification (CCAM) permettant de financer plus justement le temps médical (soignant) passé »...

Après le prix de journée, le budget global et la T2A, il y a place pour une réflexion raisonnée et partagée pour assurer un financement pérenne des moyens de fonctionnement et des activités des hôpitaux publics, prenant en considération la mesure des besoins et les coûts réels hospitaliers, sans nourrir une inflation incontrôlable des dépenses hospitalières.

- Missions d'Intérêt Général et missions d'enseignement, recherche, innovation (MIGAC/MERRI) : il faut en finir avec le découpage actuel qui permet toutes manipulations, d'une année sur l'autre entre les différentes enveloppes et qui autorise tous les transferts possibles au secteur privé lucratif. Les MIG qui sont autant d'actions de santé publique, incluant les centres de références et les objectifs chiffrés des différents plans nationaux de santé publique, doivent être financés par des budgets pérennes complémentaires au financement de l'activité proprement dit. Elles pourraient être déclinées selon les besoins régionaux et évaluées démocratiquement. Quant aux MERRI, il faut réaffirmer l'enjeu stratégique de l'unicité de notre système d'enseignement public dont la formation des médecins est partie intégrante. Un travail d'analyse plus fin permettra de distinguer ce qui relève du financement de l'Assurance Maladie et ce qui relève des différents secteurs d'État (Enseignement, Recherche).

- Investissements :

Après les plans « hôpital 2007 » et « hôpital 2012 » qui ont contribué à un endettement insoutenable pour les hôpitaux engagés dans de lourdes opérations, la ministre M. Touraine a annoncé un nouveau dispositif national sur le même schéma en 2012 : soit 45 milliards sur 10 ans. Une enveloppe spécifique de 2 milliards sur 5 ans sera débloquée pour la mise en œuvre des GHT... Nous sommes très loin des besoins et surtout de la capacité des établissements à faire face... sauf au risque de faire supporter l'effort financier sur le dos des personnels, comme à l'APHP !

Nous voulons :

- En finir avec la vente à la découpe qui s'exerce actuellement sur le patrimoine hospitalier, par exemple à Lyon et à Paris, et qui nourrit la spéculation immobilière,
- Réaffirmer que les bâtiments des hôpitaux publics doivent rester propriétés publiques,
- En finir avec les dispositifs qui autorisent le financement par des capitaux privés des nouvelles constructions (partenariat public/privé), et qui à terme, privatisent le patrimoine hospitalier, mais aussi les activités afférentes,
- Proposer que soit créé un budget d'État consacré à l'investissement hospitalier public, selon un plan pluriannuel qui mette en œuvre les évolutions nécessaires à l'activité et les progrès techniques, conformes à la politique de santé publique.

- Quant aux besoins de financement pour tous les autres investissements (équipements, matériels lourds), garantis par la dotation d'amortissements des hôpitaux, le recours au marché aggrave leur situation financière avec des taux d'intérêt exorbitants. La solution est de revenir à des emprunts à des taux zéro à contracter auprès de la Caisse des Dépôts qui retrouverait ainsi sa mission originelle, ou de la SFIL avec une nouvelle définition de ses missions; là aussi, planification et transparence seraient nécessaires pour valider ces emprunts.
- Dans l'immédiat, soutenant les revendications syndicales, nous demandons un plan d'urgence de sauvegarde des hôpitaux, l'effacement de la dette et un grand plan de sortie de tous les emprunts toxiques, à coût zéro pour tous les hôpitaux concernés

- La fiscalité

Les hôpitaux sont concernés au premier chef par le débat engagé dans notre pays sur la nécessité d'une réforme fiscale basée sur une autre distribution des richesses au service de l'efficacité économique et sociale.

- La taxe sur les salaires

Les hôpitaux publics, en tant qu'employeurs, sont assujettis à la « taxe sur les salaires » qui représentent une charge supplémentaire entre 10 à 13 % des dépenses du personnel soit environ 7 % de l'ensemble des ressources hospitalières. Cette taxe est profondément injuste et improductive. Comment justifier cet impôt qui ponctionne la masse salariale des personnels hospitaliers payée par l'Assurance maladie pour l'essentiel alors que les collectivités territoriales et les administrations publiques sont exonérées de la taxe sur les salaires? Ainsi la CSG, prélevée à la source est affectée à l'Assurance maladie. La suppression progressive de la taxe sur les salaires est de nature à résorber les déficits des hôpitaux publics. Cela permettrait de créer 75 000 emplois, selon la CGT.

- La TVA

L'assujettissement à la TVA de l'ensemble des achats et des investissements des hôpitaux publics doit être complètement reconsidéré, alors que les établissements et cliniques privées, peuvent la récupérer. La restauration et autres lieux de boisson bénéficient toujours d'une TVA à 5,5 %! La possibilité de récupérer la TVA sur les investissements, comme pour les collectivités locales serait de nature à assainir les budgets hospitaliers.

Depuis plusieurs années, et particulièrement depuis la mise en œuvre de la T2A, les hôpitaux réduisent leurs déficits aux prix d'importantes suppressions d'emplois: plus de 10 000 en 2010 et 14 000 estimés en 2011. Le plan triennal d'économies de 3 milliards pourrait se traduire par 20 000 suppressions d'emplois. L'insupportable est atteint pour les conditions de travail des personnels hospitaliers et les conditions de prise en charge des patients. Les lois HPST et de « modernisation de notre système de santé » doivent être abrogées et le secteur public hospitalier doit être financé au niveau des besoins de santé.

Au total je propose pour 2017 :

- Supprimer le principe de gestion des hôpitaux selon des enveloppes fermées.
- Supprimer la T2A et l'EPRD.
- Restaurer les budgets de fonctionnement hospitalier.
- Financer l'hôpital à partir des besoins de la population.
- Lancer une politique nationale d'investissements hospitaliers.
- Supprimer la taxe sur les salaires et exonérer les hôpitaux de la TVA.

Les Brèves des cahiers

Des nouvelles de Sanofi

4,287 milliards d'euros : c'est le bénéfice net réalisé par le groupe Sanofi en 2015 pour un chiffre d'affaires du groupe de 37,057 milliards d'euros. En six mois, la capitalisation boursière du groupe a fondu de 30 %, pour se stabiliser à un peu plus de 90 milliards d'euros. Traduction : environ 600 postes seront supprimés sur les trois prochaines années en France, soit 2 % de ses effectifs.

Un gène identifié dans une forme rare d'autisme offre une piste thérapeutique chez l'homme

Depuis longtemps l'hypothèse d'un gène de l'autisme reste sans résultat. L'étiologie reste inconnue. Or une équipe internationale de chercheurs vient d'identifier un gène impliqué dans une forme rare d'autisme, selon un article publié dans la revue « Cell ». L'existence de facteurs génétiques dans ces pathologies est maintenant avérée. Mais la variété de gènes potentiellement impliqués ne permet que rarement de conclure à l'implication d'une seule mutation génétique dans ces troubles. Pour autant, il est possible que des mutations sur des gènes différents aient un effet sur un même mécanisme biologique, responsable de ces pathologies. Dans l'étude publiée dans « Cell », le Pr Gaia Novarino s'est intéressé à un gène en particulier, *SLC7A5*. Ce gène code un transporteur des acides aminés à chaîne ramifiée (AACR), indispensables au fonctionnement du cerveau, situé au niveau de la barrière hémato-encéphalique.

Les scientifiques ont étudié des souris chez lesquelles ce gène avait été délété au niveau des cellules endothéliales de la barrière hémato-encéphalique. Les souris présentaient une réduction des interactions sociales ainsi que des changements de comportement, retrouvés dans d'autres modèles murins d'autisme. Afin de déterminer si *SLC7A5* jouait également un rôle chez l'Homme, les chercheurs ont analysé les gènes d'enfants issus de mariages consanguins et présentant des troubles du spectre autistique. Ils ont identifié, chez certains enfants autistes, des mutations sur le gène *SLC7A5*. Enfin, en injectant directement dans le cerveau de souris adultes, présentant une délétion du gène *SLC7A5*, des acides aminés à chaîne ramifiée pendant 3 semaines, les chercheurs ont observé une

amélioration du comportement des souris. Ces résultats vont à l'encontre de l'idée qui voudrait que les symptômes du trouble autistique soient irréversibles.

« Ces résultats offrent une piste de traitement pour certains symptômes de cette forme de troubles du spectre autistique chez la souris, mais la traduction en traitement pour des patients atteints d'autisme demandera plusieurs années de recherche supplémentaires », souligne Dora Tarlungeanu, première auteure de l'étude. Gaia Novarino et ses collègues ont identifié, chez des patients atteints de troubles du spectre autistique, de déficience intellectuelle et d'épilepsie, des mutations dans un autre gène impliqué dans le catabolisme des AACR avant leur passage de la barrière hémato-encéphalique. « Il est possible que d'autres gènes responsables de l'autisme appartiennent à ce groupe », souligne le Pr Gaia Novarino.

La dette de la Sécurité sociale : la Cades doit encore amortir 135,8 milliards d'euros d'ici à 2024

Valls a eu beau se féliciter de la fin du « trou de la Sécu », la France supporte encore 135,8 milliards d'euros de dette sociale (à rembourser) générée par les déficits cumulés de l'Assurance-maladie, du régime général des retraites ou encore des allocations familiales. La Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) doit écouler sur les marchés financiers avant 2024, date programmée de sa disparition. Un an plus tôt que prévu par la loi grâce aux taux d'intérêt historiquement bas, qui lui ont permis de baisser de douze mois son horizon de vie. Elle a déjà réduit le fardeau qui lui a été transféré quasiment de moitié : sur les 260,5 milliards d'euros repris depuis sa création en 1996, elle aura amorti 124,7 milliards, à la fin de cette année. Il lui reste un peu plus de la moitié du chemin à parcourir en seulement huit ans ! La Cades reçoit chaque année les recettes générées par une partie de la CSG (contribution sociale généralisée) ainsi que la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale), plus un versement du Fonds de réserve des retraites (FRR). Depuis 2011, elle recevait également un prélèvement social sur les revenus du capital, mais ce dernier a été remplacé en 2016 par 0,12 point de CSG supplémentaire. Au total, la Cades aura ainsi perçu 16,8 milliards d'euros versés par la population française en 2016. Cette somme lui a permis d'amortir

14,4 milliards d'euros de dette cette année et de verser 2,4 milliards aux investisseurs. Pour 2017, elle devrait percevoir des ressources en hausse, à 17,3 milliards d'euros, avec un objectif d'amortissement voté par le Parlement de 14,9 milliards. En 2016, elle a ainsi repris l'intégralité du reliquat des déficits récemment accumulés - 23,6 milliards d'euros - en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011. Pourtant en 2016, les pertes de la Sécu n'ont représenté que 1 à 1,5 % des dépenses, selon le périmètre considéré.

