



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°22
septembre
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:

Présidentielles 2017 : où sont la santé et la protection sociale dans les programmes ? Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Généralisation de la complémentaire santé : où en est-on ? Par Rémy Tessier	Page 9
Approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste, analyse des contenus et des représentations à partir d'enregistrements vidéo de consultations de médecine générale Par les D ^s Vuillemin-Baillif M., Cornet P., Gaouaou N., Ibanez G.	Page 12
Revenu universel : quels sont les termes du débat ? Par M ^{me} Véronique Sandoval	Page 19
Faut-il un revenu universel ? Par Jacques Rigaudiat, magistrat à la Cour des comptes	Page 23
Revenu de base : un enfer pavé de bonnes intentions Sur la proposition de résolution de EELV pour l'instauration d'un revenu de base Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue Économie et Politique	Page 28
Le revenu de base, une fausse bonne idée Par M ^{me} Catherine Mills, économiste	Page 31
Jean Gadrey et le revenu de base Par M ^{me} Catherine Mills	Page 40
Le revenu d'existence : un piège néolibéral Par Jean-Marie Harribey, économiste	Page 42

Le dossier : à propos du système de santé ambulatoire

Santé, protection sociale : les solutions éculées de la droite, ou comment faire du mandat de François Hollande un tremplin pour plus de liberté pour les plus riches et plus d'exploitation pour 99 % des Français Par le D ^r Michèle Leflon	Page 48
Un nouveau cadre réglementaire est nécessaire pour l'avenir des centres de santé Par le D ^r Alain Brémaud, syndicaliste à l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé	Page 53

Comment alimenter la réflexion « santé » des candidats à la Présidentielle en 2017 : La lutte contre les épidémies en Afrique Par M. Foussénoù Sissoko, Expert en Communication Stratégique, CSP, Yaoundé, Cameroun	Page 56
Le médicament a besoin de transparence et de démocratie, Il a besoin d'une autre politique, d'un Pôle public du médicament ! Par Fabien Cohen	Page 58
Projet d'une charte complémentaire à la Déclaration d'Helsinki Par le Pr Jean-Claude Salomon	Page 72
<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 75
<hr/>	
<i>Les notes de lecture</i>	
<hr/>	
« Effets pervers de la T2A sur les pratiques médicales en neurologie ou comment changer le paradigme soignant » : tribune de Sophie Croizier, David Grabli, Sophie Demeret, Francis Bolgert, Anne Léger, Caroline Papeix, Benjamin Rohaut, François Salachas, Karine Viala, neurologues Intervention du 29 janvier 2016 devant la commission présidée par Olivier Véran Par M ^{me} Viviane Benoit-Renault	Page 82
<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 84
<hr/>	
<i>Documents</i>	
<hr/>	
Sommes-nous toujours progressistes ? Intervention à l'université d'été du PCF le 17.08.2016 Par Jean-Michel Galano, philosophe	Page 88
Note d'analyse de la nouvelle Convention Médicale 2017/2021 Par la CGT	Page 94

Éditorial

Présidentielles 2017 : où sont la santé et la protection sociale dans les programmes ?

Les candidatures pour les élections présidentielles à ce jour foisonnent à droite comme à gauche. On parle de sécurité (pas sociale), d'identité, de religion, de vêtements mais les questions qui intéressent le plus les français sont laissées de côté. Je pense à la santé qui est le second sujet de préoccupation après le chômage et à la protection sociale dont l'actuelle ministre dit qu'elle n'a plus de problème... La droite derrière son offre de visages diversifiés propose une seule solution : réduire les dépenses sociales pour augmenter les profits. Les différents programmes ne varient que sur l'ampleur des dégâts promis. Quant à la gauche – quelle gauche ? – elle ne parle pas de ces questions ou n'approfondit rien à ce moment du débat. C'est donc à vous et à nous de poser des questions et de proposer des pistes de solution.

Le comité de rédaction a donc décidé d'ouvrir ses colonnes aux réflexions de ses auteurs habituels et de ses lecteurs pour les dossiers des n^{os} 22 et 23, soit septembre et décembre 2016. Nous publions dans ce numéro des textes qui nous sont déjà parvenus et nous attendons vos propositions et idées pour le suivant.

Par ailleurs, l'actualité des idées faisant loi nous publions ici une série de 6 articles sur la question du revenu universel. C'est une vieille proposition de Milton Friedman qui refait surface portée par les verts comme par les ultra-libéraux. Elle attire les jeunes et nécessite débat et éclaircissement. En fait c'est la poussée de la transformation du travail par « ubérisation » qui ouvre la porte à ce débat. Une tentative de remodelage de la société est à l'œuvre. L'ensemble de ces textes constituent à vrai dire une sorte de dossier qui fait le tour de la question.

Enfin, bonne nouvelle : le Conseil scientifique de la Fondation Gabriel Péri, notre éditeur, en lien avec les Cahiers de santé publique & de protection sociale a décidé de lancer un colloque international en novembre 2017 sur la question de la protection sociale. Face à la mondialisation de l'économie et à l'heure de la financiarisation triomphante, face au dumping social et fiscal des états, ne faut-il pas repenser une protection sociale de tous les peuples ? Le récent livre de Bernard Thibault « *La troisième guerre mondiale est sociale* » nous incite à ce questionnement. Nous vous tiendrons informés de ce colloque en préparation.

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Prochain dossier à paraître :

N^o 23 de décembre 2016: Propositions pour les présidentielles de 2017

Articles

Généralisation de la complémentaire santé : où en est-on ?

Par Rémy Tessier

1. Le contexte

La généralisation de la complémentaire santé (en tous cas pour les salariés du secteur privé) n'est pas le début d'une évolution mais plutôt l'aboutissement d'un processus qu'on peut faire remonter à une quinzaine d'années, sans doute à la loi FILLON de 2003 mais aussi par certains aspects, à la loi sur la CMU complémentaire.

En 2003, au détour de la fameuse loi sur les retraites, un article précise les conditions dans lesquelles la participation des employeurs (ou des comités d'entreprise) bénéficie d'exonérations des cotisations dites « employeurs » ; ce texte de loi va faire l'objet de multiples décrets et circulaires qui posent un principe de base : « **les participations employeurs ne sont exonérées que si les contrats de complémentaire santé ou de prévoyance sont collectifs et obligatoires** ».

Cela va entraîner une multiplication des contrats de complémentaire santé mais surtout donner la main aux employeurs sur un domaine qui jusque-là, relevait essentiellement des mutuelles d'entreprises, des comités d'entreprise ou des individus. On ne décide plus librement d'adhérer à la mutuelle de son choix mais on subit la décision de l'employeur même si cette adhésion peut se faire par l'intermédiaire d'un accord d'entreprise ou de branche, donc avec une implication syndicale. Les entreprises y trouvent leur compte en faisant bénéficier les salariés d'un avantage non soumis à cotisations et qui se substitue bien souvent à une augmentation de salaire. Les salariés des entreprises moyennes et grandes, voire de certaines branches y trouvent aussi des avantages, d'autant plus dans une période de recul de l'assurance maladie obligatoire : des prix plus attractifs, une participation de l'employeur mais aussi l'accès à de meilleures garanties et quand la présence syndicale le permet, l'instauration de règles de solidarité avec les retraités par exemple.

Enfin, et ce n'est pas le moindre, le monde de l'assurance privée lucrative y voit notamment par l'intermédiaire des courtiers, un des moyens d'entrer dans un secteur qui jusqu'à présent restait celui de la mutualité,

En 2012, nombre de salariés bénéficient d'une complémentaire santé. Restent les salariés des TPE/PME qui eux n'ont d'autres choix, quand ils ne sont pas couverts par une branche professionnelle (c'est le cas dans plusieurs secteurs de l'artisanat : coiffure, boulangerie, etc.), que le recours à une mutuelle individuelle ou alors de s'en passer ! Là aussi, ces quelque 4 millions de salariés (quand même !) constituent pour le monde de l'assurance une opportunité pouvant générer des bénéfices non négligeables.

En 2012 François Hollande, pour sa première participation au congrès de la FNMF annonce sa volonté de généraliser la complémentaire santé à l'ensemble de la population. Les « partenaires sociaux » début 2013 vont répondre à la demande présidentielle dans un contexte particulier. Le patronat entend profiter de la crise pour obtenir des avancées sur les critères de licenciement, les plans dits sociaux. La contrepartie offerte et qui sera mis en avant par les signataires sera la généralisation de la complémentaire santé (ainsi qu'une extension de la portabilité pour les demandeurs d'emploi).

On en fait les articles 1 et 2 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, une belle vitrine pour les syndicats de salariés signataires mais aussi une opportunité pour la FFSA, le patronat de l'assurance ! Le gouvernement s'empresse d'annoncer qu'il va transformer rapidement cet accord avec une loi, ce qui est fait en mai 2013.

Un point va faire rapidement débat tant dans la négociation syndicale que dans le débat parlementaire. Le lobby de l'assurance privée soutenu par le MEDEF mais contesté par l'union patronale de l'artisanat (UPA) entend remettre en cause le principe des désignations dans les accords de branche et ainsi permettre que le choix se fasse au niveau des entreprises, ce qui laisse plus de latitude aux courtiers, aux assureurs et « bancassureurs ». Ce sont les prémisses d'un débat qui reviendra lors de la loi « travail ».

L'accord interprofessionnel avait laissé le doute sur cette question mais l'Assemblée nationale avait tranché en dernière lecture en faveur des désignations. Le conseil constitutionnel saisi par des députés et sénateurs de droite a considéré, que la désignation ne respectait pas le principe de concurrence loyale et non faussée. Le lobbying effréné du monde de l'assurance et du courtage avait payé !

2. La mise en œuvre et les premières conséquences de la généralisation

Il faut d'abord souligner que cette généralisation n'en est pas une ! Elle ne concerne en effet que les seuls salariés du privé et les chômeurs pendant 12 mois. Sont exclus, les fonctionnaires et contractuels du public, les retraités les travailleurs non-salariés et les ayants droit (conjoints enfants). Des mesures sont envisagées pour les retraités qui mettent d'ailleurs en cause la solidarité intergénérationnelle.

Il est encore trop tôt pour tirer les enseignements définitifs de cette évolution mais quelques constats peuvent d'ores et déjà être soulignés.

Le mode de mise en place choisi, l'absence d'accord dans les branches, a permis aux employeurs de faire le choix bien souvent du panier de soins minimum prévu à la fois par l'Accord national interprofessionnel (ANI) et la loi. Les salariés sont ainsi couverts mais cela ne répond pas à des besoins réels notamment pour ce qui concerne les dépassements d'honoraires, l'optique ou le dentaire. Certains se retrouvent ainsi avec des garanties inférieures à celles dont ils bénéficiaient auparavant soit par choix, soit du fait de leur situation (garanties du conjoint par exemple). Cette situation s'aggravera à terme puisque les salariés qui entrent aujourd'hui dans une entreprise ne pourront bénéficier de dérogation. L'effet annoncé sur un meilleur accès aux soins pourrait s'avérer inopérant.

Le choix ainsi fait de développer le recours à la complémentaire santé plutôt que le régime général de Sécurité sociale sera coûteux en termes d'exonération de cotisations sociales au point que le gouvernement a anticipé... en faisant payer la note aux salariés ! Depuis 2013, la participation de l'employeur (à hauteur de 50 % minimum) est en effet réintégrée dans le brut fiscal. On peut penser que dans un certain nombre d'entreprises notamment où l'équilibre entre montant des prestations et des cotisations est précaire, le choix soit fait par l'employeur et les assureurs de diminuer le niveau des garanties.

Le risque est grand de voir les salariés et leur famille avoir recours à des « sur complémentaires » qui seront à leur charge financière exclusive. Les assureurs qui ont ainsi vendu des garanties minimales à des coûts hors de toute réalité, se rattraperont ainsi auprès d'un public captif... et leur feront payer la note.

La deuxième conséquence sera de découvrir un paysage avec une grande diversité et donc d'une grande inégalité. Le salarié de la TPE/PME qui ne bénéficie pas d'un accord de branche, sera peu couvert, ce qui ne réglera pas la question de l'accès aux soins. Le Secours populaire vient à nouveau de souligner combien cette question était prégnante dans la société française. En quoi la généralisation de la complémentaire santé va-t-elle changer la donne ? Sans doute un peu puisque des milliers de salariés ont aujourd'hui accès à une complémentaire santé mais cela ne répond pas à la hauteur de l'enjeu.

3. Reconstruire une protection solidaire

La question fondamentale reste évidemment celle d'un régime d'Assurance maladie élevé pour aller à terme sur une prise en charge intégrale. Cela nécessite d'enclencher une réflexion sur la place et le rôle du monde mutualiste dans un dispositif moderne et rénové. Mais en attendant, il aurait sans doute été plus utile et plus efficace d'augmenter le niveau de remboursement de la Sécurité Sociale. Pourquoi les employeurs et singulièrement le MEDEF acceptent-ils de mettre de l'argent dans les cotisations de complémentaires santé et pas dans le régime général ? Pourquoi l'Etat renonce à percevoir des cotisations pour alimenter un système moins juste et moins solidaire que la Sécurité sociale ?

Les dépenses de santé ont pris une ampleur telle que les salariés ne s'imaginent plus sans complémentaire santé et quand ils y renoncent, ils renoncent en même temps aux soins notamment ceux pas ou mal remboursés par la Sécurité Sociale. Certes des dispositifs existent pour les plus précaires mais ils sont souvent sous-utilisés (CMU-C, aide à la complémentaire santé).

De plus, des coûts indus sont supportés par le régime général, qui ne devraient pas l'être, ainsi les prix fixés pour certains médicaments qui ne servent qu'à nourrir les dividendes des grandes multinationales du secteur pharmaceutique.

Enfin, les complémentaires santé ne servent plus comme autrefois à rembourser ce qu'on appelle le tic-

ket modérateur. Une importante part des remboursements est consacrée aux multiples dépassements d'honoraires, aux soins dentaires et à l'optique. Une réelle remise à plat de ces pratiques pour aller vers leur suppression à terme contribuerait aussi à permettre aux mutuelles de mieux jouer leur rôle et de faire reculer la concurrence folle que se jouent les acteurs de la complémentaire santé.

Pour autant, les acteurs sociaux dans les entreprises ne doivent pas rester inertes dans l'attente d'une Sécu à 100 % ; s'emparer de ces sujets, investir le monde mutualiste pour imposer des choix réellement solidaires, redonner au mouvement mutualiste son ambition de transformation sociale, est une nécessité.

La généralisation a servi pour l'essentiel à rendre présentable un accord qui générait des reculs sociaux. Pour autant, dans le contexte d'aujourd'hui, cela a pu constituer pour certains salariés une possibilité d'accéder à une complémentaire santé, quelquefois de qualité. Faisons en sorte dans nos propositions, de revenir à l'esprit des constructeurs de la Sécu pour une vraie démocratie sociale qui permettent à toutes et tous de se soigner le mieux possible.

Approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste, analyse des contenus et des représentations à partir d'enregistrements vidéo de consultations de médecine générale

Par les Drs Vuillemin-Baillif M., Cornet P., Gaouaou N., Ibanez G.

I. INTRODUCTION

A. L'approche nutritionnelle en médecine générale

La santé et la nutrition sont des sujets suscitant un intérêt croissant et souvent au premier plan de l'actualité.¹ Le lien entre la santé et la nutrition suscite un intérêt croissant aussi bien dans la communauté médicale que dans le grand public, en témoignent les publications au premier plan de l'actualité.