Cancer du col de l'utérus : l'INCa préconise la généralisation du dépistage organisé

L'Institut national du cancer vient de publier le second volet d'une vaste enquête médico-économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le cancer du col de l'utérus touche plus de 3 000 femmes chaque année en France et environ 1 100 patientes en meurent. Or, on estime qu'un dépistage régulier permettrait d'éviter 90 % de ces cancers. Le premier volet de cette enquête médico-économique, publié en janvier 2016, avait pour objectif d'« identifier les différentes options de dépistage du cancer du col de l'utérus susceptibles d'être mises en œuvre » et de « caractériser les inégalités d'accès au dépistage constatées parmi certaines sous-populations de femmes ». Ce second rapport évalue « l'efficacité des différentes modalités de dépistage organisé possibles » pour les femmes âgées de 25 à 65 ans. Les interventions comparées incluaient le dépistage spontané fondé sur un frottis triennal et plusieurs modalités de dépistage organisées, le test HPV ainsi que le double marquage immunohistochimique. Il ressort de ce deuxième volet que la mise en place d'un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus apporterait une amélioration de la situation actuelle pour les cancers évités, la survie et la survie ajustée pour la qualité de vie des femmes, et permettrait d'atteindre l'objectif de réduction de l'incidence et de la mortalité de 30 % à 10 ans.

Le dépistage du cancer du col par frottis, réalisés régulièrement ou non, a-t-il vraiment un impact sur la mortalité? Et sur la survenue de ce cancer? Oui, selon une étude observationnelle portant sur les données de près de 12 000 femmes anglaises diagnostiquées

d'un cancer du col entre 2007 et 2013. Cette étude rassurante, publiée dans le *British Journal of Cancer*, montre en effet une baisse importante de la mortalité globale chez les femmes faisant régulièrement des frottis, en comparaison à celle constatée chez les femmes n'en faisant pas. Cette baisse encourageante est probablement liée à la détection de lésions pré-cancéreuses (« dysplasies ») dont le traitement (laser, cryothérapie ou conisation, en fonction du stade) préviendra l'évolution ultérieure vers un cancer du col.

ALD : malgré le 100 %, des restes à charge coûteux pour les malades

Le dispositif ALD est-il efficace? « Globalement oui », répond l'étude intitulée « Les frais cachés des affections longue durée » menée par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé. L'étude souligne cependant que les soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie sont parfois difficiles à assumer pour les malades, malgré la prise en charge à 100 %. Le reste à charge moyen d'un patient en ALD en 2013 était de 752 euros par an, avant le remboursement par une complémentaire santé, pour un total de dépenses de 6 300 euros par an. En comparaison, une personne sans ALD a une moyenne de dépenses annuelles de 1 800 euros par an, dont 673 euros de reste à charge. Pour autant, chaque patient ne reçoit pas les mêmes soins et les disparités en termes de reste à charge sont importantes selon la gravité de la maladie. Ainsi, pour le décile enregistrant les plus grosses dépenses de santé, le reste à charge grimpe à 1 700 euros par an et peut atteindre plusieurs milliers d'euros. Les patients en ALD, dont les parcours professionnels sont heurtés par la maladie et les revenus en baisse, renoncent parfois à certains soins, trop onéreux. Afin d'identifier les principaux postes de restes à charge, l'étude s'est penchée sur quatre ALD : le cancer du sein, le diabète, l'insuffisante rénale chronique et le VIH. Il en ressort que les frais d'hospitalisation figurent à plusieurs reprises parmi les dépenses les plus importantes. D'autres soins reviennent de manière récurrente dans le calcul des restes à charge. Il s'agit, entre autres, des dépassements d'honoraires, des frais dentaires et optiques, des soins dits « de confort » comme les crèmes hydratantes post-chimio, de la nécessité de consulter un psychologue, un diététicien, un podologue.

Création d'une grande base de données de santé, le Système national des données de santé

Un peu plus d'un milliard de feuilles de soins, 500 millions d'actes médicaux, 11 millions d'hospitalisations par an... Toutes ces données seront rassemblées à partir d'avril 2017 dans une base « *unique en Europe, voire au Monde* », a précisé le ministère de la Santé sur son site lors de la parution des décrets le 28 décembre 2016. L'entrée en vigueur de la base est prévue pour le 1^{er} avril 2017. Ce système constitue une base de données formidable pour les études de santé publique mais pose la question de la sécurité des données et de la vie privée. Quels organismes auront accès à la base? L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Haute Autorité de santé (HAS), les agences régionales de santé, les chercheurs des CHU et de l'Inserm, l'Agence de biomédecine, l'Institut national du cancer, l'Etablissement français du sang, ainsi que le service de statistiques du ministère de la Santé profiteront en permanence de ces informations. Celles-ci seront conservées dix-neuf ans en plus de l'année au cours de laquelle elles ont été recueillies, puis archivées dix-sept années supplémentaires. Les autres organismes publics et les entreprises pour avoir un accès devront demander l'autorisation à la Cnil et prouver l'intérêt public de leur démarche.

Les hôpitaux publics et les emprunts toxiques

Une étude « La charte populaire pour la santé » braque les projecteurs sur un aspect peu connu de la dette hospitalière: les emprunts toxiques. Réalisée à partir de documents officiels, elle a pour vocation d'aider les personnels de santé et au-delà le corps médical ainsi que les usagers à exercer un contrôle citoyen sur le service de santé et à engager le cas échéant les actions nécessaires.

Les emprunts toxiques sont une invention des banquiers pour accroître significativement leurs marges au moyen de montages spéculatifs risqués, sachant que seuls les emprunteurs supportent le risque. Ces emprunts ont été proposés aux acteurs publics locaux par Dexia à partir du milieu des années 1990, avant d'être commercialisés de façon industrielle au cours des années 2000 par l'ensemble des banques. Ces dernières les mettaient en place pour financer les nouveaux in-

vestissements mais aussi pour refinancer les encours existants. Un emprunt toxique est un montage qui associe un prêt classique et un ou plusieurs *produits dérivés*. Un produit *dérivé* est un instrument financier dont la valeur fluctue en fonction de l'évolution du taux ou du prix d'un produit appelé sous-jacent. L'*actif* sous-jacent peut être une *action*, une *obligation*, un indice boursier, une unité négociable d'une matière première, l'écart entre des taux courts et des taux longs, un taux de change entre deux ou plusieurs monnaies, etc. C'est l'évolution de la valeur du produit dérivé qui va conditionner le taux appliqué à l'emprunt, taux susceptible de varier à chaque échéance. Le produit dérivé permet de jouer sur les taux.

Pour expliquer le montage des emprunts toxiques, prenons l'exemple de l'emprunt dont le taux est indexé sur la parité entre l'euro et le franc suisse que l'on retrouve dans beaucoup de situations. En souscrivant ce type d'emprunt, un hôpital vend (sans le savoir) une option à la banque. La collectivité vend un cap à la banque qui protège cette dernière contre une évolution à la hausse du taux d'intérêt. Lorsque les taux des emprunts indexés sur la parité euro franc suisse se sont mis à flamber à partir de l'année 2010 et en janvier 2015, seuls les emprunteurs ont supporté la totalité des surcoûts. Les banques prêteuses ont présenté ces contrats spéculatifs (interdits par la loi) comme des produits de couverture de risque (autorisés eux par la loi). Si depuis la fin des années 2000 jusqu'à aujourd'hui, plus personne n'est dupe qu'il s'agissait d'une véritable supercherie, ni les pouvoirs publics, ni les tribunaux n'ont accepté de reconnaître cette réalité et d'en tirer les conséquences.

L'encours de dette passe de 9,8 MD € en 2003 à 29,3 MD € (1,4 % du PIB) en 2012, soit un triplement de l'encours en 9 ans. Le rapide et conséquent développement de la dette hospitalière qui triple entre 2003 et 2012 s'explique par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Pour M. Guillaume Wasmer, représentant le syndicat des managers publics de santé (SMPS), « la dette est la résultante d'un système « pousse au crime » ». Dans cet encours, les emprunts structurés représentent 15,7 % de l'encours de dette et les emprunts à risque élevé représentent 2,5 milliards d'euros, soit 9 % de l'encours total. Le coût de sortie de ces emprunts est estimé à 1,5 milliard d'euros, dont un milliard pour les emprunts les plus risqués. Pour la Cour des comptes, la sortie de ces emprunts va avoir « un impact considérable sur les comptes hospitaliers ». En juillet 2011, la Cour des comptes avait pointé la nature irrégulière de ces contrats en relevant « une évaluation financière structurellement faussée ».

Theresa May somme les généralistes britanniques de travailler davantage

L'épidémie de grippe qui frappe l'Angleterre alimente la polémique sur la situation du National Health Service et place le gouvernement en position défensive. Le NHS est au bord de la rupture. Le temps d'attente aux urgences explose : 23 % des patients ont attendu plus de quatre heures avant de voir un médecin. Deux patients sont morts sur un brancard dans un couloir du Worcestershire Royal Hospital. Partout, il manque des lits, des ambulances, des médecins... Le Dr Richard Kerr, membre du Collège royal des chirurgiens, dit n'avoir jamais vu une telle détérioration en 26 ans de carrière. La situation est si alarmante que la Croix-Rouge a été appelée à la rescousse. « Nous sommes face à une crise humanitaire », a souligné son directeur général Mike Adamson. Pour l'heure, afin de désengorger les urgences des hôpitaux, la Première ministre a appelé les cabinets de médecins généralistes à ouvrir 7 jours sur 7 et de 8 h à 20 h, sans quoi ils pourraient perdre des aides gouvernementales. « La Première ministre est dans le déni », a conclu le leader de l'opposition travailliste Jeremy Corbyn. Lors d'un face-à-face houleux au parlement, il a demandé à Theresa May si elle trouvait acceptable ce qui était arrivé à Jack, le bébé contraint de dormir sur une chaise aux urgences, dont la photo a fait le tour des réseaux sociaux et la Une du Daily Mirror. Elle montre ce bébé de 22 mois, seulement vêtu d'une couche. Faute de lit, il dort sur une couverture posée sur deux chaises en plastique rouge. Malgré une suspicion de méningite, Jack a attendu cinq heures aux urgences avant de voir un médecin... N'est-ce pas ce que propose Fillon pour la France ?

Homéopathie vs vaccin : la mise au point de l'ANSM sur la grippe

L'usage par certaines personnes de l'homéopathie en lieu et place de la vaccination anti-grippe inquiète les autorités sanitaires ? Alors que la campagne contre la grippe saisonnière frappe durement, l'Agence Nationale de sécurité du médicament a tenu à rappeler qu'aucun médicament homéopathique ne peut être considéré comme un vaccin. L'Agence du médicament rappelle qu'en France, trois vaccins grippaux inactivés (Influvac, Immugrip et le Vaxigrip) sont disponibles et pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre de

la campagne. En conclusion, l'ANSM insiste : l'usage de ces médicaments à la place de vaccins anti-grippaux constitue une perte de chance, surtout chez les personnes à risques de complications. Quand va-t-on en finir avec ces thérapeutiques qui ne font pas la preuve de leur efficacité ?

Les migrants contribuent à près de 10 % de la richesse mondiale

L'apport des immigrés, plus productifs à l'étranger, est essentiel aux grandes économies développées, montre une étude de McKinsey. Pour son 25e anniversaire, le Global Institute de McKinsey, dont la mission est d'analyser les questions de productivité, publie un rapport sur les migrants et leur impact économique mondial. Alors qu'ils regroupent aujourd'hui quelque 247 millions de personnes (qui exercent un métier ainsi que leur famille), soit 3,4 % de la population mondiale, les migrants contribuent à hauteur de 9,4 % du PIB mondial (quelque 6 700 milliards de dollars, l'équivalent du PIB du Japon et de la France réunis). « En dépit des inquiétudes et des controverses qui les entourent, les migrations transfrontières sont le résultat normal d'un monde plus interconnecté et d'un marché mondial du travail », note l'étude, qui se présente comme une défense et illustration des phénomènes migratoires. McKinsey établit dès le départ la distinction entre les « migrants volontaires » (on parle parfois de migrants économiques), qui constituent 90 % du total, et les autres (10 %, près de 25 millions de personnes), réfugiés ou chercheurs d'asile. Aujourd'hui, les migrants représentent 15 % de la population totale aux États-Unis, 13 % en Europe occidentale et 48 % dans les pays du Golfe arabe. D'un strict point de vue économique, les migrants, et pas seulement les gens hautement qualifiés, sont plus productifs en s'expatriant. Ils apportent quelque « 3 000 milliards de dollars de plus (par an) que s'ils étaient restés dans leurs pays d'origine ». Rien que pour l'économie américaine, l'apport des immigrés est essentiel, de l'ordre de 2 500 milliards de dollars, un chiffre considérable équivalent au PIB de la France, et que Donald Trump sera amené à méditer. Autre question très débattue, « de nombreuses études académiques ont démontré que l'immigration ne nuit pas à l'emploi ou aux salaires des autochtones », explique l'étude de McKinsey. Même si elle peut avoir des effets négatifs si l'on observe un grand mouvement de

migrants dans une région spécifique, si les migrants constituent des substituts directs aux travailleurs nationaux et si l'économie du pays de destination est en récession. Par ailleurs, si les migrants gagnent à partir de leur pays natal, leurs revenus restent en revanche inférieurs de 20 % à 30 % aux rémunérations des autochtones à qualification égale.

Les premiers ratés de la complémentaire santé pour tous

Après l'entrée en vigueur de la loi de janvier 2016 qui généralise les complémentaires santé pour les salariés, le niveau des remboursements a baissé, selon une étude. Mercer, leader mondial du conseil en ressources humaines, santé et prévoyance, a évalué les effets de la complémentaire santé pour tous les salariés. Un bilan dressé sur la base des actes médicaux facturés au 1,6 million de salariés des 2 000 entreprises françaises que conseille Mercer. Premier constat : l'arrivée des contrats « responsables » qui plafonnent les remboursements et la généralisation de la complémentaire santé en janvier 2016, s'est souvent soldée pour les patients par une baisse des remboursements. Selon Mercer, la somme restant à la charge du patient pour des honoraires facturés à l'hôpital passe de 8,40 € en moyenne en 2015 à 16,90 € un an plus tard, soit une hausse de... 101 % en un an. Le pire concerne les actes facturés par les spécialistes, qui pratiquent souvent des dépassements d'honoraires. La baisse des remboursements prévue dans les contrats responsables a entraîné une envolée du reste-à-charge de... 130 % ! Pour la consultation du généraliste, la dérive est plus modeste mais atteint tout de même 19 %. Certes, ces hausses concernent un faible nombre d'actes, puisque 95,6 % des factures étaient remboursées en totalité en 2015. Cependant, le nombre de fois où le patient y va de sa poche a quasiment doublé pour les actes de spécialistes. L'autre surprise concerne la réaction des assurés à ces déremboursements. Une partie des patients s'est détournée des établissements privés. Mercer a constaté que les factures de chirurgie des cliniques ont baissé de 20 %. Dernier effet inattendu, et pas des moindres : face aux protestations des assurés, « une surcomplémentaire leur a été proposée dans plusieurs entreprises, y compris de la grande distribution low-cost », souligne le directeur adjoint. Six salariés sur dix ont adhéré à cette option ! Surcoût moyen : 20 € par mois.

Lits hospitaliers plus nombreux en Allemagne qu'en France

Tous les pays depuis 2000 ont réduit leur capacité d'accueil, à l'exception de la Bulgarie. Au lieu de 6,7 lits pour 1 000 habitants au début du millénaire, la moyenne s'établit désormais à 5,2. Dans l'Hexagone, elle s'élève à 6,2. En Allemagne et en Autriche, les capacités hospitalières sont les plus élevées avec respectivement plus de 9 lits pour 1 000 habitants et 8,2 lits pour 1 000 habitants. Ce haut taux est associé à une plus longue durée de séjour. Les ratios les plus bas sont observés en Suède, Irlande, Royaume-Uni et Suède. Il y a 60 000 lits publics de moins en 14 ans en France. Cette réduction s'accompagne d'une chute des lits du secteur public dans la quasi-totalité des pays. Se distingue toutefois l'Allemagne. Si le nombre de lits publics a fléchi de 330 000 lits en 2002 à 270 000 en 2014, ceux du secteur privé ont augmenté durant la même période de 170 000 à 200 000. En France, le phénomène est plus limité. Le secteur public a perdu 60 000 lits en quatorze ans (320 000 en 2000, 260 000 en 2014). Contre toute attente, les cliniques en ont gagné 2 000 durant cette période (96 000 à 98 000). Quant au nombre de médecins diplômés en France, le taux est l'un des plus bas dans les pays de l'OCDE avec 10 pour 100 000 habitants alors que la moyenne pour l'Europe de 26 s'établit à 12,3. Le nombre de médecins par habitant a augmenté dans presque tous les pays sauf en France où il est resté stable. Mais c'est bien dans le domaine de la santé publique où la France détient un bonnet d'âne. Elle consacre seulement 1,9 % des dépenses de santé à la prévention. La moyenne dans les pays de l'Union européenne s'établit à 3 %. Alors, le modèle allemand ?

Retraite : l'impact rétrograde des réformes

Les mesures prises depuis 2010 baisseront de 4,5 % la pension cumulée d'une personne née en 1980. Les mesures prises sont pénalisantes pour les bénéficiaires. C'est ce que montre une étude du ministère des Affaires sociales. Premier enseignement, les réformes mises en œuvre depuis 2010 auront pour effet de décaler de deux ans l'âge moyen de départ du monde du travail pour la génération née en 1980, si bien que les hommes passeront 24 ans à la retraite et les femmes, 28,5 ans. Soit quasiment autant que la génération de

1950. Surtout, si le principe de 2003 - voulant que les deux tiers des gains d'espérance de vie se transforment en hausse du nombre d'années travaillées et un tiers en temps de retraite supplémentaire - avait été appliqué, la génération 1980 aurait eu droit à une retraite un peu plus longue. Les différents gouvernements ont donc préféré aller plus loin pour dégager encore plus d'économies. Et en la matière, la réforme Woerth de 2010, qui a décalé de 60 à 62 ans l'âge légal de départ à la retraite et de 65 à 67 ans l'âge où on peut partir sans décote, a eu bien plus d'effet que celle de 2014 qui a simplement relevé (à compter de 2020) la durée de cotisation. Les différentes réformes menées depuis 2010 réduiront aussi le montant des pensions, et notamment la loi Touraine de 2014 qui augmente à terme de 1,5 an la durée de cotisation pour prétendre à une retraite à taux plein et a décalé, du 1er avril au 1er octobre, la date de revalorisation annuelle des pensions. L'impact des décisions prises à l'automne 2015 par les partenaires sociaux pour sauver les régimes de retraite complémentaire est également important : moindre évolution des pensions par rapport à l'inflation, recul des rendements (100 euros cotisés donnent droit à de moins en moins de pension) et décalage de la date de revalorisation. Au final, en combinant les effets sur la durée et le montant, les réformes mises en place depuis 2010 diminueront la pension qu'une personne peut espérer percevoir tout au long de sa retraite de 1,3 % pour la génération née en 1950 et de 4,5 % pour celle née en 1980.