Selon une enquête réalisée en 2006 par la SFMG (Société Française de Médecine Générale) auprès de 300 médecins généralistes², la nutrition est un sujet qui préoccupe de plus en plus les Français, nombreux à solliciter des conseils. Les sujets les plus fréquemment évoqués en consultation dans le cadre nutritionnel sont le surpoids et l'obésité (70 % des cas).

La médecine générale est un cadre privilégié et adapté pour élaborer des approches en matière de conseils nutritionnels³, en partie du fait que les médecins généralistes rencontrent un large éventail de la population (environ 90 %). Le champ de la médecine générale se définit par des missions spécifiques dont celles relevant de la prévention et de l'éducation à la santé. A ce titre, l'approche nutritionnelle s'intègre dans cette mission.

Les effets de mode à propos de la nutrition combinés à la libre circulation des données via les moyens actuels de communication, conduisent tout à chacun à accéder à une profusion d'informations sur ce thème. L'abondance des données, quant à elle, renforce l'intérêt sur les sujets liés à la nutrition. Toutefois, certains médias, notamment internet et ses forums, sont de nature à divulguer une information très hétérogène, voire contradictoire à un public non initié. Nous pouvons constater le renforcement ou l'émergence de représentations en matière de nutrition pouvant se traduire par des croyances. A l'approche purement nutritionnelle s'ajoute donc pour le médecin la prise en compte des croyances du patient. Celles-ci se construisent ou se renforcent dans un contexte culturel défini, à partir de croyances personnelles préexistantes ou de l'intégration d'éléments exogènes nouveaux. L'ensemble de ces

croyances bénéficie de l'environnement d'éducation et des expériences alimentaires antérieures du sujet.^{2,4}

Dans les pays occidentaux, après la seconde Guerre Mondiale, la pauvreté, source de difficultés d'approvisionnement alimentaire, a diminué et les médecins ont pensé qu'il en était fini des problèmes nutritionnels. Depuis la fin du 20^e siècle, les médecins doivent faire face aux conséquences des pathologies nutritionnelles en lien avec la prospérité : le diabète de type 2, le surpoids et l'obésité, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, les cancers, etc.⁵ Nous sommes passés des maladies par insuffisance alimentaire à celles de l'excès. Dans les enquêtes ObEpi, la prévalence de l'obésité en France chez l'adulte de 18 ans et plus était de 14,5 % en 2009⁶. L'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité met le médecin généraliste dans la position de premier maillon dans le dépistage précoce et la mise en place d'une stratégie coordonnée de soins.

Cet ensemble fait qu'il existe des préoccupations légitimes de santé en matière de nutrition et en parallèle un très grand nombre de représentations et de croyances.

B. Les représentations : des déterminants au cœur des comportements alimentaires

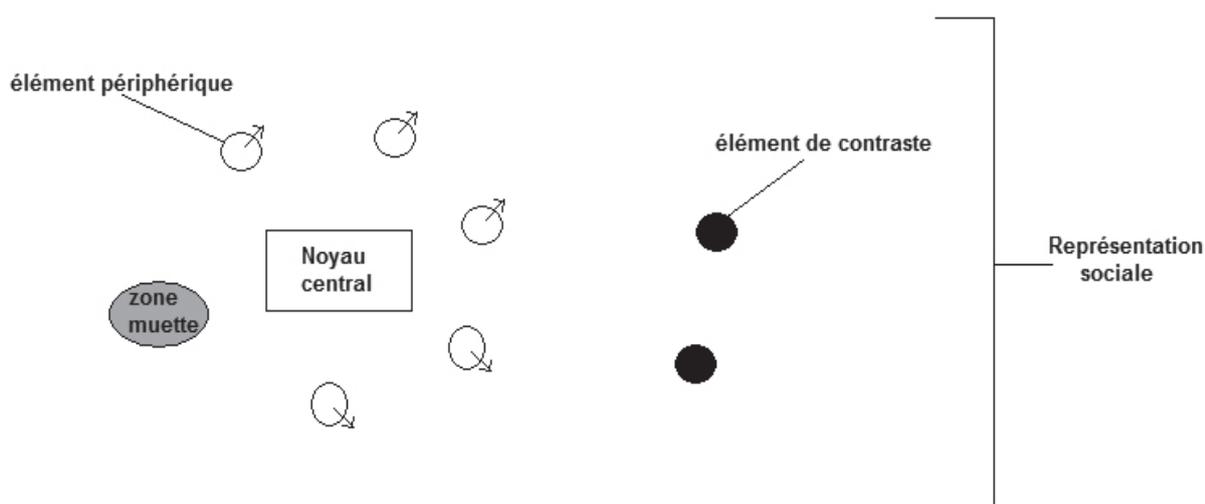
Qu'est-ce qu'une représentation? Aucun être humain ne peut être au monde sans en avoir une représentation (objets, concepts, idées, etc.). Qu'est-ce qu'une représentation sociale? Une représentation est dite sociale à partir du moment où elle est partagée par d'autres sujets. Pierre Mannoni⁷ situe les représentations sociales « à l'interface du psychologique et du sociologique. C'est à elles que nous faisons le plus facilement et le plus spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement ». Pour Denise Jodelet, la représentation sociale est « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* », ce qui signifie qu'une représentation sociale est une sorte de « *savoir qui sert à tous les individus d'un même groupe qui disposent ainsi*

d'un stock commun de notions dont le sens est clair pour tous ». Pierre Mannoni qualifie les croyances comme faisant partie d'un « univers plongé dans l'irrationnel ». Selon lui, l'homme a un tel besoin de croire, qu'il ne se préoccupe guère des justifications et démonstrations rationnelles susceptibles de mettre en cause le contenu de ses croyances. Aussi, « une masse considérable de conceptions erronées émergent dans l'esprit des gens sous forme de croyances qui dirigent la vie de ceux qui y adhèrent ». Le préjugé est une « élaboration mentale qui vaut pour tous les membres d'un même groupe ». Il s'agit d'une « idée reçue, cautionnée par un groupe, qui

a typiquement des traits réducteurs et caricaturaux ». Les stéréotypes sont des « clichés mentaux stables, une image toute faite qui n'a de valeur que par rapport à la mentalité collective qui lui donne naissance. Il s'agit d'une sorte de raccourcis de la pensée qui va directement à la conclusion admise ».

Il y a de nombreuses méthodes pour analyser les représentations sociales. Celle de J.C. Abric^{7,8,9} nous ayant permis une analyse de structure il nous a semblé intéressant de sélectionner celle-ci.

Schéma 1 – Structure de la représentation sociale selon J.-C. Abric.



Ce modèle peut être assimilé à une structure atomique composée d'un noyau central et d'atomes, ici les éléments périphériques, qui gravitent autour de ce noyau. Le noyau central est l'élément fondamental de la représentation. Il est composé d'un ou de plusieurs éléments non négociables et peu modifiables. Les éléments périphériques gravitent autour du noyau central. Contrairement à lui, ils peuvent changer, mais n'affectent toutefois pas l'orientation générale de la représentation. D'une certaine manière, ils permettent l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés. Il existe aussi une zone dite muette. Elle représente les pensées qui pourraient être cachées à l'interlocuteur parce qu'elles risqueraient de nuire à l'image de celui qui les élabore. Et enfin, les éléments de contraste, qui sont des éléments marginaux qui diffèrent du système de représentation de la plupart des gens, sans pour autant être inexacts.

C. Objet de l'étude

L'hypothèse qui a justifié notre travail est que le médecin n'est pas exclu de l'ensemble des représentations sociales et que de ce fait cela influence sa prise en charge dans les domaines de l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une analyse descriptive faite à partir d'enregistrements vidéo de consultations de médecine générale. La méthode utilisée est à la fois quantitative et qualitative avec une composante ethnographique. Le recueil des enregistrements vidéo à partir desquels nous avons pu travailler, a été réalisé en 2011 par Ludovic Le Moing dans le cadre de sa thèse intitulée « Intérêt et faisabilité de la réalisation d'une base de données de consultations filmées de médecine générale pour la recherche ». ¹⁰ La base de données à notre disposition regroupait 177 enregistrements de consultations de 4 MG exerçant en IDF.

Les enregistrements sont conservés de manière cryptée sur un ordinateur situé dans un coffre au Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Paris V. Grâce à une base de données reprenant entre autres les motifs de consultation, nous avons pu identifier celles susceptibles de contenir une approche nutritionnelle. Une recherche par mots-clés nous a ainsi permis d'isoler 60 vidéos que nous avons visionnées, et 51 contenaient finalement un ou plusieurs messages relatifs à la nutrition. Nous avons transcrit les 51 consultations. D'une part, nous avons identifié les thèmes relatifs à la nutrition, analysé leur diversité et la manière dont ils étaient énoncés. D'autre part, nous avons analysé les dialogues entre médecins et patients pour déterminer le type de représentation d'ordre nutritionnel qui y apparaissait. Parmi elles,

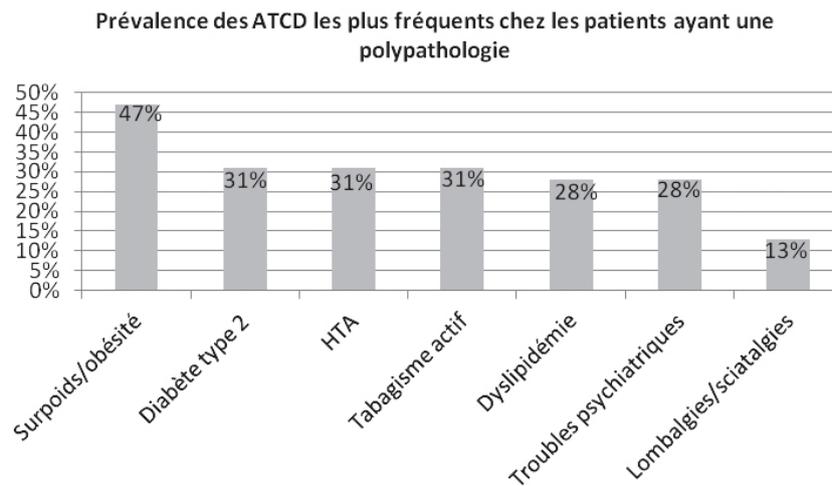
nous avons choisi d'étudier : les croyances, les préjugés et les stéréotypes.

III. RÉSULTATS

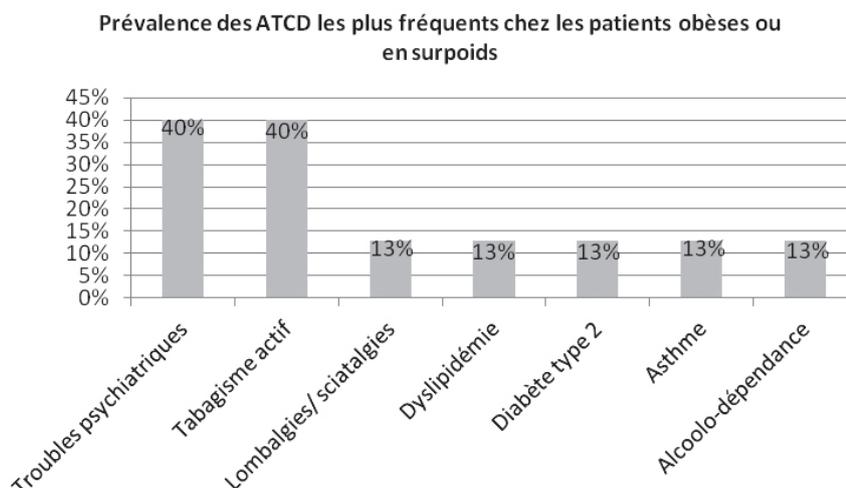
A. La population

Sur les 51 patients observés 63 % étaient des femmes, l'âge moyen était de 47 ans et la durée moyenne de suivi des patients était de 8 ans. Parmi les ATCD relevés, le surpoids ou l'obésité étaient prédominants avec une prévalence de 31 %. 63 % de nos patients avaient au moins 2 antécédents dont les plus fréquents étaient : le surpoids ou l'obésité, le diabète de type 2, l'HTA, le tabagisme actif, la dyslipidémie, les troubles psychiatriques (essentiellement des syndromes dépressifs et des psychoses) et les lombalgies et/ou sciatalgies. (cf. histogramme 1)

Histogramme 1 – Prévalence des antécédents les plus fréquents chez les patients ayant une polypathologie

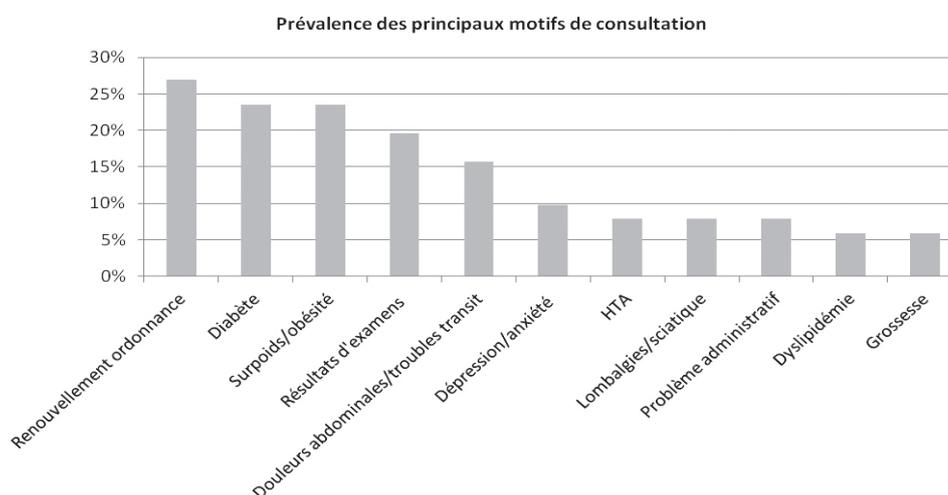


Nous nous sommes alors posé la question d'un lien éventuel entre ces différentes pathologies, ce qui nous a poussé à analyser de plus près la population obèse ou en surpoids. Dans l'histogramme 2, nous constatons qu'en effet la plupart des antécédents cités en cas de polypathologie, notamment les troubles psychiatriques, le tabagisme actif, les lombalgies, la dyslipidémie, le diabète de type 2, étaient retrouvés en cas de surcharge pondérale.

Histogramme 2 – Prévalence des antécédents les plus fréquents chez les patients obèses ou en surpoids.**B. Les consultations**

51 consultations ont été sélectionnées du fait qu'un sujet d'ordre nutritionnel y figurait. La durée moyenne de consultation était de 20 minutes 34 secondes avec une durée moyenne du message nutritionnel de 4 minutes 39 secondes. Le principal motif de consultation

était le renouvellement d'ordonnance avec une prévalence de 27 %, puis le suivi et/ou de la découverte d'un diabète, le suivi d'un surpoids ou d'une obésité, l'analyse de résultats d'examen complémentaires (essentiellement biologiques), les douleurs abdominales et/ou troubles du transit (cf. histogramme 3).

Histogramme 3 – Prévalence des principaux motifs de consultation.

Dans 76 % des cas, les consultations n'étaient pas dédiées à une problématique d'ordre nutritionnel, et ce sujet apparaissait « au fil de l'eau ». Aussi bien les médecins (49 %) que les patients (45 %) pouvaient être les premiers à aborder le sujet et le prétexte le plus souvent retrouvé pour parler de nutrition était l'analyse de résultats d'examen biologiques (31 %). Le suivi d'un surpoids ou d'une obésité apparaissait en deuxième position (24 %) avec par exemple comme amorce, l'analyse du carnet alimentaire.