Les notes de lecture

Note de lecture par Jacques Bénézit

« Un silence religieux, la gauche face au djihadisme »

Jean Birnbaum, *Seuil*, janvier 2016, 235 pages

Le titre du livre de Jean Birnbaum, directeur du *Monde des livres*, exprime clairement sa démarche. L'auteur nous invite à saisir les raisons de ce « silence religieux » dont la gauche aurait fait preuve, après les attentats de 2015. Sa thèse : l'absence de réflexions des forces de gauche sur la religion la priverait de toute possibilité de penser et de comprendre le fait religieux dans sa globalité et plus spécifiquement de comprendre les ressorts du djihadisme. « Tant est si bien écrit-il que depuis les attentats de janvier 2015, on a envisagé toutes les explications, toutes les causalités possibles, sauf une : la religion. »

Par sous-estimation de la force mobilisatrice du religieux ou par volonté de ne pas stigmatiser la population musulmane la « gauche » n'aurait pas voulu entendre les revendications proprement religieuses des auteurs des attentats. « Les hommes qui ont perpétré les attentats [...], (ont) à chaque étape de leur radicalisation mis en avant la religion comme la force motrice de leur action, l'horizon permanent de leurs gestes ».

Ce qui est en jeu nous dit l'auteur c'est la réticence, qui est la nôtre désormais, à envisager la croyance religieuse comme causalité spécifique et d'abord comme une force politique. En témoigne la diversité des « profils sociaux » des personnes influencées par le djihad. « (...) ils ont en commun une même trajectoire dans l'indignation, la rébellion et l'espérance » et un même objectif commun « construire le royaume de Dieu » ici bas. Propos qui soulignent combien le mal-être social, la quête de sens ou la recherche d'un autre avenir peuvent conduire à une « radicalisation » dans laquelle les personnes les plus « fragilisées » deviennent vite « une proie » pour les extrémistes idéologisés de « l'état islamique ».

Pour l'auteur la religion acquiert une large autonomie et tout ce passe comme si nous ne serions plus capables de reconnaître cette force autonome. Cet « aveuglement » dit-il n'est pas un phénomène nouveau, puisque déjà, par le passé, l'élan religieux qui animait la révolution en Iran ou les Forces de libération nationale en Algérie avait été largement sous estimé. Les deux chapitres consacrés à ces périodes

de l'histoire auraient probablement mérité un regard plus précis des réalités. Concernant l'Iran par exemple, nous pensons avec l'auteur que les forces de progrès, en France et ailleurs, n'ont peut-être pas suffisamment perçu le rôle joué par la religion dans la révolution en 1979. Les mosquées, dans un contexte de répression, étaient devenues de vrais lieux de résistance où la parole se libérait. Mais ne gommons pas trop rapidement le rôle joué par le peuple, qui, dans sa diversité, chassa du pouvoir le Shahs (mis en place par les États-Unis) et ouvrit la voie aux changements possibles. Dans une situation complexe, due à la faiblesse du mouvement progressiste iranien et à l'absence de perspective politique crédible, l'Ayatollah Khomeiny eut suffisamment d'espace pour œuvrer à la mise en place d'un État à forte dominante religieuse. La religion est alors apparue comme force de propositions et d'actions capable de rassembler des gens profondément hostiles au régime du Shah. Elle a été suffisamment clairvoyante pour incarner la réalité des rapports sociaux du moment.

Mettre la religion entre parenthèses, voilà une pratique coutumière d'une grande partie de la gauche, explique Jean Birnbaum : son histoire et ses sources philosophiques, semble la mettre en incapacité de comprendre les raisons d'agir des personnes et des groupes. Sa culture s'est « largement bâtie sur une volonté d'éradication du religieux et donc aussi sur une tendance à l'escamoter ». Il rappelle les propos du psychanalyste Daniel Sibony « Les croyants ont peur de "Dieu", les non-croyants ont peur d'en parler ».

Pourtant le besoin de comprendre les religions, ou plus exactement de comprendre le fait religieux, est une nécessité pour qui, croyant ou non-croyant, souhaite transformer la société. Constructions humaines, loin d'une « pensée unique », les religions, dans leur diversité, ne sont pas des entités hors du temps et de l'espace. Elles sont influencées et influencent les réalités politiques, sociales, culturelles et l'ensemble des débats qui traversent la société dans laquelle elles évoluent. Dans un chapitre consacré à Marx l'auteur nous rappelle la formule devenue célèbre : « la religion est l'opium du peuple ». Pour Marx la religion est certes une manifestation de la détresse des individus qui peut prendre une certaine forme d'aliénation, mais elle est aussi une manifestation de résistance à cette détresse dont l'exemple le plus significatif nous vient de la théologie de la libération. Propos qui ne manquent pas de résonance dans la période actuelle.

A l'heure où l'obscurantisme religieux manifeste fortement sa présence le « silence » n'est plus permis poursuit-il. Si toutes les religions sont travaillées par un raidissement identitaire, une tentation intégriste, l'islam est celle où l'effervescence fondamentaliste est aujourd'hui la plus apparente. Pour combattre cet intégrisme, dont le djihadisme est une traduction violente rappelle l'auteur, il faut d'abord reconnaître la « guerre » qui fait rage au sein de l'islam entre ceux qui lisent les textes coraniques pour les interpréter, en faire un message de paix et ceux qui se les approprient pour dominer et distiller un message de haine. Aussi appelle-t-il à soutenir « tous les musulmans qui cherchent à se réapproprier au jour le jour leur religion » et se battent contre cette violence, cette perversion de l'islam, citant pour illustrer son propos quelques noms d'intellectuels musulmans à la pointe de ce combat : Mohamed Arkoun, Rachid Benzine,...

Faire face à ce défi nécessite-t-il, pour la gauche, de se pencher sur les textes fondamentaux et doctrinaux comme le suggère l'auteur? Certes il faut soutenir toutes celles et tous ceux qui, parmi les fidèles de l'islam, cherchent à dépasser une lecture figée des textes coraniques pour les réinterpréter à partir de leur contexte. Un travail que nombre de théologiens musulmans pensent indispensable afin d'harmoniser la religion musulmane aux aspirations des peuples. Pour autant mettre « l'État islamique » hors d'état de nuire ne se fera pas uniquement par une « explication » de texte. Il est indispensable de faire reculer, sur le terrain et dans les têtes, ce qui a fait naître et grandir ce monstre : les logiques de guerre et de destruction des États, les dominations, les injustices, les peurs, les haines....

Si à trop essentialiser la religion on risque de banaliser les batailles politiques et idéologiques pourtant indispensables le livre de Jean Birnbaum nous lance néanmoins une invitation à ne pas écarter trop vite de notre réflexion l'analyse du fait religieux.

Le courrier des lecteurs

Lettre de Jean-Pierre Basset : Maternité de Die, 30 ans déjà !

Il y a 30 ans le 13 décembre, se déroulait la 1^{re} manifestation pour le maintien de la maternité de Die dont la survie conditionne l'existence de l'hôpital. Depuis, plus de 30 manifestations et actions diverses se sont tenues, la maternité est toujours en activité, environ 3 500 bébés y sont nés. La maternité existant encore, l'hôpital est toujours là avec ses différents services. Il est donc cocasse d'observer que les ARS sont sollicitées par la DGOS (Direction Générale d'Offre de Soins) afin « *d'organiser le diagnostic des populations situées à plus de 30 minutes d'un accès aux soins d'urgence...* ». Imaginons un instant le sort des populations du haut diois, situées à 25, 30 minutes de l'hôpital de Die, si ce dernier une fois fermé elles étaient dirigées sur les hôpitaux de Crest ou de Valence ! Il faut

rappeler que c'est à l'initiative des élus communistes Jean Pierre Rambaud et Jean Louis Simon qu'avait été lancé le mouvement quand ces derniers avaient refusé de voter la fermeture lors de la réunion du CA de l'hôpital début décembre 1986, entraînant la 1^{re} manif, 13/12/86 et la création du « Comité de Défense ». Enfin il ne faut pas ignorer le « programme santé » du candidat de la droite F. Fillon : extrait : « *l'organisation des activités hospitalières doit être revue avec un nombre limité d'hôpitaux dotés de plateaux techniques de hauts niveaux (...) il faudra réorienter ou reconverter des établissements (structures de petites urgences...) mais aussi en fermer certains* ». Les habitants du Dois peuvent conserver et entretenir leurs banderoles, elles sont appelées à resservir.

Lettre de Yvonne Rainero, Quimper, le 27 novembre 2016: L'humain n'a pas de prix!

Deux faits rendus publics cette semaine par la presse régionale et concernant le centre hospitalier de Quimper-Concarneau dans le Finistère témoignent des dangereuses dérives que subit notre système de santé du fait des politiques d'austérité et de la déshumanisation qui s'en suit. Chacune de ces deux informations est en elle-même une dénonciation de cette société où l'humain cède le pas devant les exigences de rentabilité, et leur juxtaposition fait sens.

La première est le témoignage d'une Brestoise de 83 ans.

Venue fin octobre à Quimper rendre visite à sa sœur, pensionnaire d'une résidence pour personnes âgées, elle est prise d'un malaise et se retrouve aux urgences de l'hôpital quimpérois. Après avoir été examinée vers 16 h par une interne et subi des examens, elle reste 6 h sur un brancard sans qu'il lui soit proposé à boire ou à manger, pas même un verre d'eau, ni de donner un coup de téléphone. Et il est près de 23 h quand l'interne lui explique qu'elle n'a plus besoin de soins et l'invite donc à quitter l'hôpital. Sans doute pour rentrer chez elle en pleine nuit à 80 km de là?

Cette octogénaire, « hébétée », a pu finalement appeler un taxi pour gagner la maison de retraite de sa sœur où on lui a fourni une chambre pour la nuit. Lucide, elle dénonce la déshumanisation à laquelle elle a été confrontée et souhaite alerter l'opinion pour « qu'on ne laisse pas les hôpitaux devenir complètement impersonnels » mais ne veut pas accabler le service des urgences, ayant pu constater combien il est surchargé. Elle ajoute qu'elle plaint les médecins et les personnes qui y travaillent.

Il y a quelques mois les salariés des urgences de Brest étaient en lutte pour obtenir plus de moyens. En septembre, la totalité des médecins urgentistes de l'hôpital de Quimper se sont à leur tour mis en grève. Les menaces sur les urgences de Carhaix, le refus de rouvrir les urgences de nuit à Concarneau, ont aussi mobilisé ces dernières semaines salariés et usagers. À force de suppressions ici, de concentrations ailleurs, les services d'urgences fonctionnent à flux tendu, la démographie médicale s'ajoutant aux politiques d'austérité pour rendre la situation encore plus critique. Le dévouement des soignants, eux-mêmes en grande souffrance au travail, ne peut compenser le manque criant de moyens et de personnel dans les hôpitaux comme dans les EHPAD. Cela peut aller jusqu'à ce qu'il faut bien qualifier de maltraitance, à l'égard des patients comme des soignants.

Deux jours plus tard, une autre information, tout aussi choquante, apportait un éclairage complémentaire à ce triste fait divers.

On apprenait en effet que la cour administrative d'appel de Nantes a rétabli l'amende de 82 000 € infligée à l'hôpital quimpérois, et qu'avait précédemment annulée le tribunal administratif de Rennes. Cette sanction repose sur une inspection diligentée fin 2009 à la suite de laquelle l'ARS (Agence Régionale de Santé) de Bretagne avait reproché à l'hôpital de Quimper des « anomalies » dans l'application de la tarification à l'activité (T2A) et notamment « des séjours injustifiés ». Traduire que l'on punit le centre hospitalier pour avoir hospitalisé ou gardé trop longtemps à l'hôpital des patients sans raison médicale suffisante... selon l'ARS!

Le gendarme de la santé qu'est l'ARS exerce une forte pression pour réduire le coût et donc la durée des séjours hospitaliers, au prix parfois de la nécessité de réhospitaliser un patient trop tôt sorti, et sans tenir compte des réalités humaines: personnes âgées, isolées, en fragilité sociale.

On peut juger des conséquences que peut avoir une telle pression dans un département comme le Finistère particulièrement concerné par le vieillissement et où les indicateurs de santé ne sont pas bons. La tarification à l'activité qui consiste à financer les hôpitaux non selon les besoins de santé mais selon l'activité, a été créée en 2004 avec un objectif clair: réduire les dépenses publiques de santé et franchir un pas de plus vers sa marchandisation. Cette tarification a fortement contribué à mettre en difficulté les hôpitaux publics, à réduire la prise en charge des besoins de santé, et elle a provoqué des dysfonctionnements absurdes dans l'organisation des soins. Avec la loi Bachelot-Sarkozy qui a installé les ARS, la loi Touraine-Hollande qui a renforcé leurs pouvoirs et leur caractère autoritaire, et créé les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), c'est une véritable machine de guerre contre le droit à la santé qui a été mise en place.

Et la droite nous promet pire encore.

Le pacte d'engagements communs que le parti communiste met en débat dans la population, propose de tourner le dos à ces orientations régressives avec entre autres l'abrogation des lois Bachelot et Touraine, et donc la suppression des ARS, un moratoire sur les fermetures et démantèlements d'hôpitaux, et la suppression de la tarification à l'activité qui s'inscrit dans un plan de financement de l'hôpital public à la hauteur des besoins.

Lettre du D^r Fabien Cohen : Sondages et politiques de santé !

À quelques mois des prochains scrutins électoraux, des premiers sondages, nous donnent un premier aperçu du rapport de la santé tant aux politiques qu'aux citoyens.

Après la Loi Hôpital Patient Santé Territoire, de Mme Bachelot, qui a ouvert une nouvelle période de réorganisation de notre système de santé, avec notamment les Agences régionales de santé et les reconcentrations en tout genre sur une politique de réduction des moyens publics, nous avons connu celle, sociale-libérale, de M^{me} Touraine. Elle a confirmé avec sa Loi de Modernisation du système de santé, la stratégie précédente, en creusant le même sillon de la rigueur économique, Pacte de responsabilité oblige, et des restructurations conduisant à une accentuation ciblée de la désertification médicale.

Comment, dans ce contexte, les médecins, les patients, les Français perçoivent la place de la santé dans le débat public et politique ? C'est ce qu'a tenté de faire l'organisme de sondage ODEXA⁽¹⁰⁾ avec son Baromètre santé 360 (Novembre 2016). Les enseignements clés de ce sondage, c'est que la santé fait partie des priorités absolues des Français, et constitue le seul domaine d'action de l'État où les Français (plus des trois-quarts) pensent que leur pays est en meilleure situation que ses voisins européens. D'ailleurs, les deux-tiers d'entre eux accordent à la France la médaille d'or dans ce domaine, loin devant l'Allemagne ou le Royaume-Uni. L'image qu'ont les Français des acteurs du système de santé (médecins notamment) est d'ailleurs exceptionnellement bonne alors qu'ils sont largement critiques à l'égard des autres élites (politiques, journalistes, hauts fonctionnaires). Une bonne image qui s'appuie sur un réel très bon retour d'expérience des patients : 88 % se déclarent satisfaits, soit encore plus que ce qu'imaginent les médecins.

Pour autant, cette situation ne saurait durer. Nombre de ces Français, patients comme médecins, sont persuadés que leur système de santé va se dégrader à l'avenir... et sont mêmes les plus convaincus en Europe d'une telle déchéance. Plus d'1 Français sur 2 estiment que leurs enfants seront moins bien soi-

gnés qu'eux-mêmes. Ils considèrent aussi que la situation de leur système de santé devient préoccupante, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Cela concerne : le nombre de médecins répartis sur l'ensemble du territoire ; les délais d'obtention de rendez-vous avec un médecin généraliste ou spécialiste comme ceux pour réaliser des examens de santé approfondis (IRM, scanner, etc.).

Ils voient avec inquiétude reculer la prévention auprès de l'ensemble des citoyens pour éviter ou retarder le plus possible les maladies graves, comme la qualité des soins au sein du système hospitalier Français. Plus particulièrement, c'est l'accès aux médecins spécialistes et le parcours de soins à l'hôpital qui est source d'insatisfaction pour les Français. Ils pointent le risque de voir de plus en plus s'allonger le temps entre le moment où ils ont commencé à rencontrer des problèmes de santé et celui où un médecin a réussi à diagnostiquer leur maladie. Ils redoutent et s'inquiètent du manque de disponibilité des soignants à les écouter. Pour eux, là où la dégradation est la plus patente, c'est l'accessibilité à la permanence des soins, à trouver un médecin généraliste le soir et le week-end, le temps d'attente aux urgences, la disponibilité de leur médecin traitant ou l'accompagnement des services médico-sociaux et/ou associatifs tout au long de leur parcours de soin.

Pour 45 % d'entre eux, il est urgent de le réformer notre système de santé, pour répondre à ces exigences ! Mais seuls 18 % des Français pensent qu'il va falloir couper dans les dépenses de santé et dans les soins proposés si on veut sauver le système de santé français. Ils sont très réticents, voir opposer, à remplacer une consultation par un diagnostic à distance (médecin par téléconférence) ; ne pas rembourser les médicaments que l'on peut acheter sans ordonnance même s'ils ont été prescrits par le médecin ; accepter que les hôpitaux les plus près de chez eux puissent être fermés et remplacés par des centres hospitaliers un peu plus éloignés même s'ils sont plus modernes avec un plus haut niveau d'excellence, plus de personnel et plus d'équipements ; payer un peu plus de leur poche pour consulter un médecin ; cotiser un peu plus pour la Sécurité sociale ou à une mutuelle.

Une angoisse qui tranche avec la grande satisfaction de la Ministre, et que les programmes des candidats au Primaire de la Droite ou de l'extrême droite ne sauraient rassurer. Pour autant, cela ne semble pas alar-

¹⁰ Du 27 au 31 mai 2016. Sondage élaboré dans le respect de la norme internationale ISO 20252 « Études de marché, études sociales et d'opinion ». Étude réalisée par Internet via l'Access Panel online d'Ipsos. 2000 personnes constituant un échantillon national représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

mer, ces responsables politiques comme ceux issus de la majorité gouvernementale. Pas étonnant que dans ce sondage, plus d'1 Français sur 2 ne fait confiance ni à la « gauche », ni à la droite pour mener cette réforme pour un système de santé plus efficace. 68 % d'entre eux, pensent même que les réformes qu'ils mettront en place auront au final des répercussions négatives sur la qualité de soins, alors que l'on leur demandera de faire des choix et des sacrifices.

De ce point de vue, les Français n'ont pas de grandes illusions, puisque les trois-quarts d'entre-eux pensent que la santé sera la grande absente des débats politiques et électoraux, alors qu'il est bien plus présent dans d'autres pays Européens. Pour 8 Français sur 10, les questions de santé n'occupent pas une place assez importante dans le débat de l'élection présidentielle de 2017.

Alors, faut-il se fier, au 55 % de Français qui affirme que les propositions que feront les candidats à l'élection présidentielle auront un impact sur leur choix au moment du vote? Cela sera-t-il suffisant pour inciter les « impétrants » à enfin se saisir de ce sujet?

Document

La troisième guerre mondiale est sociale

Par Bernard Thibault

Quelques extraits

NDLR: Bernard Thibault nous a autorisé à donner ici quelques extraits de son récent livre « La troisième guerre mondiale est sociale » publié aux Éditions de l'Atelier / Éditions Ouvrières, à Ivry-sur-Seine, en 2016. Nous voulons par-là attirer l'attention de nos lecteurs sur cet ouvrage très intéressant de 224 pages. En effet il donne à voir les éléments de la mondialisation et de la libéralisation de l'économie et leur impact sur la crise sociale que traversent tous les pays. Cette démarche s'inscrit dans le projet que la rédaction des Cahiers en lien avec le Conseil scientifique de la Fondation Gabriel Péri conduit pour lancer un colloque international sur la « Protection sociale pour tous les peuples » qui se tiendra en novembre 2017 à Paris.