C. Les thèmes abordés

Dans le cadre des approches nutritionnelles, de nombreux thèmes ont été abordés en consultation. Les plus fréquents sont les sujets du surpoids ou de l'obésité (42 %), l'activité physique (39 %), le diabète (27 %), l'analyse du carnet alimentaire (24 %) et l'emploi du mot « régime » (18 %).

D. Les représentations

90 % des consultations contenaient au moins un message nutritionnel dans lequel une ou plusieurs représentations étaient identifiables. Parmi elles, les croyances étaient les plus fréquentes avec 93 % de consultations en contenant au moins une. 48 % des consultations contenaient au moins un préjugé et 9 % au moins un stéréotype. Dans la plupart des cas (74 %), les représentations étaient repérées à la fois chez le médecin et chez le patient et des éléments scientifiques y apparaissaient dans 76 % des consultations.

E. Les éléments de discours

Nous avons également souhaité relever certains éléments de discours dans les échanges entre médecins et patients : le renforcement positif, la réassurance ou minoration de certains événements, le fait d'insister sur les points d'efforts à réaliser et la sous-évaluation des apports alimentaires. Par ailleurs, nous avons recherché les éléments de discours indéfinis, qui se traduisent par l'usage du « on » en lieu et place du « je » ou du « vous ». Dans le discours des médecins, les éléments les plus fréquents étaient le renforcement positif (47 %) et les éléments de réassurance (12 %). Dans le discours des patients, la sous-évaluation des apports alimentaires était l'élément prépondérant (14 %).

IV. LIMITES DE L'ÉTUDE

A. Le nombre de consultations étudiées

L'extraction finale de notre base de données représente 51 vidéos traitant du domaine de la nutrition en médecine générale, soit 29 % de l'échantillon total à disposition. Pour développer davantage encore les différentes représentations d'ordre nutritionnel de la population française, il serait intéressant d'analyser d'autres consultations.

B. Le nombre de médecins généralistes

Les enregistrements vidéo regroupaient les consultations de quatre médecins généralistes. Avec un nombre plus important de praticiens, nous aurions pu compléter notre étude en tentant d'établir des profils de médecins généralistes, eu égard aux représentations.

C. L'un des quatre médecins généralistes avait une formation en nutrition avec un exercice en partie orienté dans ce domaine

Ceci a pu influencer certains résultats, comme par exemple la forte prévalence de patients en surpoids ou obèses dans notre population.

D. La zone géographique

Les quatre médecins généralistes cités dans notre étude exerçaient tous en Ile-de-France. Or, dans le domaine de la nutrition et des croyances qui s'y rattachent, nous avons vu que le contexte culturel des individus joue un rôle important. Selon les régions, les habitudes alimentaires et culinaires peuvent être différentes. Une approche géographiquement plus diversifiée nous aurait permis d'établir d'autres liens entre les représentations exprimées et les différentes zones géographiques étudiées.

E. L'étude de la structure des représentations

Lors de l'étude de la structure des représentations selon le modèle de J-C. Abric, nous avons privilégié la recherche du noyau central et des éléments périphériques des représentations. La méthode d'investigation plus complète aurait nécessité d'avoir un rôle dynamique au sein des consultations. Or ici, il s'agissait d'analyser des consultations à l'aide d'enregistrements vidéo.

V. DISCUSSION

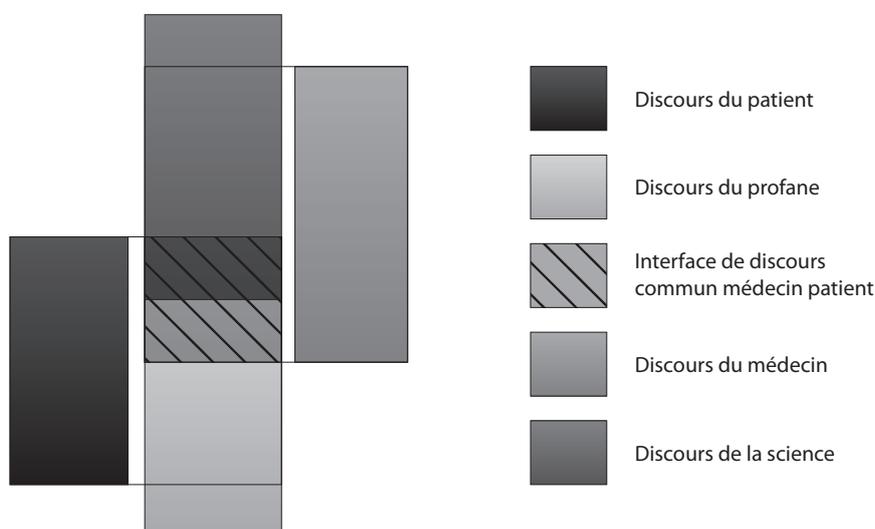
A travers ce travail, nous avons voulu montrer l'intérêt de la sociologie appliquée à la recherche en soin. Notre population était représentée par une majorité de femmes. Ce résultat est cohérent avec celui retrouvé par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en 2004¹¹ où les consultations et visites des médecins généralistes concernaient plus souvent les femmes (55 %). L'intérêt des femmes pour des sujets relatifs à la nutrition pourrait en partie s'expliquer par l'existence d'un référentiel social de « l'idéal minceur » établi dans nos sociétés occidentales, avec l'importance donnée à l'apparence physique et au regard des autres. Force est de constater que les médias et notamment la presse féminine jouent un rôle majeur en prônant des « règles de beauté » et en vantant les miracles de certains modes d'alimentation et de régimes. C'est ainsi que de nombreuses croyances en matière de nutrition sont véhiculées et sont ensuite confrontées aux médecins généralistes. Dans notre étude, le médecin généraliste est à l'initiative du message nutritionnel dans 49 % des cas. 2 études ont attiré notre attention : l'étude Nutrimège réalisée en 2007¹², où le médecin généraliste était l'émetteur du message nutritionnel dans 82 % des cas ; et une étude de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) de 2006³ qui disait que les Français étaient de plus en plus préoccupés par la nutrition. Une hypothèse pour expliquer que l'abord d'un sujet nutritionnel est de plus en plus à l'initiative des patients est, comme nous l'avons évoqué, que l'intérêt de la population dans ce domaine est croissant et sujet à un effet de mode véhiculé par les

médias. La plupart des consultations n'étaient pas dédiées à une approche nutritionnelle et ce sujet est apparu au « fil de l'eau ». Ceci nous permet de rappeler que la nutrition ne concerne pas uniquement les problèmes de poids. Elle intervient aussi dans la prise en charge préventive et curative de certaines pathologies aiguës et chroniques et a toute son importance au cours de certaines étapes de la vie comme la grossesse, l'allaitement, le vieillissement, etc. et simplement dans le but de rester en bonne santé. Un autre élément est qu'en dehors des suivis pour surcharge pondérale, les messages nutritionnels des médecins sont souvent axés sur la prévention. Or la plupart du temps, les patients consultent pour une pathologie dans un but curatif. Il revient alors au médecin d'identifier les moments propices à une intervention préventive au sein de la consultation. Enfin, il peut être parfois difficile pour un patient d'aborder le sujet de la nutrition de manière directe. Certains par exemple peuvent ne pas considérer leur obésité comme une réelle maladie. Ils pourraient être alors confrontés à la peur d'être jugés par le médecin, ce qui entraînerait une réaction d'évitement des sujets nutritionnels.

Rappelons qu'en comparant nos durées moyennes de consultation et message nutritionnel, avec celles de l'étude Nutrimège¹³, nous avons constaté qu'en allongeant la durée de consultation de 4 mn, la place laissée au message nutritionnel augmente de 3,5 mn. Ceci corrobore le fait que certains médecins généralistes expriment que par manque de temps, ils ont parfois l'impression de ne pas être en mesure de prodiguer les conseils nutritionnels nécessaires.

Au sein des messages nutritionnels, nous avons analysé les dialogues entre médecine et patients afin d'identifier les différentes représentations d'ordre nutritionnel. Nous nous sommes alors posé la question d'un éventuel bénéfice de cette démarche dans la relation de soin, et si les croyances de santé dans ce domaine pouvaient constituer un obstacle à la prise en charge. Pour illustrer cela, nous avons construit un modèle d'échange dans la relation de soins entre médecins et patient et avons identifié une zone d'échange entre les 2 discours (cf. schéma 2).

Schéma 2 - Discours et zone d'échange dans la relation de soin (D'après P. Cornet).



Une croyance partagée par le patient et le médecin est une zone de rencontre dans deux discours et permet un échange entre les deux interlocuteurs. Cette croyance ne constitue pas obligatoirement un obstacle à la qualité de la relation de soin. Imaginons que le discours scientifique et le discours profane n'aient aucune zone commune. Que le discours du médecin se cantonne à celui de la science et celui du patient au discours profane, alors aucune zone de rencontre ne serait possible. Il faut que médecin et patient partagent des

représentations communes, mêmes erronées, pour échanger.

VI. CONCLUSION

Les points importants qui ressortent de notre travail sont tout d'abord que la MG constitue un cadre privilégié et adapté pour élaborer des approches en matière de conseils nutritionnels⁴. Le plus souvent, le sujet de la nutrition en médecine générale apparaît au cours de consultations qui n'y étaient initialement

pas dédiées. Les thèmes les plus fréquemment évoqués en lien avec la nutrition, sont le surpoids ou l'obésité. En analysant le discours des médecins, il apparaît que les éléments de renforcement positif sont prépondérants. En effet, la valorisation, le respect, la mise en confiance, l'écoute et la déculpabilisation sont des éléments primordiaux dans la relation de soins.

A travers ce travail, nous avons constaté que les représentations influencent fortement le discours médical. Citons à nouveau l'exemple de l'idéal minceur et le fait que le surpoids ou l'obésité soient les thèmes les plus fréquemment abordés. Il existe de nombreuses croyances d'ordre nutritionnel et elles émanent aussi bien des médecins que des patients. Elles ne constituent pas nécessairement un obstacle à la relation de soins, et au contraire, les représentations communes permettent une zone d'échange entre le praticien et le patient, ce qui contribue à une prise en charge globale et constitue l'une des clés de la réussite des changements nutritionnels proposés.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Truswell AS, Hiddink GJ, Blom J. Nutrition guidance by family doctors in a changing world: problems, opportunities, and future possibilities. *Am. J. Clin. Nutr.* 2003 avr; 77(4 Suppl):1089S-1092S.
2. SFMG (Société F de MG.) Enquête : « Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités ? » Observatoire du pain; 2007.
3. Mitchell LJ, Macdonald-Wicks L, Capra S. Nutrition advice in general practice: the role of general practitioners and practice nurses. *Aust J Prim Health.* 2011; 17(2):202-8.
4. Basdevant A, Bouillot J-L, Clément K, Oppert J-M, Tounian P. *Traité médecine et chirurgie de l'obésité.* Médecine Sciences Publications; 2011.
5. Drenthen AJM, Van Binsbergen JJ. Nutrition guidance in The Netherlands: the role of the GP in the translation from population strategy to individual approach. *Fam Pract.* 2008 déc;25 Suppl 1:i56-59.
6. Basdevant A., Charles M.-A., Eschwège E. ObEpi Roche 2009. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [Internet]. INSERM/TNS Healthcare (Kantarhealth) /Roche; 2009 p. 56. Available de: http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/cms2_cahiers_obesite/AttachedFile_10160.pdf
7. Mannoni P. *Les représentations sociales.* 5^e éd. Presses Universitaires de France - PUF; 2010.
8. Abric J-C. *Méthodes d'études des représentations sociales.* Paris : Eres; 2007.
9. Van Der Meersch G. *Représentation du diabète et du patient diabétique de type 2 chez les médecins généralistes.* [Thèse d'exercice, médecine générale]. [Paris] : Paris 6 Pierre et Marie Curie; 2011.
10. Le Moing L. *Intérêt et faisabilité de la réalisation d'une base de données de consultations filmées de médecine générale pour la recherche.* [Thèse d'exercice, médecine générale]. [Paris] : Paris 5 René Descartes; 2011.
11. Labarthe G. *Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie.* [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2004 juin p. 12. Report No.: 315. Available de: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie,4672.html>
12. Covi-Crochet A, Cittée J-C, Letrilliart L. [Frequency, modes, and determinants of patients' nutritional education in family medicine: the Nutrimege study]. *Rev Prat.* 2010 juin 20; 60(6 Suppl): 4-8.

Revenu universel : quels sont les termes du débat ?

Par M^{me} Véronique Sandoval

Quelle définition ?

Revenu de base, revenu d'existence, revenu ou allocation universelle correspondent tous à la même définition « une distribution inconditionnelle, d'un même montant de revenu à l'ensemble des citoyens ». Il s'agit donc :

- d'un revenu accordé sans condition et notamment sans condition de ressources, contrairement à la plupart des prestations sociales, mais aussi sans condition d'emploi et/ou de comportement à l'égard de la recherche d'emploi contrairement à la plupart des allocations chômage

- d'un revenu attribué à l'ensemble des citoyens, quel que soit leur sexe, leur âge... le fait qu'ils aient ou non un emploi, qu'ils perçoivent ou non une retraite. La déconnexion entre travail et attribution du revenu universel est notamment délibérée afin de lutter contre la stigmatisation des « assistés »

- d'un même montant pour tous, quelle que soit la qualification de celui qui le perçoit (à la différence du salaire à vie de B. Friot), son patrimoine, le niveau de revenu du "ménage" au sein duquel il vit ou sa composition (à la différence du Revenu de Solidarité Active),

Seule exception les enfants, qui toucheraient un revenu d'un montant inférieur jusqu'à leur passage à l'âge adulte.

L'instauration d'un revenu minimum universel gagne du terrain dans l'opinion. Seuls 35 % des français y étaient favorables l'année dernière. Ils sont un peu plus de 50 % (51 %) aujourd'hui (sondage de mai 2016), cette proportion étant nettement plus élevée chez les jeunes et les ouvriers. Une forte majorité dans l'électorat de gauche (70 % dans l'électorat socialiste, 90 % dans l'électorat écologiste) y sont favorables. Mais à droite ce n'est pas le cas : plus de 60 % de l'électorat Les républicains et 62 % de l'électorat FN y sont opposés.

Le débat sur le revenu universel n'est ni un simple débat philosophique sur la possibilité de déconnecter la participation à la redistribution des richesses du travail, c'est-à-dire de la participation à la production de ces richesses, ni un débat franco-français.

Le groupe EELV a déposé cette année au Sénat une proposition de résolution en ce sens. Et l'instauration d'un revenu universel figure dans le programme présidentiel de Benoit Hamon. Mais surtout, la Finlande s'est prononcée pour le versement d'une allocation mensuelle de 800 euros à tout résident du pays, de manière inconditionnelle, quels que soient son âge et son revenu, dès janvier prochain. La mise en place de ce revenu universel est cependant conditionnée par l'analyse des résultats d'une expérimentation en cours depuis janvier dernier sur un groupe de citoyens qui perçoivent 550 euros tous les mois, mais aussi par l'analyse des réformes de la fiscalité et de la protection sociale à mettre en place pour assurer son financement. La Suisse, elle, vient de refuser par référendum l'instauration d'un revenu universel. Toutefois pour obtenir ce référendum, plus de 100 000 signatures avaient été recueillies.

Un débat d'actualité

La proposition de mise en place d'un revenu universel dans notre pays ne date pas d'aujourd'hui. Cela fait bien longtemps que l'instauration d'un revenu de base, distribué de manière inconditionnelle à chaque citoyen est mise dans le débat public. Dès la fin des années 70, et la montée du chômage de longue durée, elle était portée par Lionel Stoleru, mais aussi ATD Quart-monde, pour mettre fin à la pauvreté, sans entretenir l'exclusion sociale de ceux qui seraient considérés comme des "assistés".