Rappelons que né en 1959, Bernard Thibault a été cheminot à la SNCF à partir de 1974. Il a exercé diverses responsabilités au sein de la fédération CGT des cheminots : secrétaire du syndicat de Pajol-Villette (1980-1982), puis du secteur de Paris-Est (1982-1987), il a été secrétaire général adjoint (1988-1993) puis secrétaire général (1993-1999) de la fédération des cheminots. Élu secrétaire général de la CGT en 1999, il a exercé cette responsabilité jusqu'en 2013. En 2014, il a été élu en tant que membre du collège travailleurs au conseil d'administration du BIT (Bureau international du travail). Il est l'auteur de deux livres : *Qu'est-ce que la CGT?* (L'Archipel, 2002) et *Ma voie ouvrière* (Stock, 2004). Cette position nouvelle au sein de l'OIT (Organisation internationale du travail) lui permet d'ouvrir le champ de la réflexion sociale sur le monde entier ; merci à lui de nous permettre d'en bénéficier.

L'entreprise est le lieu où se confrontent les intérêts respectifs des travailleurs et des employeurs. C'est peu de dire qu'en matière de conception et d'application des normes internationales, les divergences sont aiguës, dans un contexte où les modèles d'entreprise évoluent et où l'influence grandissante des multinationales leur permet de se jouer des règles établies par les États. Changer cette situation demande de fixer de nouvelles exigences à la responsabilité sociale des entreprises de façon à ce que ces dernières inscrivent le respect des normes internationales du travail dans leurs pratiques. (page 145)

Photographie sociale du monde (Pages 15 à 19)

Il est essentiel à mes yeux d'avoir une juste vision de la réalité que vivent les travailleurs du monde si l'on veut pouvoir débattre utilement des mesures à prendre

pour remédier à cette situation. Il existe bien sûr de multiples façons d'appréhender ces réalités ainsi que de nombreuses sources permettant de se forger une opinion éclairée sur ces sujets. Pour ma part, je fais le choix de m'inspirer des travaux et des rapports officiels de l'OIT qui guident son action et reposent sur une capacité d'analyse et d'expertise sans équivalent.

Des chiffres qui valent tous les discours

Le rapport présenté par le directeur général du Bureau international du travail (BIT), Guy Ryder, en juin 2015⁽¹¹⁾ alerte sur une situation qui n'est pas tenable. La photographie sociale actuelle du monde appelle à l'évidence une réaction adaptée. Que chacun en juge :

- Si le nombre de travailleurs en situation d'extrême pauvreté a baissé au cours des dernières décennies, les avancées sont plus modestes depuis 2013. Il existe à travers le monde 1,4 milliard de personnes qui vivent avec moins de 5 dollars par jour (4,50 euros)⁽¹²⁾. Parmi eux, 319 millions de travailleurs vivent avec moins de 1,25 dollar par jour, soit... 1,10 euro !
- La majorité d'entre eux vivent dans les pays en développement. Cependant, le niveau de pauvreté demeure également préoccupant dans beaucoup de pays industrialisés.
- Les inégalités se sont creusées dans de nombreux pays au cours des quarante dernières années. Ainsi

¹¹ La plupart des chiffres cités proviennent, sauf mention contraire, du rapport du directeur général. Voir Conférence Internationale du Travail, « L'initiative du centenaire sur l'avenir du travail », ILC.104/DG/I, 104^e session, mai 2015.

¹² BIT, « Emploi et questions sociales dans le monde: tendances pour 2016 », Genève, 2016.

la part de la rémunération du travail dans le produit intérieur brut (PIB) mondial a baissé. De 75 % au milieu des années 1970, elle est descendue à 65 % au milieu des années 2000 si l'on se réfère aux chiffres du rapport du directeur général déjà cité. Pour Thomas Piketty, la courbe qui traduit le rapport capital-travail prend la forme d'un U depuis le démarrage de la révolution industrielle au milieu du XIX^e siècle: jusqu'à la fin des Trente Glorieuses, le capital cède du terrain de manière quasi continue, mais inverse cette tendance dès le début des années 1970 pour rapidement faire décroître la part dévolue au travail dans le partage de la valeur ajoutée⁽¹³⁾.

- L'impact de la protection sociale sur la prévention et la réduction de la pauvreté dépend de l'existence et de la qualité des systèmes nationaux de sécurité sociale. On estime aujourd'hui que 73 % de la population mondiale ne bénéficient pas d'une protection sociale adaptée. Ainsi, 40 % de la population ne sont pas affiliés à un système couvrant les soins de santé.
- Seuls 12 % des chômeurs perçoivent une indemnisation et cette proportion est en baisse constante depuis 2009.
- 28 % des femmes peuvent bénéficier d'allocations maternité.
- Près d'une personne âgée sur deux ne perçoit aucune pension de retraite. Beaucoup sont ainsi condamnées à garder une activité tant que leur santé le leur permet. Seuls 30 % de la population en âge de travailler cotise actuellement pour une pension future⁽¹⁴⁾. Cette situation est d'autant plus alarmante que les prévisions démographiques font apparaître que la population mondiale âgée de plus de 65 ans passera de 8 à 14 % en 2040.
- L'évolution démographique se traduit par l'arrivée de 40 millions de personnes sur ce que d'aucuns appellent le « marché du travail⁽¹⁵⁾ » chaque année, ce qui suggère que l'économie mondiale devrait être en mesure de créer plus de 600 millions d'emplois d'ici à 2030. Tout, dans les prévisions, laisse malheureusement penser que l'on sera loin du compte!
- L'emploi est un facteur déterminant pour les droits sociaux. En 2015, le chômage touchait quelque 197,1 millions de personnes – soit près d'un million de plus que l'année précédente et plus de 27 millions de plus qu'avant la crise. Les économies

des pays émergents devraient voir leur nombre de chômeurs gonfler de 2,4 millions en 2016. Dans les économies avancées, c'est le sous-emploi qui devrait persister, voire augmenter sous diverses formes (travail temporaire, travail à temps partiel subi, ou encore faibles taux d'activité, notamment chez les femmes et les jeunes)⁽¹⁶⁾.

- Le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans est deux fois et demie plus important que pour les autres tranches d'âge, y compris pour les jeunes diplômés.
- Même en progression, le taux d'emploi des femmes reste de 26 % inférieur à celui des hommes. L'écart de rémunérations entre hommes et femmes est supérieur à 20 %, en défaveur d'une population féminine surexposée dans le même temps aux emplois précaires (contrats à temps partiel, CDD, intérim).
- À l'échelle mondiale, la moitié de la population active travaille dans le secteur informel, c'est-à-dire sans contrat de travail⁽¹⁷⁾.
- Ce travail informel progresse, y compris dans les pays développés. La France n'échappe pas à cette tendance où la part de l'activité non déclarée est estimée à 6,9 %⁽¹⁸⁾ du PIB et susceptible d'employer plusieurs centaines de milliers de personnes.
- 2,3 millions de travailleurs décèdent chaque année du fait d'un accident ou d'une maladie liés au travail. Il existe ainsi plus de victimes dans le cadre du travail qu'il n'y en a dans tous les conflits et guerres réunies au cours d'une année!
- Le nombre de personnes en âge de travailler qui ne le peuvent plus pour cause de maladie ou d'incapacité dépasse désormais le nombre de chômeurs!
- Pour illustrer le caractère massif et tragique de ces atteintes à la santé des travailleurs, lors d'un récent voyage à Honk Kong, des syndicalistes chinois me rapportaient qu'il y avait 114 doigts coupés chaque jour dans les usines de la seule province chinoise du Guandong⁽¹⁹⁾. Plus globalement, la Chine comptait officiellement 66 000 décès dans des accidents industriels en 2014. L'explosion spectaculaire dans un entrepôt de Tianjin, en août 2014, avait fait à elle seule près de 200 morts et disparus et plus de 700 blessés. Tous secteurs confondus et sans comp-

¹³ Thomas Piketty, *Le Capital au XXI^e siècle*, Le Seuil, 2013.

¹⁴ BIT, « World Social Protection Report, 2014-2015 », Genève, 2014.

¹⁵ Voir le chapitre 7 pour l'usage abusif de cette notion de marché du travail.

¹⁶ BIT, « Emploi et questions sociales dans le monde. Tendances 2016 », Genève, 2016.

¹⁷ Voir à ce sujet BIT, « World Employment and Social Outlook: Trends 2015 »; et CIT, « La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle », rapport V (1), 103^e session, Genève, 2014.

¹⁸ Estimation de l'OCDE pour 2012.

¹⁹ 106 millions d'habitants en 2014 pour cette province du sud de la Chine qui accueille nombre de multinationales du textile et du jouet.

ter les victimes de maladies professionnelles, le nombre de morts au travail en Chine dépasse sans doute allègrement les 100 000 victimes par an⁽²⁰⁾.

- Si le travail des enfants a reculé de près d'un tiers depuis les années 2000, on compte encore au moins 168 millions d'enfants astreints au travail, dont 85 millions dans des travaux dangereux.
- 21 millions de personnes sont victimes du travail forcé, dont 5,5 millions d'enfants.
- Les profits illégaux générés par le travail forcé et l'esclavage « moderne » s'élèvent au moins à 150 milliards de dollars par an!
- La moitié de la population mondiale vit dans des pays qui n'ont pas ratifié les conventions n° 87 et 98 de l'OIT, c'est-à-dire les textes internationaux qui protègent la liberté syndicale, le droit de grève et le droit à la négociation collective. La Confédération syndicale internationale (CSI)⁽²¹⁾, dans son rapport annuel 2015⁽²²⁾, détaille les violations du droit syndical.
- Les États du Golfe figurent parmi les pires pays du monde pour les droits des travailleurs. En Europe, sous la pression des plans d'austérité, les droits syndicaux et la négociation collective s'affaiblissent. Sur les 141 pays étudiés dans le rapport, les situations les plus critiques et les plus violentes se situent en Arabie saoudite, au Belarus, en Chine, en Colombie, en Égypte, aux Émirats arabes unis, au Guatemala, au Pakistan, au Qatar et au Swaziland. Des syndicalistes ont été assassinés dans onze pays pour leurs activités, dont 22 rien qu'en Colombie.