Elle revient avec force aujourd'hui du fait de l'aggravation de la crise sociale comme de notre système de protection sociale, mais aussi des transformations du travail opérées depuis plusieurs années et de l'impact à venir de la Révolution numérique sur l'emploi salarié.

Suivant la définition européenne de la pauvreté et de la très grande pauvreté, la France compte en effet aujourd'hui entre 4,9 et 8,5 millions de pauvres⁽¹⁾.

¹ Les 8,5 millions de pauvres vivent dans un ménage dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 50 % du revenu médian au sein de la population française, et parmi eux 4,9 millions vivent au sein d'un ménage dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 50 % de ce revenu médian. Ce sont les "très pauvres".

Alors que la pauvreté avait fortement baissé entre 1975 et 1995, ce n'est plus le cas depuis. Entre 2004 et 2013 le nombre de français relevant de la très grande pauvreté (moins de 50 % du revenu médian) s'est accru de 1 million, et notamment de 800 000 entre 2008 et 2012. Cette augmentation de la pauvreté est naturellement liée à l'accroissement du chômage de longue durée, c'est-à-dire des chômeurs n'ayant pas trouvé d'emploi depuis plus d'un an, et donc, corrélativement, à la forte augmentation des chômeurs "en fin de droits", n'ayant plus droit aux allocations-chômage mais seulement au RSA. On assiste en effet à un accroissement de 200 000 du nombre des titulaires du RSA en deux ans entre 2012 et 2014. Ceci alors même que la proportion des ayants droit à ce revenu de solidarité mais ne le réclamant pas (ce qu'on appelle le taux de "non recours") est estimée de 35 % (identique au taux antérieurement observé pour le RMI) et a tendance à s'accroître du fait de la baisse des montants attribués, de la complexité des démarches à entreprendre pour le percevoir et de la peur de voir assimilé à des « assistés ».

Les chômeurs en fin de droits ne représentent cependant que 30 % des chômeurs non indemnisés (ne percevant aucune allocation-chômage), dont une grande majorité, est exclue de l'indemnisation faute d'un nombre de jours de travail dans l'année suffisant. L'accroissement du nombre de salariés pauvres, par la multiplication des contrats précaires et de salariés alternant périodes de chômage et périodes d'activité de très courte durée, est directement lié aux politiques dites de flexibilisation de la main-d'œuvre encouragées au niveau européen. Conjuguées aux politiques d'austérité budgétaire également menées à ce niveau, elles conduisent à une véritable crise de la protection sociale, à l'accroissement sans précédent des inégalités de revenus et à une crise du vivre ensemble.

Si la proposition d'instauration d'un revenu universel rencontre un succès croissant, singulièrement parmi les jeunes et les ouvriers, c'est aussi du fait de la diffusion de l'économie numérique avec notamment le remplacement de nombreux postes de travail salarié par des robots, sans qu'apparaissent encore vraiment une multitude d'emplois nouveaux liés à cette diffusion de l'économie numérique, mais plutôt une division internationale du travail accrue, s'accompagnant d'un retour au travail rémunéré à la tâche, sans protection sociale. Mais c'est, peut-être tout autant, parce que le modèle économique associé à cette révolution numérique repose sur l'exploitation d'une multitude

de données (d'informations), notamment sur les goûts et les comportements des consommateurs, usagers ou clients, ce que l'on appelle le « travail implicite » des utilisateurs de plates-formes numériques, (le "digital work")... et que les richesses ainsi créées, sans création d'emplois, sont accaparées par les seuls détenteurs de ces plates-formes, sans aucune redistribution.

Enfin se dessine un nouveau modèle économique lié à la révolution numérique, celui des *fablab* et des logiciels libres, qui repose avant tout sur des activités non marchandes, la créativité des travailleurs et leur collaboration, ce qui va à l'encontre de la précarité des existences et suppose au contraire une sécurité de revenu.

Les défenseurs du revenu universel sont très divers

Parmi les défenseurs du revenu universel on trouve aussi bien des néolibéraux que des partisans d'une socialisation des revenus, des keynésiens voulant soutenir la demande pour relancer la croissance que des écologistes prônant la sobriété volontaire. Toutefois les objectifs qu'ils poursuivent ne sont pas les mêmes, le montant qu'ils proposent pour ce revenu non plus, et encore moins les modes de financement... quand ils en parlent.

Pour les ultra-libéraux, ce revenu universel remplaçant toutes les prestations sociales versées permettrait de mettre fin au "monopole qu'exerce la sécurité sociale sur la protection sociale"⁽²⁾, et de réduire le rôle de l'Etat dans ce domaine afin de faciliter l'émergence de nouvelles compagnies d'assurances.

Pour les partisans de la « *société du care* » (défendue notamment par Martine Aubry), il serait chargé de mettre fin à la grande pauvreté en supprimant les non recours aux droits, liés à la bureaucratie ou au refus du statut d'assisté, mais aussi d'éviter "l'incitation à ne pas reprendre un emploi" (la "*trappe à inactivité*") que représente selon eux un revenu de remplacement comme le RSA, dont le montant diminue progressivement lors du retour à l'emploi. Comme dans le cas des ultra-libéraux le revenu universel doit avant tout résoudre un problème de protection sociale.

Pour les animateurs des *fablab*, les *hackers* et les adeptes du dépassement du salariat par la révolution numérique, en revanche, le revenu universel est

² J.M. Daniel, professeur associé à l'ESCT Europe et directeur de rédaction de la revue Europe

une réponse à un tout autre problème : une nouvelle cohérence à trouver entre les transformations du travail au sein d'un capitalisme financier mondialisé et l'émergence d'un nouveau système économique avec la révolution numérique. L'impact sur le travail de la financiarisation d'un capitalisme mondialisé est connu : précarisation des emplois et mise en concurrence généralisée des salariés. Celui de la révolution numérique sur la destruction ou la transformation d'emplois est sans commune mesure avec celui de la révolution industrielle du XIX^e siècle, et s'accompagne d'une transformation radicale du travail. On assiste d'un côté à un retour aux petits boulots et au travail à la tâche, mais d'un autre côté à une priorité donnée à la créativité et au partage. Comment dès lors concilier l'émergence d'un nouveau système économique, une "économie collaborative", avec une précarisation des emplois facteur d'une insécurité, elle-même obstacle à la créativité ? Pour eux la mise en place d'un revenu universel devrait permettre au travailleur de ne pas avoir à accepter n'importe quel emploi pour survivre, et de rémunérer l'indispensable développement des connaissances et la création, par nature collective, qui font aujourd'hui l'objet d'une appropriation exclusive par certains grands groupes.

De quel montant du revenu universel parle-t-on dès lors ?

Les montants proposés pour ce revenu universel ne sont naturellement pas les mêmes : au mieux celui du RSA pour les libéraux comme pour les partisans d'une économie du Care, pour qui ce revenu universel ne doit pas être une désincitation au travail, au moins équivalent au salaire minimum (le Smic) pour tous ceux qui considèrent ce revenu comme le moyen de permettre à chacun - de choisir son activité, y compris des activités "autonomes" ne relevant pas de la rationalité économique (activité militante, bénévolat) – et d'avoir un travail de qualité, qui ait un sens pour lui. Ces derniers sont encore peu nombreux dans l'ensemble de la population puisque, selon un sondage récent, seuls 14 % des français se prononcent pour un montant d'au moins 1 000 euros par mois en cas de mise en place d'un revenu universel, soit deux fois moins que la proportion de ceux qui pensent que son montant devrait être inférieur à 500 euros qui est le montant correspondant au RSA dont on sait qu'il n'assure pas la survie de ses bénéficiaires (29 % opteraient pour un revenu compris entre 500 et 750 euros, 24 % pour un revenu compris entre 750 et 1 000 euros).

Peu des partisans du revenu universel abordent le problème crucial de son financement.

Or la réallocation du budget des minima sociaux (la suppression du RSA, de l'ASS, des subventions pour l'emploi versées aux entreprises, mais aussi des bourses, des prestations familiales et même de l'Aide Personnalisée au Logement, ... prestations devenues sans objet avec le versement à chacun d'un revenu universel) ne permettrait de financer qu'un revenu mensuel de 200 euros par adulte et 60 euros par enfant⁽³⁾. Soit moins de la moitié du RSA (548,70 euros) Elle serait donc défavorable aux plus pauvres.

Pour atteindre un montant de 500 à 750 euros par mois, tout en gardant le même système de financement de la protection sociale, il faudrait compléter ce dispositif par une augmentation de la CSG de 35 points, et la faire passer de 7,5 % en moyenne à 42,5 %⁽⁴⁾. Ce n'est naturellement pas envisageable car cela irait à l'encontre du rôle historique de l'impôt progressif dans la redistribution des ressources. Le taux actuel de la CSG, qui est une taxe proportionnelle au revenu perçu, contrairement à l'impôt sur le revenu, qui lui est progressif, rapporte en effet déjà un montant supérieur de 30 % à celui procuré par l'impôt sur le revenu, dont un ménage sur deux est dispensé faute de revenus suffisants.

En réalité, derrière le débat sur le revenu universel, c'est tout notre système de protection sociale qui est remis en cause. Sans augmentation des impôts, un revenu universel de 500 à 750 euros (et 350 euros pour les enfants) ne peut être financé que s'il remplace les allocations familiales mais aussi les allocations-chômage et les allocations de retraite qui sont aujourd'hui fonction du salaire perçu. Or le montant moyen des retraites perçu est de 1 500 euros bruts par mois, retraites complémentaires incluses, et 10 % des retraités touchent plus de 3 000 euros par mois. Les allocations-chômage versées sont également aussi dispersées que le montant des salaires. On assisterait dès lors à une multiplication des retraites par capitalisation et des assurances chômage privées.

En résumé la proposition de revenu universel revient avec force car il est indispensable de trouver une solution au développement de la très grande pauvreté

³ Rapport du Conseil national du Numérique

⁴ Si on choisit une hausse des cotisations sociales assises sur les seuls salaires et non sur l'ensemble des revenus, c'est un taux de prélèvement proche de 100 % qu'il faudrait atteindre.

liée aux nombreuses suppressions d'emploi résultant des politiques de gestion des entreprises, à la diffusion des robots comme de la révolution numérique en général, et à un système de protection sociale ayant pour priorité d'éviter la "désincitation au travail", Indispensable également de fluidifier les transitions professionnelles face à la révolution numérique. Or la formation continue est en échec. Il est indispensable enfin de redonner sens au travail face à la crise du travail à laquelle ont conduit les nouvelles méthodes de management.

Mais les risques que comporte en germe la mise en place d'un revenu universel sont tout aussi importants. Celui de la remise en cause de l'ensemble de notre système de protection sociale au profit du développement des assurances privées et des retraites par capitalisation. Celui de la remise en cause du Smic et de réduction générale des salaires. C'est ce qui est d'ailleurs testé avec l'expérimentation, sur demande d'ATD Quart-Monde, d'une réallocation des allocations-chômage de chômeurs de longue durée sur un territoire volontaire pour permettre à des associations de les embaucher sur CDI à moindre coût.

Par ailleurs l'instauration d'un revenu universel soulève des questions de fonds du point de vue du travail. Faut-il changer le rapport au travail en le déconnectant de la répartition des richesses et dévaloriser ainsi les compétences et qualifications acquises, écraser la hiérarchie des salaires? S'il faut favoriser le développement d'une économie collaborative avec les fablabs et les logiciels gratuits, favoriser la créativité et le partage des informations et des savoirs, lutter contre l'ubérisation, l'instauration d'un revenu universel ne risque-t-elle pas de s'accompagner d'une coupure sociale entre les actifs en emploi et les autres, survivant grâce à l'appropriation sociale des richesses créées par les premiers avec le risque d'explosion du "vivre ensemble"? C'est pourquoi, aujourd'hui, nous préférons répondre à la crise de la protection sociale comme du travail par la sécurisation des parcours professionnels (ce que nous appelons sécurité d'emploi et de formation), l'extension de la définition du salariat, la RTT, et la conquête de nouveaux droits d'intervention pour les travailleurs sur l'organisation du travail comme sur la gestion de l'entreprise.

La réponse à la crise de la protection sociale suppose une révolution, à savoir le passage de droits sociaux attachés au poste de travail, à des droits sociaux attachés à la personne, et transmissibles d'une entreprise à

l'autre, avec une garantie de revenu et de droits assurée entre deux activités - notamment l'accès effectif à une formation qualifiante rémunérée permettant de suivre le parcours professionnel de son choix. La responsabilité des entreprises concernant l'emploi et la qualité du travail ne saurait être évacuée. Elles doivent donc participer au financement du fonds mutualisé de garantie de ces droits sociaux, à hauteur de leurs moyens financiers mais aussi en fonction des choix opérés en matière de gestion de la main-d'œuvre.

Le coût d'une garantie de rémunération assurée aux 10 % de chômeurs actuels peut être estimé à 86 milliards d'euros, si on en déduit l'ensemble des prestations chômage versées (32,5 milliards) mais que l'on inclue les dépenses de formation nécessaires pour que tous aient accès à une formation qualifiante (au moins 15 milliards), le coût total s'élève à plus de 60 milliards. Il faudrait donc multiplier par deux le montant actuel de la CSG pour assurer son financement. C'est pourquoi la réponse à la crise de la protection sociale ne saurait être dissociée d'une bataille pour la création d'emplois et des droits d'intervention des travailleurs sur l'organisation du travail et les critères de gestion dans les entreprises.

Faut-il un revenu universel ?

Par Jacques Rigaudiat, magistrat à la Cour des comptes

Il faut bien se résigner à en convenir, quelque position que l'on tienne à son égard, la question du revenu universel (RU), - celle donc d'un revenu minimum, alloué à chacun sans contrepartie de travail exigée, permettant de couvrir les besoins de base -, est désormais relancée et de toutes parts mise sur la table. Ce n'est pas le moindre des paradoxes qu'elle l'ait été, en France, à l'occasion de la remise, le 6 janvier dernier, d'un rapport : « Travail, emploi, numérique : les nouvelles trajectoires » par le Conseil national du numérique (CNUM) à la ministre du travail. « Dé-corréler revenu et travail », comme il est ainsi proposé, était, en effet, jusqu'à présent une question soulevée par les seuls utopistes de la « question sociale »⁽⁵⁾ : une réponse alléguée à la pauvreté. C'est désormais une solution proposée par ses représentants officiels aux problèmes structurels d'un secteur économique de pointe ! Il est, par ailleurs, désormais question d'instaurer un RU, en Finlande comme dans certaines villes des Pays-Bas. En Suisse, elle vient tout juste d'être rejetée par 77 % des votants lors d'une votation qui s'est tenue le 5 juin dernier ; mais pour pouvoir se tenir, ce scrutin a au préalable recueilli plus de 100 000 signatures qui lui étaient favorables. En France, la Fondation Jean Jaurès, proche de la droite du PS, vient de traiter cette question⁽⁶⁾. Actualité, intellectuelle tout autant que pratique, du sujet, donc.

D'ailleurs, pour s'en tenir à la France, on peut très légitimement se demander si le RMI et son successeur le RSA n'en sont pas des formes d'esquisses, ou de caricatures : tout en étant insuffisants⁽⁷⁾ dans leur montant pour que l'on puisse seulement prétendre qu'ils permettent de couvrir les besoins fondamentaux, ils en appliquent néanmoins, -quoique très différemment comme on va le voir ci-après-, le principe général : tous sont concernés, dès lors du moins que leur revenu est considéré insuffisant.