Au-delà des chiffres : la guerre sociale (pages 19 à 21)

Il me semble indispensable d'insister sur les réalités que révèlent ces chiffres et, au-delà des éléments statistiques⁽²³⁾, sur ce qu'ils induisent au quotidien pour des centaines de millions d'hommes, de femmes et d'enfants.

Nous n'avons jamais produit autant de richesses et de biens matériels qu'aujourd'hui et pourtant, la situation de ceux qui les produisent et de leurs familles est loin de s'améliorer. Certes, la situation faite aux tra-

vailleurs n'évolue pas en tout point du globe de façon identique. On trouvera des différences, voire des exceptions, au sein de chaque continent et des pays qui les composent. Si pendant plusieurs décennies le « progrès social » s'illustrait par une progression des droits, des libertés et des conditions matérielles, ce n'est plus le cas aujourd'hui; les luttes syndicales et les débats politiques ne produisent plus les effets d'entraînement d'hier. Dans une économie de plus en plus globalisée, la situation générale des travailleurs se détériore à tel point que les droits sociaux des pays les plus avancés, qui devraient servir de points de repère aux pays qui le sont moins, sont fréquemment présentés comme des « privilèges » d'un autre temps.

Lorsqu'un travailleur sur deux n'a pas de contrat de travail et que plus de 70 % de la population ne bénéficient pas de système de protection sociale, la question évidente qui vient à l'esprit en interrogeant l'avenir est la suivante: quel mode le prévaudra demain? Celui de la régulation par le droit social ou une sorte de loi de la jungle dans laquelle les travailleurs seront du « gibier », pendant que les actionnaires et les propriétaires continueront d'engranger d'énormes dividendes?

S'il y a une « guerre mondiale » à dénoncer et à combattre aujourd'hui, c'est bien la « guerre sociale ». Conséquence de la « guerre économique », de la « guerre technologique », de la « guerre des matières premières » et de la « guerre commerciale », elle fait d'innombrables victimes et en fera beaucoup d'autres s'il n'y a pas de réaction à la hauteur du défi.

Comment croire qu'une telle situation puisse perdurer? Comment ne pas voir qu'il y a là autant de sources de tensions et de nouveaux conflits qui affaiblissent encore un peu plus la paix si chèrement acquise dans l'histoire de l'humanité. La précarité extrême des travailleurs et l'absence trop fréquente des droits et des libertés au travail est un terreau propice aux réponses autoritaires, à la recrudescence du racisme, aux fanatismes drapés d'une soi-disant référence religieuse. Pourquoi cette situation? Quelles en sont les origines, qui est responsable et comment peut-on en sortir?

Où va le monde devient une question lancinante: nombreux sont ceux qui ont compris que cela ne peut plus durer ainsi!

A l'anxiété générée aujourd'hui par la guerre sociale doit succéder la recherche de réponses qui entretiendront la paix.

²⁰ *China Labour Bulletin* et conversations avec des syndicalistes chinois en décembre 2015.

²¹ La CSI compte 181 millions d'adhérents et 333 organisations affiliés dans 163 pays (donnés d'octobre 2015).

²² « Indice CSI des droits syndicaux dans le monde », juin 2015.

²³ Qui ne contiennent en outre aucune donnée relative à la santé, au logement, à l'alimentation, à l'éducation, à l'accès à la culture et aux transports.

La responsabilité des acteurs (pages 21 à 22)

Pour en comprendre les déterminants, la photographie sociale du monde doit être superposée à une photographie institutionnelle. Cet exercice permet de mesurer la responsabilité des différents acteurs de ce que certains appellent la gouvernance mondiale.

Le verdict est cinglant : l'ambition politique qui a réuni les États au lendemain de la Seconde Guerre mondiale pour mettre en place des institutions au service de la paix et du progrès s'est progressivement diluée. Sous la pression des intérêts privés et financiers, l'exigence de très hauts niveaux de rentabilité réalisés dans le minimum de temps a pris le pas sur la satisfaction des besoins humains et la réalisation d'un progrès économique et social. Les institutions au centre de l'ambition politique d'après-guerre – l'Organisation des Nations unies (ONU), la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'OIT – sont affaiblies, confinées dans un rôle déterminé ou ignorées. À l'inverse, celles qui avaient pour mission la libéralisation des échanges et l'application de l'orthodoxie financière et monétaire – l'OMC, le FMI, la Banque mondiale, ont pleinement profité de la redistribution des cartes entre les institutions multilatérales.

L'ONU est écrasée et désarmée devant les jeux de certains États et sa finalité civile se trouve contestée par le G20. Quant à sa finalité militaire de maintien de la paix, elle se trouve attaquée par l'Organisation du traité de l'Atlantique nord (Otan)⁽²⁴⁾ ou par les velléités de gendarmes du monde de certaines grandes puissances, qui multiplient les engagements militaires unilatéraux. C'est ainsi qu'une grande partie des conflits armés développés depuis 1991 l'ont été en s'affranchissant de tout mandat de l'ONU : Irak, Afghanistan, Lybie, etc.

Est-ce bien raisonnable de confier les clés de la question sociale dans le monde à l'ensemble disparate que constitue le club plus ou moins élargi de pays riches et puissants réunis au fil des G7, G8 et G20⁽²⁵⁾ ? Un simple coup d'œil au tableau des ratifications des conventions de l'OIT par les membres du G20 permet de répondre à la question. Loin d'être des moteurs du progrès social, les premières priorités de ceux qui le composent semblent être de conforter leurs hégémo-

nies ; et le social n'est à leurs yeux que le parent pauvre et le cadet de leurs soucis.

Les pays du G20 regroupent les deux tiers de la population mondiale, 85 % du commerce, et concentrent 90 % du produit brut mondial. C'est dire que leur comportement à l'égard des normes internationales est déterminant et que ce sont eux qui donnent le *la* à l'ensemble de la planète. Comme on peut l'observer dans le tableau qui suit, ils sont loin d'être exemplaires pour ce qui est de leur taux de ratification des normes internationales du travail.

Carton rouge au travail des enfants (pages 86 à 88)

Voici ce qu'Alexandre de Juniac, PDG d'Air France prompt à s'émouvoir devant des chemises déchirées, disait du travail des enfants lors des rencontres patronales de Royaumont les 6 et 7 décembre 2014⁽²⁶⁾. « *Je me suis penché sur la réglementation du travail des enfants qui est un acquis social. La première réglementation date de 1840. Il fallait avoir au moins huit ans dans des entreprises qui comptaient au moins vingt employés. [...] Ensuite, c'est monté à douze, ensuite à seize ans. [...] C'est quoi l'âge d'un enfant de nos jours ? [...] Est-ce qu'il faut les faire travailler, pas travailler ? Pas sûr* ». Des propos glaçants qui soulignent toute l'importance des normes de l'OIT visant à éradiquer le phénomène et à lutter contre ceux qui en profitent.

Quelques grands principes de l'OIT et leur actualité

Deux conventions fondamentales de l'OIT portent sur le travail des enfants et les pires formes qu'il peut prendre. L'organisation s'est en effet fixée comme objectif de lutter contre ce fléau. À l'occasion de la Journée mondiale contre le travail des enfants, le 12 juin 2015, l'OIT déclarait : Le nombre global d'enfants en situation de travail s'élève à 168 millions. Plus de la moitié d'entre eux, c'est-à-dire, 85 millions effectuent des travaux dangereux. Cette persistance du travail des enfants prend ses racines dans la pauvreté et le manque de travail décent pour les adultes, le manque de protection sociale, et une incapacité à s'assurer que tous les enfants fréquentent l'école jusqu'à l'âge minimum légal d'admission à l'emploi.

La convention n° 138 de l'OIT sur l'âge minimum, adopté en 1973, met l'accent sur la relation étroite entre l'éducation et l'âge minimum d'admis-

²⁴ Mise en place pendant la guerre froide pour réunir les alliés des États-Unis en Europe.

²⁵ Voir annexe 4, p. 207.

²⁶ Prestation facilement accessible sur internet.

sion à l'emploi ou au travail. Elle déclare que l'âge minimum « *ne devra pas être inférieur à l'âge auquel cesse la scolarité obligatoire, ni en tout cas à quinze ans.* » Cependant, une majorité d'États tarde encore à aligner ces deux curseurs.

La lutte contre le travail des enfants repose sur deux conditions essentielles à réunir dans les pays qui sont les plus touchés par ce phénomène: l'amélioration des revenus et des conditions de vie des travailleurs adultes, et le développement des systèmes éducatifs. Sans ces deux piliers, l'objectif d'éradication semble bien hypothétique. Au nom des différences de situation, l'OIT a en plus de la convention n° 138 adoptée en 1999 la convention n° 182 sur les pires formes de travail de l'enfant. Il est sans doute juste de prôner en la matière une démarche progressive, tant les mesures abruptes peuvent s'avérer contre-productives ou tout simplement impossibles à mettre en œuvre. On a ainsi vu par le passé des campagnes de boycott de tel pays sur telle production déplacer le phénomène de l'exploitation au lieu d'y apporter une solution. En Ouzbékistan par exemple, une campagne de boycott du coton lancée il y a quelques années à l'initiative de quelques multinationales américaines du textile n'a pas empêché d'autres multinationales concurrentes de reprendre les fournisseurs. Pire: de telles mesures déplacent l'exploitation des enfants lors des récoltes vers d'autres secteurs, non moins dangereux ou inadmissibles⁽²⁷⁾. La solution passe donc par un accompagnement des pays concernés et par une aide effective et conséquente au développement, ainsi que par l'amélioration du revenu des familles, donc par le respect d'un ensemble de droits souvent à construire. Si l'éducation et la formation sont, à l'évidence, des moteurs essentiels du développement social et économique, elles exigent des investissements.