Face à cette actualité et à cette nouvelle donne, il est nécessaire d'abord de faire le point de ce qui est ainsi proposé sous une étiquette apparemment unique⁽⁸⁾ et d'établir clairement l'ambiguïté native de la proposition ; ensuite, de bien comprendre ce qui est à l'origine de ce renouveau ; pour, enfin, essayer de démêler dans cet écheveau ce que l'on peut éventuellement en penser.

1. Des propositions politiquement ambiguës

L'enfer, c'est bien connu, est pavé de bonnes intentions ; on peut sans difficulté en dire de même du RU qui, dès son origine, se donnait dans deux versions très différentes. La première est celle (ultra)libérale de « l'impôt négatif », portée dès le début des années soixante du siècle précédent par Milton Friedman⁽⁹⁾, le père de l'École de Chicago et du monétarisme. Sur le fond sa philosophie peut être résumée en peu de mots : loi de la jungle économique partout : abolition de toute législation et de toute régulation, mais filet ultime et minimal de rattrapage pour les personnes. Comme son nom l'indique, cette mesure vise à assurer à chacun un revenu minimum, sous la forme d'un différentiel entre le montant de l'impôt sur le revenu personnel qui doit être acquitté et celui de ressources qui est garanti. Si je ne paie aucun impôt, je reçois l'intégralité du montant de ce revenu garanti ; si je paie l'impôt, celui-ci est minoré de ce même montant, je ne paie que la différence et si le différentiel entre les deux est négatif (soit un impôt à payer inférieur au montant garanti), je le perçois.

Compte tenu de la difficulté pratique de la mesure dès lors qu'elle doit, de par son principe fondateur même, être mise en regard de la fiscalité des personnes et implique peu ou prou sa réforme, elle n'est désor-

⁵ Parmi les plus récents ouvrages en date sur ce sujet portant ce point de vue, cf. : B. Mylondo, « Un revenu pour tous. Précis d'utopie réaliste », Utopia, 2010.

⁶ « Le revenu de base, de l'utopie à la réalité », Fondation Jean Jaurès, 22 mai 2016.

⁷ Le montant du RSA est actuellement de 524,68 par mois pour une personne seule, alors que le SMIC à temps plein est de 1 141 € nets.

⁸ Le Monde Diplomatique a donné une synthèse intéressante (et plutôt positive) du sujet, il y a quelques années : « Revenu garanti, une utopie à portée de main », Le Monde Diplomatique, mai 2013. Il vient tout récemment de récidiver : « Le revenu garanti et ses faux amis », Le Monde Diplomatique, juillet 2016. On ne peut que conseiller au lecteur intéressé de se rapporter à ces deux dossiers. Il peut, par ailleurs, aussi consulter le site du « mouvement français pour un revenu de base » (MFRB), dont le site tient la chronique des divers débats qui se déroulent en France sur le sujet.

⁹ M. Friedman, « Capitalisme et liberté », Leduc's édition, 2010, initialement paru en 1962.

mais plus guère mise en avant : comment, pour ne donner que cet exemple, imaginer un impôt négatif en France, alors que la moitié des foyers fiscaux ne paie pas d'IR ?... Même si cette voie est donc délaissée, on en retiendra néanmoins que, quelle que soit la forme qui en est proposée, le RU peut s'attacher à une vision libérale, voire, comme avec M. Friedman, résolument ultralibérale. Méfiance donc.

La seconde voie est celle du RU proprement dit : chacun se voit individuellement accorder un montant donné qui lui est garanti à vie. Au-delà de sa pureté principielle, la diversité même de ceux qui portent cette proposition, comme celle de leurs propositions concrètes, porte à y regarder de plus près, de très près même. Pour ne prendre que la situation française actuelle, en dehors de l'étiquette RU, que peut-on bien trouver de commun entre G. Koenig⁽¹⁰⁾ fondateur du très libéral « think tank » « Génération libre » et B. Friot et son « salaire à vie » ? Rien.

Que penser au demeurant de l'association récente de Frédéric Lefebvre (député LR et ancien ministre de N. Sarkozy) et de Delphine Batho (député PS et ex-ministre frondeuse de F. Hollande) qui, lors de l'examen du projet de loi « Pour une République numérique », ont conjointement déposé des amendements demandant au Gouvernement un rapport sur la faisabilité du RU ? Derrière les bonnes intentions affichées par ses tenants, la question du RU est donc source de confusion. Pour pouvoir éventuellement discriminer les propositions entre elles, pour essayer de sortir de cette ambiguïté, qui est on le voit quasi permanente sur le sujet, il faut donc d'abord examiner de près le cadre dans lequel elles sont formulées.

2. Les deux pierres d'achoppement du RU

Par sa définition même, le RU est une mesure universelle, elle est ainsi censée s'appliquer à tous, - sans rupture dans l'espace de la répartition des revenus et sans considération de statut des personnes - ; elle est, par ailleurs, constitutive d'un revenu, il s'agit ainsi d'une allocation versée sous forme monétaire. Ceci est la base commune à toutes les propositions sans exception.

Ces principes généraux et généreux étant posés, arrivent alors les difficultés pratiques, avec elles viennent les formulations restrictives !

2.1. La question du financement

La difficulté la plus évidente, la plus immédiate, est bien sûr celle de son coût et de son financement. Appliqué à la lettre, un RU visant à couvrir minimalement les besoins (disons, pour faire simple, 1 000 € nets par mois) de chacun (soit 66 millions de personnes) représente un coût très important (en l'espèce, 792 Md €, le 1/3 du PIB, globalement l'équivalent approximatif de l'ensemble des dispositifs de protection sociale). La première tentation est donc d'en rabattre financièrement. Les échappatoires possibles, et donc les propositions, sont ici nombreuses, mais, pour l'essentiel, elles s'inscrivent dans trois dimensions, qui peuvent, au demeurant, se cumuler entre elles :

- le RU vient se substituer, entièrement ou partiellement, au dispositif de protection sociale. Le RU n'étant pas véritablement « en plus », son coût « net » en est donc d'autant limité. L'instauration d'un RU n'est alors qu'un levier pour mieux démanteler la Sécurité sociale et plus encore l'indemnisation du chômage. C'est l'objet même de sa version ultralibérale⁽¹¹⁾.
- le montant de l'allocation est réduit. Le RU ne permet donc plus de réellement couvrir les besoins minimaux des personnes. Ce qui rend nécessaire l'exercice d'une activité pour les assurer correctement.
- la population concernée est limitée dans son champ aux seules personnes socialement considérées comme pauvres, donc situées sous un seuil de revenu. Le RU n'est alors plus universel et l'on se trouve, par exemple, dans le cas de figure du RSA, ce qui ouvre alors à une autre difficulté...

Le RSA, dont j'ai dénoncé dès sa mise en place le risque de dérive qu'il représentait⁽¹²⁾, illustre tristement désormais ces trois possibilités qu'il cumule. Outre que, de par sa définition même, il est versé sous condition de ressources et donc aux seuls pauvres et que son montant est - et de très loin - inférieur à ce qui peut être considéré comme un minimal vital (cf. l'analyse de ce point ci-après), une disposition récente en a encore renforcé le contenu libéral.

¹¹ Ainsi, le RU tel que le Gouvernement conservateur a prévu de l'installer dès 2017 en Finlande (560 € par mois) est très officiellement destiné à être « un instrument de simplification d'un système socio-fiscal complexe et peu efficace » venant se substituer aux allocations-chômage et aux minima sociaux. Comme le commente Le Figaro du 9 septembre dernier : « il encouragerait les finlandais à accepter des emplois à temps partiel, ce qui augmenterait la compétitivité des entreprises ».

¹² Sur ces points, cf. J. Rigaudiat, « Le RSA, une solution ou un problème », revue de l'Uniojss, juillet 2007 ; « Faire face à l'insécurité sociale : RSA ou sécurité sociale professionnelle », Droit social, janvier 2009 ; « RSA : une réforme en faux-semblants », Esprit, février 2009.

¹⁰ Liber Auteur, avec M. de Basquiat, de « Liber, un revenu de liberté pour tous », Editions de l'onde, Paris 2014.

Le vote, en février dernier, de la loi sur « l'expérimentation de zones zéro chômage » vient, en effet, permettre depuis le 1^{er} juillet, date de son entrée en vigueur, « de réallouer les dépenses publiques d'indemnisation et de solidarité liées au chômage vers le financement de l'embauche en CDI de chômeurs de longue durée ». Très explicitement donc, nous est ainsi annoncé que l'indemnisation du chômage servira à... payer les salaires à la place des employeurs ! Certes, ceci nous est servi sous couvert des meilleures intentions du monde : à titre expérimental, dans la seule économie sociale et solidaire, pour des CDI et à destination des chômeurs de longue durée. Mais il n'y a que le premier pas qui coûte : une expérimentation a toujours vocation à être d'abord étendue, ensuite généralisée.

2.2. Le rapport au salaire et au travail

La seconde difficulté est de loin la plus importante et elle est de taille : pris à leur lettre, les principes du RU sapent ni plus ni moins que les fondements mêmes de la société marchande capitaliste, telle du moins que nous la connaissons. L'obtention d'un revenu sans aucune contrepartie d'activité est, en effet, soit le prix du risque individuel dans une société sans protection sociale et sans aucune autre garantie vitale, -il n'y a alors plus de société, rien que des individus qui coexistent ; soit, à l'inverse, celui d'une solidarité collective totalement aboutie, - qui s'apparente à la vision du communisme réalisé ! C'est ce qui explique qu'un auteur comme B. Friot puisse mettre en avant le concept de « salaire à vie » et ainsi, quoi qu'il en dise, prendre le risque de frayer avec M. Friedman et son « impôt négatif », avec lequel, on en conviendra volontiers, il a, par ailleurs, assez peu de points communs !!! Deux noms pour une notion similaire, mais pourtant deux conceptions radicalement opposées de la société souhaitable.

Au niveau des principes affichés, le RU est ainsi supposé mettre en œuvre une déconnexion totale entre activité (ou pas) et rémunération. C'est ce qu'assument les tenants, tous les tenants, -ultralibéraux ou radicaux-, conséquents du RU, mais ils achoppent

alors, on l'a vu, sur la question du financement⁽¹³⁾. Dans son intégrité, le RU est à proprement parler une utopie, au demeurant ambiguë. Disons-le clairement : même si elle est intellectuellement conséquente, cette conception du RU n'a pas d'avenir pratique.

Dans tous les autres cas de figure, qui sont ceux de sa mise en œuvre pratique, les versions que l'on qualifiera de « rabougries » du RU, dont le RSA est la figure emblématique, cette rupture est concrètement battue en brèche. Qu'il s'agisse d'en limiter le montant ou/et de restreindre le champ de ses bénéficiaires, il faut bien en tout état de cause alors organiser la coexistence de ceux qui le perçoivent et de ceux qui n'en sont pas bénéficiaires. C'est la question dite de la « trappe à pauvreté ». Si le montant du RU est, par exemple, de 1 000 € par mois, pourquoi accepterais-je de travailler dans des petits boulots aux salaires proches du SMIC ? Dans ce cas, en effet, travailler ne me rapportera rien, car ce que je gagnerai par mon travail me fera perdre le RU. Dans ces conditions, dans l'espace du montant de revenu garanti, pourquoi devrais-je travailler ? C'est pourquoi, pratiquement, dès lors que le RU ne peut s'appliquer dans sa pureté originelle, - et il ne le peut jamais - il faut le compléter par deux principes additionnels. Le premier, implicite mais bien présent, est celui de « moindre éligibilité » : l'allocation ne doit pas « dés-inciter » au travail, elle permet la survie, pas une vie décente. Pour vivre correctement je suis obligé de travailler. Concrètement, le RSA représente de l'ordre de la moitié d'un SMIC à temps plein.

Le second est celui dit « d'intéressement » : le « travail doit payer » et « nul ne doit perdre de l'argent lorsqu'il reprend un emploi », même si avec un maigre salaire mon revenu devient supérieur au montant fatidique qui est celui de l'allocation. Dans une certaine limite, celle-ci m'est alors maintenue partiellement, de manière temporaire (hier, avec le RMI) ou de manière permanente (actuellement, avec le RSA) et mon revenu d'activité vient s'y ajouter, non s'en déduire. Symétriquement, « l'oisiveté » doit être découragée : les chômeurs doivent plus seulement être à la

¹³ Qui n'est, in fine, que l'expression pratique et concrète de ce que, comme le souligne très justement J.M. Harribey, pour les tenants du RU, toute activité est considérée comme créatrice de valeur (d'usage). Or le champ de la valeur d'usage diffère fondamentalement de celui de la valeur d'échange : toute valeur d'usage ne donne pas lieu à valeur d'échange. Celle-ci nécessite en effet une validation sociale *a priori* dans le champ monétaire. Sur ce point, voir, entre autres, J.M. Harribey, « le revenu d'existence : un piège néolibéral », Économie et politique, juillet-août 2016. Bref, le RU est un transfert, qui suppose un financement propre et donc un prélèvement sur les richesses produites (les valeurs d'échange), et non la reconnaissance d'une création de richesse, ce qui l'autofinancerait.

recherche d'un emploi, faute d'en avoir un ils doivent être contraints à une activité. C'est la voie ouverte par les dispositions du RSA ; celle dans laquelle le département du Haut Rhin vient de s'engager : son Conseil départemental vient de décider l'expérimentation dès le 1^{er} janvier 2017 de « l'engagement bénévole » des allocataires du RSA sept heures par semaine pour une association ou une collectivité...

De tout cela on retiendra que :

- soit le RU est vraiment universel et la question de son financement est majeure⁽¹⁴⁾, sauf dans sa version ultralibérale qui supprime tout dispositif de protection sociale collective et auquel il vient se substituer ;
- soit, le « RU » ne l'est plus vraiment (universel) et ses incarnations pratiques qui s'éloignent de ses principes fondateurs, -même si elles continuent néanmoins hautement de s'en prévaloir-, sont autant de mesures qui ne permettent pas de sortir de la dépendance. Elles visent à forcer chômeurs et précaires au travail et à accepter des emplois qui, à eux seuls, ne leur permettent pas de vivre décemment sans assistance.

Bref, pour résumer brutalement la situation : considéré intellectuellement, le RU est une pure façade idéologique sans la moindre portée pratique réelle, du pur « wishful thinking » ; considéré pratiquement, c'est une mesure de contrainte « soft » au travail précaire. Il acte l'acceptation d'un sous-emploi structurel.

3. Avec « l'Ubérisation » de l'économie, une actualité nouvelle pour le RU

Si le RU connaît aujourd'hui une actualité nouvelle, alors que le développement de la précarité est un fait majeur des quarante dernières années, c'est que celle-ci déborde désormais du seul champ social pour concerner les structures mêmes de l'économie. Ce que nous indique le rapport précité du Conseil national du numérique, c'est qu'il ne s'agit plus essentiellement comme auparavant se préoccuper des pauvres ; il s'agit d'abattre les obstacles qui s'opposent au développement du secteur économique de pointe que représente de « l'Ubérisation », que ses thuriféraires préfèrent présenter comme celui de « l'économie participative ».

Les avatars étatsuniens actuels d'Uber autour de son projet d'accord d'indemnisation de ses « salariés », comme les difficultés judiciaires multiples que cette société rencontre, en France comme partout ailleurs, à ce propos ; comme, symétriquement, son désir de développer à marche forcée, en partenariat avec Volvo, des véhicules autonomes, tout cela montre bien que la question de la transformation du rapport salarial est désormais majeure. La surmonter dans le sens souhaité par Uber suppose un changement de paradigme radical du rapport salarial.