Dans de nombreux pays, les systèmes éducatifs sont exsangues. Pour beaucoup trop d'enfants, les possibilités d'accès à l'éducation s'arrêtent au niveau primaire. Dans les faits, l'école pour tous n'existe pas et les populations les plus pauvres, notamment dans les zones rurales, n'y ont pas accès. Autant de facteurs qui, cumulés aux revenus trop faibles des familles, font perdurer le travail des enfants. Les pays les plus affectés ne peuvent résoudre seuls le problème, même lorsqu'ils sont accompagnés par le BIT. Dans ce domaine comme dans tant d'autres, l'aide au développement, les projets de coopération et de solidarités se révèlent

indispensables, mais sont trop souvent insuffisants ou mal déployés. Les pays développés doivent prendre toute leur part dans cet effort de financement et de mise en œuvre car l'objectif demeure: le travail des enfants doit être éradiqué.

États-Unis: les risques du TAFTA (Pages 126 à 128)

Enfin, attardons-nous sur le fameux TAFTA⁽²⁸⁾, l'accord transatlantique en cours de négociation entre les États-Unis et l'Union européenne. Comme j'ai eu l'occasion de le dire récemment lors d'une audition au Conseil économique et social européen (Cese) le 9 février 2016, il y a de quoi s'interroger sur la manière dont cet accord intégrera la question des droits et des libertés syndicales.

Rappelons que les États-Unis font partie de ces pays qui refusent toute ratification des conventions n. 87 et n. 98 sur les libertés syndicales et la négociation collective, alors qu'elles sont ratifiées par l'ensemble des pays composant l'UE. Ce différentiel est lourd de menaces pour les droits sociaux en Europe⁽²⁹⁾.

Pour comprendre le périmètre et les enjeux découlant d'un possible accord entre l'Union européenne et les États-Unis, reprenons les termes du mandat de négociation de la Commission européenne: L'accord de partenariat transatlantique prévoira la libéralisation réciproque du commerce des biens et services ainsi que des règles sur les questions en rapport avec le commerce [en allant] au-delà des engagements actuels de l'OMC⁽³⁰⁾.

La clause sociale dans les accords de libre-échange

Le champ est donc colossal: il couvre non seulement l'ensemble des relations commerciales mais aussi les règles qui les encadrent, c'est-à-dire les lois, les normes et les politiques publiques adoptées ou conduites par l'Union européenne et/ ou ses États membres. Cela fait craindre à de nombreux acteurs, syndicalistes comme associatifs, que l'accord transatlantique prenne la forme d'une vaste offensive de dérégulation affectant notre modèle de société. Car c'est bien ce modèle de société qui se retrouve sur la table,

²⁷ Comme vers l'exploitation sexuelle dans certains pays ou le travail dans les mines.

²⁸ En français PTCI: Partenariat transatlantique de commerce et d'investissement.

²⁹ Voir également le tableau comparatif des ratifications au sein du G20 figurant dans le chapitre I, p. 23.

³⁰ Mandat des négociateurs européens du TAFTA, disponible sur le site internet de la Commission européenne: http://ec.europa.eu/index_fr.htm.

ainsi qu'en témoignent les sujets les plus communément cités comme devant faire l'objet de négociations :

- l'agriculture: les mesures de restrictions européennes actuelles sur les cultures OGM pourraient être assouplies, avec un risque d'érosion des autres normes de sécurité alimentaire; la PAC pourrait être remise en cause;
- l'énergie: l'interdiction des gaz de schiste pourrait être levée;
- la culture: l'exception culturelle serait menacée;
- les services publics: avec une menace nette sur le maintien d'un caractère public de ces services et des *majors* américaines des services privés aux collectivités prêtes à l'assaut;
- l'industrie: la directive REACH⁽³¹⁾ serait directement visée pour ce qui est des produits chimiques, à quoi s'ajoute la disparition des barrières douanières et tarifaires.

On le comprend aisément, cette perspective de dérégulation généralisée aiguise les appétits des patrons, industriels et financiers aussi bien nord-américains qu'europeens.

Pour parvenir à cet idéal ultralibéral, c'est-à-dire une relation d'échange et plus globalement un monde débarrassé de toute régulation, les négociateurs européens et américains semblent s'entendre sur la mise en place d'un mécanisme de règlement des différends entre investisseurs privés et États, prévu à l'article 23 du texte actuel du projet de traité transatlantique.

Le règlement des différends entre investisseurs et États (RDIE) (page 128 à 131)

En langage technocratique, le mécanisme de règlement des différends entre investisseurs et État (en anglais *Investor-State Dispute Settlement*, ISDS) est un cadre juridique spécifique qui permet aux entreprises multinationales d'attaquer, *via* des traités sur le commerce et l'investissement, un pays qui aurait pris ou qui souhaiterait prendre des mesures sociales ou environnementales pour protéger sa population et qui seraient considérées contraires aux intérêts de ces entreprises. Cette procédure de règlement des différends entre investisseurs et États a été créée en 1994 et mise en œuvre dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce.

En clair, ce mécanisme est un cheval de Troie destiné à mettre au pas les gouvernements. Il vise à contraindre leurs politiques publiques en réduisant ou détruisant leurs effets régulateurs sur la relation commerciale. Ce dispositif permet en effet à une entreprise de porter plainte contre un État ou une collectivité territoriale dès lors qu'une loi ou qu'une réglementation jugée trop contraignante entrave ses investissements et ses prévisions de bénéfices futurs. Avec lui, on ouvre une boîte de Pandore permettant aux intérêts privés de contester toute politique d'intérêt public fusse-t-elle supportée par la majorité des citoyens à l'issue d'élections libres et démocratiques.

Le nombre de cas d'arbitrage répertoriés découlant d'accords de libre-échange déjà contractés sous l'égide de l'OMC est monté en flèche, passant de 38 en 1996 à 518 en 2012, avec un coût moyen de 5,8 millions d'euros par litige sapant, dans de nombreux cas, des politiques publiques et annihilant les capacités politiques des gouvernements. Ces poursuites juridiques proviennent pour les deux tiers de firmes multinationales mais aussi de fonds spéculatifs, dans le cas des pays les plus touchés par la crise économique européenne. Ces fonds vautours, à la recherche de retours sur investissements rapides et élevés, réclament ainsi déjà, avant même la mise en œuvre du TAFTA, « plus de 1,7 milliard d'euros de compensation à la Grèce, l'Espagne et Chypre⁽³²⁾ » en utilisant les procédures d'arbitrage privé dans le cadre d'accords commerciaux sur les investissements actuellement en vigueur.

Bien évidemment, le patronat européen est très favorable à l'inclusion dans le futur traité d'un mécanisme de règlement des différends et la Commission européenne est très sensible à ses arguments. Rien d'étonnant à cela, puisque, comme je viens de le montrer, son éventuelle mise en œuvre relèverait de la complète sujétion de la volonté et de l'initiative politiques aux intérêts des grands groupes.

Peut-on rendre le commerce mondial vertueux ?

Dans un tel contexte, il semble illusoire de transformer les accords de libre-échange en vecteurs de progrès social pour les populations des pays contractants. Pourtant, quelques mesures pourraient améliorer la situation :

- les ALE devraient au minimum engager les parties à adopter et incorporer les huit conventions fon-

³¹ *Registration, Evaluation, Authorization and Restriction of Chemicals*, directive européenne sur l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation et les restrictions des substances chimiques adoptée par le Parlement européen en décembre 2006 et fortement soutenue par la CES.

³² In Thierry Brun, « TTIP: les dégâts de l'arbitrage privé contre les États », *Politis*, 13 mars 2014.

damentales de l'OIT⁽³³⁾ de même que les conventions n° 81 sur l'inspection du travail, n° 122 sur les politiques de l'emploi et n° 144 sur les consultations tripartites. Ils devraient aussi comporter des engagements pour des améliorations en matière de conditions de travail, de temps de travail, de négociation collective, de protection sociale, etc. ;

- les ALE ne devraient comporter aucune dérogation possible aux clauses sociales, qu'elles soient partielles, sectorielles ou temporaires ;
- il est indispensable de faire en sorte que les entreprises, notamment les firmes multinationales, ne restent pas dans l'angle mort des obligations sociales en continuant à se réfugier derrière la responsabilité des États pour ne pas engager la leur ; la conditionnalité sociale doit également engager pleinement leur responsabilité. Il faut souligner à ce propos que rien n'interdit aux entreprises menant des activités à l'étranger directement ou *via* des sous-traitants d'intégrer le respect de normes de l'OIT dans leurs critères de production, même si le ou les pays concernés n'ont pas ratifié les normes en question ;
- tout dispositif de règlement privé des différends comme le RDIE est à proscrire. Permettre aux investisseurs d'engager une action contre un État revient à instituer une supériorité de l'intérêt privé sur l'intérêt collectif et public. En revanche, l'inverse devrait être possible et même obligatoire : un État ou un syndicat devrait pouvoir porter plainte contre un investisseur ou contre un autre État en cas d'atteinte aux droits sociaux ou aux droits fondamentaux dans le cadre de la mise en œuvre d'un ALE ;
- dans ce cadre, l'OIT devrait pouvoir recevoir et instruire les plaintes des organisations syndicales qui estimeraient que la clause sociale présente dans un accord se trouve violée par un investisseur ou une entreprise ;
- le non-respect des clauses sociales dans les processus de production ou les accords commerciaux devrait entraîner un régime de sanctions au titre de la violation du droit. Cela pourrait conduire par exemple à une suspension des avantages commerciaux, comme ce fut le cas il y a quelques années pour le Belarus avec le SPG et comme cela devrait être le cas pour Israël si l'Union européenne va jusqu'au bout de sa démarche à l'encontre des productions

émanant des colonies illégalement implantées en Cisjordanie ;

- enfin, le rôle des organisations syndicales doit être substantiellement renforcé, tant dans la phase de conception de l'accord que dans le contrôle de sa mise en œuvre.

Il est frappant de constater que la question du respect des normes sociales dans les accords pose aussitôt celle de la souveraineté politique, c'est-à-dire la possibilité pour des assemblées élues démocratiquement de faire valoir la supériorité de leur point de vue sur celui des intérêts privés. Il s'agit bien de soumettre ces derniers à un intérêt supérieur, celui des citoyens. Est-ce un hasard si les mêmes questions se posent en matière de respect des normes environnementales ?

³³ Voir la liste de ces conventions en annexe 2, p. 201.

Réalisation, Impression :
 PublicImprim

Dépôt légal : février 2017