En effet, très largement organisé autour de « travailleurs indépendants mais économiquement dépendants », le développement de « l'économie participative » pose très concrètement la question du statut du salariat, mais aussi, selon les termes mêmes du rapport du CNUM, celui de la « sécurisation des trajectoires professionnelles ». Des termes qui nous sont familiers. Ainsi « le droit social est mis au défi »⁽¹⁵⁾, et le Code du travail mis en question. Le salariat est, en effet, juridiquement défini comme la superposition d'une dépendance économique des personnes (non-propriété de leurs moyens de production) et de leur subordination hiérarchique reconnue à l'égard de leur employeur. Or, les formes d'emploi qu'utilise massivement ce secteur tendent à inventer de « nouveaux visages »⁽¹⁶⁾ au lien de subordination. Visant à le gommer, sinon à le faire disparaître, – notamment aux yeux des juges-, ces formes d'emplois ont pour but d'entraîner la sortie du salariat –et, bien sûr des droits sociaux qui s'y attachent- et le développement du travail indépendant : auto entrepreneur, EURL... Avec ces nouvelles formes d'emplois s'installe ainsi une précarité nouvelle, hors du salariat cette fois-ci.

C'est cela qui est véritablement nouveau et donne une actualité nouvelle au RU. Nous voici ainsi ramenés à ses fondamentaux. Un principe apparemment généreux, mais totalement utopique et purement intellectuel, qui masque la destruction des droits sociaux et vise à installer une économie ultralibérale. Une réalité bien différente donc de ce qui est hautement proclamé : un filet de rattrapage minimal, accompagné de contraintes au travail précaire, dans ses formes salariales ou non. Un aboutissement informulé : l'installation et la systématisation du sous-emploi.

¹⁴ C'est à cette aporie que se heurte B. Hamon, adepte de son propre aveu fraîchement converti au RU. Comme financement d'une mesure qu'il estime devoir coûter 300 Md€ (soit moins de la moitié de notre estimation), Il envisage ainsi une fusion avec les minima sociaux, les aides au logement et les prestations familiales et pour le reste demeure « un manque à gagner », pour lequel manque à ce stade un financement.

¹⁵ Josépha Dirringer, « le droit social à l'épreuve de l'ubérisation », Contretemps, n° 30, juillet 2016.

¹⁶ Alain Supiot, « Les nouveaux visages de la subordination », Droit social, 2000.

Face à cela et à ce risque majeur, se pose alors une double question :

- celle, d'une part, de l'invention d'un droit protégeant l'ensemble des actifs et pas seulement les salariés, d'un « droit commun du travail subordonné et parasubordonné »⁽¹⁷⁾.
- celle, enfin, d'une sécurité sociale professionnelle, dont l'objet est de « sécuriser dans l'emploi et favoriser une mobilité choisie dans la sécurité des revenus et des droits de chacun »⁽¹⁸⁾

La mutation qui nous attend est d'ampleur et les risques qu'elle porte sont majeurs. Les choix qui vont être faits nous installeront durablement dans des institutions nouvelles. C'est ce débat-là qui doit absolument être ouvert : celui de la mise en place d'une sécurité sociale professionnelle et d'un droit général du travail, pas celui d'un revenu universel

¹⁷ Selon les termes, que je partage, de l'article précité de J. Diringier.

¹⁸ Commission économique du PCE, « Une proposition de loi pour la sécurité de l'emploi ou de la formation », avril 2016.

Revenu de base : un enfer pavé de bonnes intentions : Sur la proposition de résolution de EELV pour l'instauration d'un revenu de base

Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue *Économie et Politique*

Dans le cadre du débat parlementaire, le groupe EELV du Sénat a déposé sur le bureau de la Haute Assemblée une proposition de résolution visant à la création par le gouvernement d'un revenu de base universel et non conditionné. Cette proposition faisait écho à une suggestion européenne et certaines expérimentations dans certains pays. Rejetée dans le débat parlementaire, cette proposition résume assez bien la philosophie qui sous-tend l'argumentaire des défenseurs du revenu de base.

1- Revenu d'existence universel : de quoi parle-t-on ?

Il existe trois conceptions principales de l'allocation universelle ou revenu d'existence.

- La première est libérale et proche de l'impôt négatif de Milton Friedman. Elle consiste à supprimer le salaire minimum pour abaisser le coût du travail au niveau d'un équilibre de marché et à compléter les bas salaires par un revenu fourni par la collectivité. C'est un nouveau pas sur la voie de la dérégulation du « marché du travail ».
- La deuxième est défendue par Van Parijs, Yoland Bresson et André Gorz. Elle ne vise plus à assurer le droit à l'emploi mais uniquement le droit à un revenu, l'individu choisissant de travailler, ou non. Cette déconnexion entre les deux droits est théoriquement intenable car il n'y a aucun revenu monétaire qui ne puisse être engendré sans travail productif.
- La troisième est avancée par Alain Caillé et l'école anti-utilitariste en science sociale : le revenu dit de citoyenneté serait versé au-dessous d'un certain seuil de revenu et serait ensuite dégressif. C'est le modèle théorique du RSA.

La caractéristique commune de ces définitions : le revenu de base est déconnecté de la production. Ce qui n'est pas sans conséquences : sans production préalable, d'où pourrait venir le revenu de base distribué sans contreparties ? Car c'est un fait, pour distribuer un revenu, il faut préalablement qu'il existe et donc soit produit... Dans tous les cas, conçu comme revenu permanent, le revenu de base ne serait qu'une rente

versée à des privés d'emploi transformés en rentiers de la misère, prélevée principalement sur les ménages travaillant. Il ne serait rien d'autre que le masque d'une économie capitaliste attendrie mais dans laquelle la logique capitaliste resterait reine. Renonçant aux politiques d'emploi, il entérinerait la coupure définitive entre ceux qui pourraient bénéficier de tous les avantages de la vie sociale et les autres.

En outre, il contribuerait à la déresponsabilisation sociale des entreprises, à la fois, en ne répondant pas à l'objectif de socialisation des profits (seule la fiscalité est envisagée) et en contribuant à accentuer les trappes à bas salaire (pourquoi augmenter les salaires si les salariés bénéficient d'un revenu suffisant pour vivre dont une part est déconnectée de l'activité ?). De fait, il accompagnerait le développement du chômage et de la précarité liés à la révolution informationnelle. L'objet de l'équité est donc détourné : ce n'est plus l'égalité devant le droit fondamental au travail qui est considérée comme essentielle, c'est l'égalité devant son palliatif. Il s'agit d'un adieu à la lutte sociale transformatrice.

Pas étonnant que l'arc de ses défenseurs couvre des socio-démocrates (André Gortz et Cynthia Fleury par exemple) aux libéraux (Dominique de Villepin et Frédéric Lefèvre entre autres).

2- Sur la proposition de résolution d'EELV Le contenu de la proposition de résolution (PR)

Il s'agit d'une demande au gouvernement de mettre en place « un revenu de base inconditionnel, cumulable avec d'autres revenus, notamment d'activité, distribué par l'État à toute personne résident sur le territoire national, de la naissance à la mort, sur base individuelle, sans contrôle des ressources ni exigence de contrepartie, dont le montant et le financement seront ajustés démocratiquement ».

Pourquoi cette demande ? Le texte avance 3 raisons principales :

1. C'est en résonance avec un principe révolutionnaire (référence aux Lumières du XVIII^e siècle français) et l'article 25 de la déclaration des droits de

- l'homme de 1948 qui stipule que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer son bien-être et celui de sa famille.
2. Il s'agit de répondre à la précarité sociale des individus, touchés par le chômage résultant des évolutions inéluctables du monde du travail suite à la révolution numérique et aux délocalisations des productions, et aux insuffisances du système de couverture sociale actuel, qui serait trop complexe et non universel et nécessiterait d'être réformé et simplifié. Un objectif est de rendre confiance et dignité au précaire pour faciliter son employabilité.
 3. Il s'agit enfin de rémunérer des activités qui donnent lieu à des valeurs d'usage, notamment dans le sanitaire, social et culturel, mais qui n'ouvrent pas droit actuellement à rémunération.

Éléments critiques de la PR

Sur la racine révolutionnaire de la proposition

L'idée d'inconditionnalité d'un revenu distribué ne vient pas des Lumières mais de l'application progressive de la loi sur les pauvres de 1601 de l'Angleterre élisabéthaine. Elle instaure pour la première fois dans l'histoire un droit à revenu financé par l'impôt et géré par les paroisses du royaume au bénéfice des individus pauvres inaptes au travail et non rattachés à un territoire. Ce qui permet de sortir de la charité. Les pauvres aptes étant eux contraints au travail, parfois même au travail forcé au sein de *workhouses*. L'objectif était de fixer sur le territoire des paroisses les vagabonds, paysans dépossédés de leurs moyens de subsistance et de leur rattachement à une terre. Entre 1780 et 1792, le système évolue vers une rémunération inconditionnelle des personnes réellement incapables de travailler. Cette idée d'un revenu inconditionnel n'est donc pas une idée révolutionnaire mais une réponse morale à la misère soucieuse d'un contrôle social des effets de la misère.

Sur son fondement constitutionnel

La référence à l'article 25 est partielle. Elle évacue la suite de l'alinéa 1 de cet article qui fait référence à l'impossibilité pour la personne d'accroître son bien-être faute de revenus tirés du travail. Faire du droit à un niveau de vie décent un droit hors travail, c'est entériner l'absence d'emploi comme un fait acquis et faciliter l'abandon de la bataille pour en avoir un. Ce qui remettrait en cause l'article 5 du préambule à la constitution de 1946 : « *Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. [...]* » !

Sur les arguments économiques énoncés

Dans l'exposé des motifs, le revenu de base est défini comme un moyen « *nécessaire pour accompagner dignement les mutations de l'économie française* ». Non discutées par ailleurs et prises comme inéluctables, ces mutations sont la montée du chômage et de la précarité liées à la révolution numérique et aux délocalisations de l'appareil productif. Il s'agirait donc d'accompagner les effets néfastes des évolutions conduisant au chômage et à la précarité sociale dans le cadre de la refonte du système des minima sociaux. Et non de contrer les raisons de la précarité et du chômage et de se battre pour développer l'emploi. En traitant donc les symptômes et non les causes de la maladie, le revenu de base conforte le renoncement à la bataille pour emploi et sa sécurisation.

Par ailleurs, en faisant de ce revenu inconditionnel un moyen de reprendre confiance et de faciliter l'employabilité de ses bénéficiaires, la PR conforte l'idée pernicieuse d'une responsabilité implicite des chômeurs de leur situation. Alors qu'il se fonde sur une ambition morale, elle reste ancrée dans une démarche de culpabilisation des chômeurs. La PR évoque un financement étatisé et ajusté du revenu de base. Or les recettes de l'État sont pour la majeure partie d'entre elles des recettes fiscales assises sur les revenus des ménages. Baisse des charges fiscales et sociales obligent, la fiscalité des entreprises ne contribue effectivement au budget de l'État qu'à hauteur de 20 % (375 milliards pour le budget de l'État, 34 milliards pour l'IS et un montant équivalent pour les autres recettes fiscales émanant des entreprises). Le revenu de base sera donc très principalement financé par les revenus des ménages, eux-mêmes tributaires des politiques salariales et d'emploi des entreprises. Peu dynamique, la source de financement ne permettra pas un ajustement significatif de ce revenu de base aux évolutions.

Sur les ambitions théoriques

C'est un point essentiel du débat. Elles sont de deux ordres.

1) Le revenu de base est prétendu instrument de lutte contre la précarité et le chômage. En réalité, il en est l'idiote utile. En assurant un revenu de la naissance à la mort déconnecté de la production, le revenu de base alimente la trappe à bas salaires en tirant les salaires vers le bas. Pourquoi demander une hausse de salaire, et donc déplacer le curseur du partage salaires/profits en faveur des salaires, si un revenu non salarial de complément permet d'assurer la réponse à ses besoins ? C'est déjà l'effet constaté du RSA activité sur

les rémunérations des personnes éloignées de l'emploi en insertion dans l'emploi. Par ailleurs, pourquoi l'employeur augmenterait-il les salaires s'il sait que les salaires distribués complétés d'un revenu de base suffisent à la reproduction de la force de travail ? En vérité le revenu de base pourrait alimenter non pas la fainéantise des salariés, mais la possibilité d'accroître la rémunération du capital.

2) En voulant rémunérer les activités humaines qui génèrent une valeur d'usage, la PR participe paradoxalement à réintroduire le champ des activités libres et non marchandes dans le marché. Mais elle travaille aussi à donner un prix à ces activités déconnectées de la valeur de ces activités humaines correspondant au temps de travail socialement nécessaire à la reproduction de la force de travail qui les produit. Le revenu de base est donc le prix socialisé de ces activités humaines utiles socialement, mais il n'en est pas la valeur. C'est pourquoi le revenu de base reste une allocation et n'est pas un salaire. Mais c'est aussi pourquoi en cherchant à rémunérer l'utilité de ces activités, la PR s'inscrit dans le cadre théorique de l'utilitarisme des libéraux. Et c'est pour cela que cette proposition peut être défendue par un arc de représentants allant des sociaux-démocrates jusqu'aux plus libéraux. Aucun des deux groupes ne s'opposant aux logiques du capital (extorsion de la plus-value produite par la force de travail).

Le revenu de base, une fausse bonne idée

Par M^{me} Catherine Mills, économiste

Le revenu de base est un revenu versé par une communauté politique à tous ses membres, sur une base individuelle, sans conditions de ressources ni obligation de travail, selon la définition du Basic Income Earth Network (BIEN). Il est censé reconnaître la participation de l'individu à la société, indépendamment de la mesure de l'emploi.

Définitions

Le revenu de base est aussi appelé : « revenu universel », « revenu inconditionnel », « revenu inconditionnel suffisant », « revenu d'existence », « revenu minimum d'existence », « revenu social », « revenu social garanti », « allocation universelle », « revenu de vie », « revenu de citoyenneté », « revenu citoyen », « dotation inconditionnelle d'autonomie » ou « dividende universel ». Elle est parfois confondue ou mise en opposition avec celle de « salaire à vie » (ou « salaire universel ») imaginé initialement par Bernard Friot et promu notamment par le réseau salariat. Elle doit être confrontée à notre proposition de sécurisation de l'emploi, de la formation et du revenu.

Certaines définitions du revenu de base plus restrictives impliquent par exemple un montant minimum permettant de satisfaire les besoins primaires d'une existence, ou de remplacer les transferts sociaux. Ces termes sont parfois aussi repris pour des mesures qui, proches de l'impôt négatif, versent cette allocation selon la situation des ménages, ou qui incluent des contreparties, et qui ne sont donc pas des formes de revenu de base selon la définition du BIEN.

Le revenu de base a connu des expérimentations très limitées, notamment au Canada, en Inde, en Namibie, en Alaska qui a mis en place l'Alaska Permanent Fund, une forme particulière de revenu de base financée par les revenus miniers et pétroliers de l'État. Le revenu de base est défendu au niveau mondial par des courants politiques allant des altermondialistes aux libertariens, par des universitaires, des personnalités politiques, ... notamment regroupés au sein du BIEN. Les arguments invoqués pour sa mise en œuvre invoquent les principes de liberté et d'égalité, la réduction voire l'élimination de la pauvreté, le combat pour des conditions de travail plus humaines, l'amélioration de l'édu-

cation, la réduction de l'exode rural et des inégalités régionales. Le revenu de base peut aussi être justifié comme un dividende monétaire ou un crédit social reçu par chacun lié à la propriété commune de la Terre et à un partage des progrès techniques reçus en héritage. Cette mesure prétend aussi lutter contre le chômage et surtout améliorer la « flexibilité » du marché de l'emploi en invoquant la lutte contre les trappes à pauvreté, créées par les mesures de type revenu minimum ou les baisses de charges sur les bas salaires.

Selon Liêm Hoang Ngoc, deux branches existent pour l'allocation universelle : une marxiste et une libérale ; la branche marxiste s'inspirerait des *Grundrisse*, ces textes où Karl Marx imagine le développement d'une société où l'humanité sera sortie du salariat et où les machines seules assureront la création de richesses, qui seront reversées sous la forme d'un « revenu socialisé universel ». La branche libérale, considérant qu'il convient d'accorder une certaine somme d'argent aux citoyens, tantôt « filet de sécurité », tantôt « capital de départ », pour qu'ils puissent consommer et participer à la vie de la société. À chacun, ce faisant, d'organiser ses dépenses comme il l'entend.

La question du montant

Des montants adaptés prétendent permettre de vivre décemment du seul revenu de base. Certaines incertitudes sont toutefois soulevées par Jacques Marseille sur la participation au travail et sur les nécessités de financement : « *Le pari de l'allocation universelle est que l'insertion sociale ne peut se construire sur la contrainte mais sur la confiance placée dans les bénéficiaires de ce nouveau droit. Une utopie, sans doute, pour tous ceux qui n'accordent aucune confiance aux individus et pensent que seule la contrainte de "gagner son pain à la sueur de son front" est le meilleur garde-fou contre la paresse. Un pari sur l'intérêt et la nature humaine pour tous ceux qui pensent au contraire qu'un individu préférera toujours cumuler ce revenu à un autre salaire, surtout quand ce salaire correspondra à un travail qu'il aura librement choisi* ».

Des montants faibles sont donc plutôt libéraux et peuvent être liés à une privatisation de l'éducation, de la santé et tous les autres services publics. Ils pourraient

être présentés comme l'agrégation de dispositifs tels que le chèque éducation ou le chèque santé. Jean-Pierre Mon alerte sur ces propositions en ces termes : « *Un revenu d'existence très bas est, de fait, une subvention aux employeurs. Elle leur permet de se procurer un travail en dessous du salaire de subsistance. Mais ce qu'elle permet aux employeurs, elle l'impose aux employés. Faute d'être assurés d'un revenu de base suffisant, ils seront continuellement à la recherche d'une vacation, d'une mission d'intérim, donc incapables d'un projet de vie multi-active* ».

Les partisans d'une allocation universelle souhaitent lui attribuer un montant faible et identique pour tous les êtres humains résidents, alors que les partisans d'un revenu de base plus élevé modulent leurs propositions sur une partie de la population comme les seuls adultes, les qualifications de la personne, ou encore, des montants différents en fonction de l'âge.

En France, les propositions sont variées :

- Certaines proches du salaire minimum
- Yann Moulier-Boutang : 850 € à partir de 18 ans
- Jacques Marseille : 375 € de 0 à 18 ans et 750 € à partir de 18 ans
- Baptiste Mylondo : 750 € pour les adultes ; 230 € par mineur
- Christine Boutin : 200 € de 0 à 18 ans et 400 € à partir de 18 ans
- Yoland Bresson : 400-450 € pour tous

Le débat sur le financement

Le Mouvement français pour un revenu de base (MFRB), avec notamment, Marc de Basquiat, Frédéric Bosqué, Christine Boutin, Yoland Bresson, Jean Desessardt, Patrick Viveret... a été constitué lors de l'assemblée constituante les 2-3 mars 2013 à l'ENS (Paris). Le Mouvement français pour un revenu de base (MFRB) identifie 8 approches de financement d'un revenu de base :

- l'universalisation et la revalorisation du RSA ;
- l'autofinancement par transfert des prestations existantes ;
- la fusion du système d'aide sociale, de chômage et de retraite ;
- la création monétaire ;
- la taxation foncière ;
- l'impôt sur le patrimoine ;
- la redistribution des profits tirés des ressources naturelles ;
- les chèques écologiques

Ces propositions peuvent être regroupées en trois familles : la redistribution, la création monétaire, et l'approche par les biens communs.

Effets sur la redistribution

En Allemagne, selon le modèle de l'ancien président du conseil des ministres de Thuringe, Dieter Althaus (CDU), l'allocation universelle coûterait annuellement à l'État 583 milliards d'euros, mais ce système est alors conçu comme venant en remplacement de l'actuel système d'aide sociale, qui coûte 735 milliards. Donc l'allocation universelle selon le modèle « althausien » serait moins coûteuse pour les finances publiques que le système actuel.

Certains considèrent que l'allocation universelle devrait être alimentée par un prélèvement économiquement le plus neutre possible, en particulier pour ne pas peser sur le coût du travail, afin de préserver la compétitivité de la zone concernée.

Un autre type de financement de cette allocation universelle se ferait notamment par une imposition sur les revenus et sur la consommation (TVA). Ainsi, tous les ménages, y compris les plus pauvres, payeraient un impôt. D'une manière générale, il n'y a pas de raison de créer un impôt spécifique pour financer l'allocation universelle : il suffit de la faire financer par l'État selon le principe de non-affectation des ressources aux dépenses.

Marc de Basquiat développe une proposition selon laquelle l'allocation universelle prend la forme d'une réforme de l'impôt sur le revenu qui serait transformé en IURR (impôt universel de redistribution des revenus). Les 280 milliards d'euros de la redistribution actuelle seraient redirigés vers un impôt négatif versé à tous, avec un montant variable selon l'âge, financé par un prélèvement uniforme de 30 % sur tous les revenus.

Pour Philippe Van Parijs, le financement de l'allocation universelle doit contribuer à l'équité et diminuer les inégalités. Doivent être taxés les dons et héritages, la pollution et les revenus marchands. En effet la pollution détériore le sort des générations futures alors qu'elle est principalement le fait des couches les plus aisées. L'emploi est devenu une ressource rare et très inégalement répartie. Majoritairement il fournit des avantages directs et indirects enviabiles. L'équité exige que la valeur des privilèges attachés à l'emploi soit distribuée de manière égalitaire. D'où la taxation des revenus professionnels et, plus largement, de tous les revenus marchands

Par création monétaire

Selon le modèle du crédit social, le coût serait nul, l'allocation n'étant que la répartition équitable de l'augmentation de la masse monétaire nécessitée par la croissance de la valeur des biens et services échangés. Ce modèle nécessite toutefois, pour être réalisé au sein de la monnaie étatique (voir ci-après l'approche des monnaies numériques), la réappropriation par l'État de la fonction régaliennne de création monétaire.

Plus récemment, l'économiste Anatole Kaletsky défend l'idée selon laquelle les banques centrales devraient faire de l'assouplissement quantitatif pour le peuple, plutôt qu'à travers le système bancaire, en rachetant des actifs financiers. Selon cette idée, la banque centrale pourrait injecter de la nouvelle monnaie dans l'économie directement en versant de l'argent dans les comptes bancaires des citoyens. Selon lui, il se pourrait que cette proposition gagne du terrain prochainement.

Les revenus des biens communs

Différents mécanismes basés sur la compensation des externalités négatives ont été proposés.

Pour Peter Barnes, les biens communs, tels que les ressources naturelles, les services écologiques, les biens culturels, la solidarité, ... devraient, pour les mettre à l'abri d'une appropriation, être « propriétéisés » et leur gestion confiée à des fiducies. Le but de ces fiducies serait de maintenir au moins la valeur de ces biens pour les générations futures et de distribuer le surplus à la génération présente.

Pour *On The Commons*, le marché des droits à polluer (*cap and trade*) est un système moins efficace qu'un système de dividende universel financé par les droits à polluer (*cap and dividend*). C'est un mécanisme de ce type qui est utilisé par l'Alaska.

Aspects philosophiques**La thèse de la liberté réelle**

Le concept d'allocation universelle est soutenu par une réflexion philosophique face au défi posé par la pensée libertarienne à la Théorie de la justice (1971) de John Rawls. P. Van Parijs, affirme ainsi qu'elle est un moyen de soutenir, d'un point de vue prétendu de gauche, une position « réal-libertarienne ». Celle-ci défendrait une liberté réelle (et non pas simplement formelle comme elle le reste pour les auteurs libertariens classiques) maximale pour tous, c'est-à-dire, en accord avec le principe rawlsien de différence, avec la liberté réelle maximale pour les plus faibles. Selon Van Parijs, elle permettrait à chacun de disposer des libertés pos-

sibles les plus étendues qui soient, en permettant à la fois à chacun de se vendre sur le marché du travail s'il le désire ou d'agir autrement s'il le préfère.

Ses défenseurs considèrent que l'allocation universelle entraînerait une évolution de la relation contractuelle entre les salariés et leur employeur, plus aucun salarié n'étant dans la situation de devoir accepter n'importe quel emploi pour gagner de quoi vivre : les salariés pourraient plus librement négocier leur contrat, ce qui conduirait à la suppression des « mauvais emplois » tout en luttant contre les conditions de travail inhumaines.

Pour remplir cet objectif assigné au revenu de base, Guillaume Allègre, économiste de l'OFCE, préconise plutôt l'augmentation des minima sociaux ou un renforcement de l'assurance chômage : « *De fait, le système de protection sociale actuel a les mêmes effets que le revenu de base, avec des fondements qui semblent plus solides. Les minima sociaux ont également pour effet d'augmenter le salaire de réservation des bas revenus : avec le RSA-activité, les minima sociaux sont déjà cumulables avec les revenus du travail, ce qui permet de lutter contre les effets de trappe* (Allègre, 2011) »

La thèse du respect de soi

L'absence de condition liée au versement de l'allocation universelle est en accord avec le principe du respect de soi de J. Rawls de ne pas stigmatiser les bénéficiaires de l'allocation. Des allocations telles que le RSA permettent, en principe, d'éviter les effets de seuil conduisant à des situations d'un travailleur pauvre mais n'évitent pas le second écueil, puisqu'elles portent atteinte, selon P. Van Parijs, au respect de soi et à la liberté individuelle en obligeant son bénéficiaire à chercher un travail, et donc à se dédier à des activités rémunérées par le marché du travail plutôt qu'à d'autres activités bénévoles ou jugées non rentables, mais gratifiantes et/ou utiles au bien commun. Ce revenu permettrait également la mise en œuvre de projets dont la rentabilité est incertaine ou ne s'observe que sur le long terme, comme la formation, la création d'entreprise ou l'activité artistique.

L'allocation universelle mettrait fin par exemple au problème des personnes en « fin de droits » d'allocation-chômage et à la surveillance des personnes bénéficiant de ces allocations pour vérifier que la personne cherche effectivement un emploi, qui peut être vécue comme une atteinte à la vie privée pouvant provoquer des humiliations et du stress.

Le même argument est défendu par l'entrepreneur allemand Götz Werner qui parle de la perte « d'une partie des droits de l'homme » pour les bénéficiaires du système allemand *Hartz IV* qui implique l'acceptation forcée de toute offre d'emploi. Il souligne aussi dans une interview que le niveau de subvention est parfois plus élevé que le minimum social pour les plus riches qui profitent d'activités soutenues par l'État comme l'opéra.

Conséquences

Quel effet sur les bas revenus ?

Revenu disponible en fonction du salaire brut. Le cumul de l'allocation universelle avec les revenus implique qu'une tranche de la population bénéficiera de cette aide tout en travaillant, mais ne sera pourtant pas ou peu imposable. Selon la situation antérieure et selon le type de financement, ce fait peut mener à un surcoût pour l'État. Cela entraînerait une augmentation relative des bas revenus et donc un tassement de la hiérarchie des salaires. Une diminution du seuil d'exonération fiscale pourrait limiter cet effet.

Quel effet sur les hauts revenus ?

La mise en place de l'allocation universelle peut, selon les schémas envisagés, entraîner une augmentation des impôts versés par les plus riches qui finalement ne verront donc pas leurs revenus augmenter. De son côté, Guillaume Allègre, économiste de l'OFCE, attire l'attention sur le coût qu'impliquerait le revenu de base sur les plus hauts revenus : « Le coût pour les plus hauts revenus, fonction du montant du revenu de base, est [...] triple : ils doivent financer le revenu de base lui-même, l'éventuelle baisse de l'offre de travail et l'éventuelle hausse des bas salaires. [...] Les transferts opérés par un revenu de base suffisamment élevé étant potentiellement très importants, il est indispensable que les fondements de cette politique soient solides ».

Quels effets sur l'emploi ?

Les arguments en faveur d'un mécanisme d'allocation universelle sont contradictoires. Si certains cherchent à faciliter l'accès de tous à l'emploi en supprimant les trappes à inactivité, les autres parlent de libérer l'homme de la nécessité de l'emploi. Le québécois Groulx en conclut : « *On se trouve devant un paradoxe, où le revenu universel est justifié à partir de cadres idéologiques opposés ; il devient capable d'engendrer des avantages eux-mêmes opposés, sinon contradictoires* ».

Incitations au travail salarié ?

Et prétendue suppression des dites trappes à inactivité.

L'un des objectifs affichés de l'allocation universelle serait de s'attaquer à un prétendu désengagement attribué aux systèmes classiques d'assurances sociales ou de prestations sociales, qui conduiraient, selon ses partisans à des trappes à inactivité. Cela serait censé décourager les individus de chercher un emploi rémunéré lorsque le montant des rémunérations est inférieur au « salaire de réserve ». On invoque le fait que les prestations sociales actuelles seraient diminuées voire supprimées lorsque les revenus du travail augmentent. On prétend alors que cela pourrait conduire dans certains pays à des situations absurdes où l'individu aurait parfois financièrement intérêt à ne pas accepter un travail, principalement des emplois à temps partiel. Alors qu'avec le revenu de base l'individu conserverait en permanence son revenu et en acceptant un emploi, ses revenus vont augmenter. Ainsi, les partisans du revenu de base affirment qu'il faciliterait l'ascension sociale.

Cependant l'effet réel de ces supposées trappes à inactivité peut être largement contesté, d'abord parce que l'intérêt économique n'est pas le seul mobile gouvernant la recherche d'un emploi, qui obéit aussi à des enjeux de reconnaissance sociale. Ainsi, « un tiers des bénéficiaires du RMI en France qui reprennent un emploi n'y ont pas intérêt », économiquement parlant, et le font pour d'autres raisons. La seule prise en compte de l'intérêt économique dissimule d'autres aspects du problème, tels que les contraintes « familiales », dues notamment à l'absence d'accompagnement vers et dans l'emploi, aux difficultés de modes de garde et aux contraintes de santé ou de transport. On prétend alors que ce genre de problèmes ne se reproduirait plus avec le revenu de base car travailler n'étant plus une obligation, chaque individu, obtenant le droit de se reposer, ne va plus accepter un emploi sous la pression sociale mais selon son propre choix. Ce genre de situation, selon les partisans du revenu de base, serait un exemple de la liberté donnée à chacun grâce au revenu de base, pour eux, l'homme n'est jamais complètement libre s'il ne peut choisir son travail.

Une pseudo-incitation aux lancements de projets et à la prise de risque : une vision ultra-libérale.

En prétendant réduire l'incertitude sur les revenus futurs, l'allocation universelle jouerait selon certains de ses partisans comme un filet de sécurité favorisant la prise de risque individuelle, et le lancement dans des projets non-rentables à court terme. Un exemple cité serait celui de l'expérimentation en Namibie ; ainsi prétend-on, qu'au bout de quelques mois d'expérimentation d'une allocation universelle en Namibie dans un village, le chômage aurait diminué et les revenus des habitants du village ont augmenté de 29 %, soit plus que le revenu supplémentaire octroyé par le programme, grâce aux micro-entreprises qui se sont mises en place.

La thèse de la désincitation au travail salarié.

Une proportion plus ou moins grande de la population déciderait que l'allocation universelle leur suffit et cesserait de chercher un emploi ou quitterait son emploi, favorisant ainsi le temps libre, les activités artistiques, philosophiques, voire scientifiques, ainsi que le bénévolat. Cela permettrait également, puisque travailler est une contrainte moins forte, une réduction du temps de travail pour ceux qui le souhaitent et une mise en valeur des horaires réduits.

Certaines activités (la recherche par exemple) n'étant pas souvent rentables à court terme en termes de production pour une entreprise, mais bénéfiques pour la société à long terme, elles ne sont pas stimulées par la loi de l'offre et la demande. Selon les partisans de l'allocation universelle, la société aurait tout intérêt à parier sur la participation des individus à son progrès en leur libérant du temps pour leurs activités personnelles et en leur garantissant les moyens de subsister, considérant que l'activité salariée n'est pas tout dans l'évolution de la société. Certains partisans arguent également que dans l'histoire de l'humanité, on n'a quasiment jamais vu de grands groupes d'êtres humains totalement inactifs, et font remarquer que certaines activités peuvent être considérées comme néfastes, même si elles sont économiquement rentables comme la vente d'alcool, la fabrication d'armement ou l'exploitation du pétrole...

Des exemples très limités et peu probants. Ainsi, concernant le programme *Mincome* au Canada, on prétend que seuls 1 % des hommes, 3 % des femmes mariées et 5 % des femmes non mariées auraient arrêté de travailler après la mise en place de l'allocation. Un sondage en Allemagne avancerait que 60 % des personnes interrogées affirmeraient qu'elles ne change-

raient rien à leur mode de vie si elles touchaient le revenu de base ; 30 % travailleraient moins, ou feraient autre chose ». En revanche, 80 % se disent persuadées que les autres ne travailleront plus.

L'invocation de la simplification administrative majeure

Selon la plupart de ses défenseurs, l'allocation universelle a vocation à remplacer un grand nombre d'aides sociales existantes ; on prétend ainsi surmonter les difficultés administratives qui seraient, affirme-t-on, associées aux prestations sociales classiques, telles que la détermination de la période de référence pour le calcul des ressources ou encore le non-recours aux prestations sociales. On vante même l'absence de critère requis pour bénéficier du revenu de base, ce qui, se félicite-t-on, entraînerait la suppression des postes de fonctionnaires chargés du contrôle de la situation des bénéficiaires, qui pourraient être réassignés à d'autres tâches ou simplement renvoyés.

Il faut souligner que l'allocation universelle prétend exercer la solidarité par l'attribution d'un pouvoir d'achat plutôt que la fourniture de services publics. Par conséquent, certains auteurs hétérodoxes, relèvent à juste titre que le versement de l'allocation universelle peut conduire à confier à des institutions privées des prestations qui auraient été gérées par des administrations publiques. Ainsi, la Sécurité sociale serait remplacée par des sociétés d'assurance privées. Selon cette logique, tous les services publics seraient privatisables, les citoyens comptant sur le revenu de base additionné à leurs propres revenus du travail pour se les payer, et la sphère publique serait réduite à ses fonctions régaliennes.

Ainsi, pour cette conception ultralibérale, les dépenses du budget général de l'État français, si l'on n'y conservait que les postes de dépense des ministères régaliens (Défense, Affaires étrangères, Justice, Intérieur, Finances), seraient réduites de moitié. A prélèvements inchangés, il est prétendu que cela dégagerait un excédent à partager entre les 65,5 millions de citoyens, soit 2 527 € par personne et par an. Évidemment, l'État n'accorderait en contrepartie aucun autre service public que ceux précédemment mentionnés, ce qui renchérirait d'autant le coût de la vie en conséquence.

Concernant la Sécurité sociale, les 500 milliards de recettes de la Sécurité sociale seraient répartis de la même façon aboutiraient à une allocation de 6 972 € par personne et par an afin de s'assurer contre les

risques sociaux auprès d'assureurs privés. Additionnés au chiffre précédent, cela donnerait 9 500 €/an soit 792 €/mois/personne. Et cet exemple n'inclut pas la part des collectivités territoriales. Tout cela vise à réorganiser la protection sociale mais dans quel sens ? Cette vision d'un revenu de base qui se substituerait à la totalité des prestations sociales et des services publics est extrêmement réductrice et dangereuse et même contestée par certains de ses partisans. Et ces pseudo-démonstrations sont tout sauf sérieuses.

Justice sociale ou équité ?

Une prétendue « Équité » visible par la simplicité ?

Le thème archi-rabattu de la complexité croissante du système socio-fiscal est présenté comme contradictoire avec l'essence de la démocratie. Le peuple censé gouverner la cité serait ainsi mis hors jeu, à commencer par les moins informés. La simplicité d'un mécanisme d'allocation universelle est censée permettre de restaurer les conditions d'un débat démocratique, portant sur les paramètres du système comme le niveau de l'allocation et taux de prélèvement.

Quelle équité ?

Une conception étriquée de la protection sociale réduite à l'aide sociale. L'aide sociale actuelle prétend-on, serait destinée surtout à venir en aide aux personnes qui sont pauvres car elles ne sont plus productives (les vieux et les infirmes). En revanche, est-il affirmé, il n'existerait pas réellement de dispositif pour aider ceux qui sont pauvres parce qu'ils ne sont pas encore productifs (les jeunes et les immigrés peu qualifiés), alors que selon ces économistes, il serait profitable pour le pays de permettre leur entrée sur le marché du travail. Les revenus issus du système d'aide sociale actuel varieraient ainsi en fonction de particularités individuelles.

Tandis que dans le système actuel, est-il déclaré, on noterait l'absence de prise en compte des situations individuelles. Il est alors proposé que l'aide soit universelle et inconditionnelle. L'allocation universelle n'aurait pas, affirme ses partisans l'effet pervers de tous ces systèmes, c'est-à-dire l'existence d'ayants droit ne touchant pas l'aide parce qu'ils ignorent l'existence de celle-ci, ou ne sachant pas qu'ils y ont droit, ou étant dans l'incapacité de prouver que leur situation leur donne droit à l'aide ; par ailleurs, on affirme ainsi que la sphère privée en serait protégée. On affirme aussi que ce caractère universel, inconditionné et individualisant de l'allocation universelle la distinguerait de l'impôt négatif proposé par Milton Friedman. Le revenu mini-

mal garanti devrait assurer la maximisation de la liberté réelle dans ses dimensions de revenu et de pouvoir sans porter atteinte à ce respect de soi. On peut notamment relever dans la Théorie de la justice de J. Rawls que ce serait même le contraire de la honte. Pour cela, il est souhaité que le revenu garanti soit attribué sous une forme qui ne stigmatise pas, sans contrôle des ressources (contrairement à ce qui se passe, par définition, en cas d'impôt négatif) et sans contrôle de la vie privée (requis pour vérifier, par exemple, le statut d'isolé ou de cohabitant). L'allocation permettrait, prétend-on, une plus grande égalité des chances entre étudiants, si certains doivent travailler pendant leurs études.

Une prétendue « Équité » selon les situations familiales ? En réalité une mise en cause de la politique familiale.

Certains pays attribuent une aide économique pour les personnes en précarité, et tiennent compte de la situation familiale. Par exemple en France, le RSA peut varier fortement. Considérant les économies d'échelles réalisées par la vie en ménage, le soutien économique de la personne en couple est minoré, proportionnellement à celui d'une personne seule. Ces effets sont pris en compte par la notion d'unité de consommation (UC) qui permet de comparer le niveau de vie de ménages de structures différentes. Il existe différentes échelles, celle définie par l'OCDE affecte 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,3 UC par enfant de moins de 14 ans et 0,5 UC pour les autres personnes. Selon la définition du revenu de base, il est versé à chaque individu indépendamment de la situation matrimoniale. La vie en couple porterait des avantages par rapport au célibat. Cet effet peut être contré par une modification du taux d'imposition des ménages en fonction de leur caractéristique, le surcoût ne perdurerait que pour les ménages non imposables. On peut aussi considérer que la cohabitation (que ce soit en couple ou en colocation) est un choix de vie personnel, qui n'a pas à être favorisé ou sanctionné par les pouvoirs publics. Par ailleurs les hommes ou femmes au foyer disposeraient d'un revenu propre qui ne serait pas dépendant de celui de leur conjoint, acquérant ainsi autonomie au sein du ménage ainsi qu'un statut social reconnu et véritable, indépendant du marché de l'emploi.

Pour les familles avec enfants, l'allocation universelle aurait vocation à se substituer aux allocations familiales. Si les mineurs ne perçoivent pas d'allocation universelle les familles seraient défavorisées par rapport aux personnes sans enfants. A contrario, si le revenu de base était identique pour les enfants et les

adultes, celles-ci bénéficieraient d'un pouvoir d'achat surévalué, les coûts d'un enfant étant plus faibles que ceux d'un adulte. Le montant du revenu de base versé aux mineurs pourrait être fixé en fonction de la politique familiale poursuivie. Ainsi, une allocation élevée pourrait être motivée par une relance de la natalité, dans le cas des pays développés à la démographie vieillissante, l'allocation étendue aux enfants assurerait alors un revenu supplémentaire aux familles. Certaines propositions d'allocation universelle remplacent le système du quotient familial. Ce système, volontiers stigmatisé, permettrait aux familles d'avoir, pour un nombre donné d'enfants, une réduction de leur impôt sur le revenu d'autant plus élevée en valeur que leurs revenus et donc leurs impôts sont élevés. Cette réduction d'impôts équivaut en fait à une allocation, laquelle profiterait, prétend-on, en valeur absolue davantage aux familles riches. Dans le cas où le niveau d'aide économique reçu par un foyer monoparental est inchangé, la mise en place de l'allocation universelle augmenterait surtout les revenus des foyers de couples en précarité. Et l'on retrouve ici toute la machinerie contre l'ensemble de la politique familiale française.

Les critiques du revenu de base

Certaines critiques sont ultralibérales

Ainsi Alain Wolfelsperger considère que la mesure du travail par l'emploi constitue un prérequis indispensable au versement de tout revenu, et juge le revenu de base comme immoral car ce serait une remise en cause de la valeur travail. Le versement d'un revenu de base pourrait avoir, selon cette conception, un impact négatif sur le marché de l'emploi et inciter ses bénéficiaires à ne pas ou à moins s'employer. D'autres économistes relèvent au contraire que certaines expériences menées sur quelques années, montreraient que cet impact serait assez limité à court terme.

Des critiques de nombreux économistes hétérodoxes

Jean-Marie Harribay, membre d'ATTAC, critique l'idée d'un revenu de base. Il fait remarquer que si la collectivité versait un revenu de base, les entreprises paieraient d'autant moins leurs employés. Jean-Marie Harribay estime qu'un tel dispositif ne réduirait pas les inégalités, mais au contraire risquerait fort de conduire à une société encore plus duale, « *il ne peut pas y avoir éternellement des droits sans que ceux qui en assument le coût ne puissent exiger en retour des droits équivalents. Si on me verse un revenu sans que je participe au travail collectif, cela veut dire qu'il y a des gens qui travaillent pour moi. C'est possible ponctuellement ou en cas de force majeure, mais pas sur toute une vie* ». Puisque selon lui on confond emploi mesuré et travail collectif, il estime

que le financement proposé est vide de sens et parle de « vacuité théorique ».

Michel Husson considère que le revenu dit universel constitue un renoncement à d'autres réponses possibles, comme la réduction du temps de travail, et la sécurité sociale professionnelle garantissant la continuité du salaire et des droits sociaux. Les diverses variantes du revenu universel ont un point commun : il s'agit d'un revenu monétaire aboutissant à la suppression d'une partie importante de la protection sociale : minima sociaux, allocations familiales, indemnités chômage, santé publique, retraites. Il s'agit pour Michel Husson de projets réactionnaires. L'économiste fait un parallèle avec les allocations logement qui sont exploitées par les propriétaires dans le but d'augmenter les loyers, un détournement qui réduit sensiblement l'effet de ces allocations. L'idéologie du revenu de base irait jusqu'à livrer l'économie du pays et la consommation au seul profit des propriétaires fonciers, sans considération pour la valeur produite par le travail et l'emploi. Selon Michel Husson, c'est le postulat initial du projet de revenu de base qui est erroné. Ce projet rassemble des ultra-libéraux mais aussi d'autres qui en espèrent pourtant une profonde transformation sociale.

Tandis que le sociologue Mateo Alaluf revendique une critique "de gauche" contre toute allocation universelle. Il avance que « *remplacer un système de protection sociale financé principalement par les cotisations et reposant sur la solidarité salariale par une rente versée par l'État et financée par la fiscalité apparaît comme une machine de guerre contre l'État social* » et précariserait l'emploi ce qui explique le rejet de cette proposition par les syndicats de salariés.

Bernard Friot, pour sa part, qualifie le revenu de base de « roue de secours du capitalisme ». Pour lui, et pour le réseau salariat, ce projet est parfaitement compatible avec le système capitaliste et ne remet aucunement en cause ses aspects les plus destructeurs et lui offre même une nouvelle légitimité, le marché des capitaux étant nécessaire à son financement. Bernard Friot lui préfère le projet de *salaire à vie* qu'il juge, lui, authentiquement émancipateur. Dans son ouvrage *Puissances du salariat* (chapitre IX), il considère l'idée de revenu inconditionnel comme une dérive symétrique de l'idée de capital. Il montre que l'instauration d'un revenu de base constitue une régression par rapport à la cotisation sociale, car elle laisserait intact le marché du travail, et s'inscrirait seulement comme un correctif dans la domination capitaliste .

Samuel Zarka, chercheur en philosophie à l'Académie royale des Beaux-Arts de Liège oppose au salaire universel qu'il défend, le revenu de base, celui-ci conduirait à une situation où l'allocataire « *n'a aucune maîtrise du quoi et du comment de la production, qui restent le fait du propriétaire du capital* ».

Rudolf Steiner, dans ses travaux sur l'économie sociale [1975], propose de partir du « vrai prix » et non pas du revenu pour une société viable. Le « vrai prix » consisterait à ce que le prix de la production permette au travailleur de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille jusqu'à ce qu'il ait produit de nouveau. De plus pour Steiner, nul ne devrait pouvoir accéder à la production des autres s'il ne produit pas lui-même. Ainsi un revenu de base inconditionnel ne prend en compte ni les besoins réels du travailleur par l'établissement du « vrai prix », ni la nécessité de travailler pour pouvoir prétendre accéder à la production du travail des autres.

Il est intéressant de noter que le ministre des finances Michel Sapin s'était prononcé contre l'instauration du revenu de base universel, mais avec des arguments libéraux, en affirmant que cela pourrait être une incitation à l'oisiveté plus qu'à l'activité.

Origines théoriques et historiques du revenu de base

Thomas More, auteur de *Utopia* (1516), semble à l'origine de cette idée. Juan Luis Vives, son contemporain, inspira les *Poor Laws*, en Angleterre. L'Américain Thomas Paine, est l'instigateur du salaire minimum de vie (SMIV), à l'époque de la révolution américaine. Dans son livre *Agrarian Justice* (1797), Paine évoqua l'idée d'une dotation inconditionnelle pour toute personne (homme ou femme) accédant à l'âge adulte et d'une pension de retraite inconditionnelle à partir de 50 ans. Il s'inspirait alors des expériences amérindiennes en matière de partage et d'attribution des terres. Selon lui, « les hommes n'ont pas créé la Terre ». C'est la valeur des améliorations uniquement, et non la Terre elle-même, qui doit être la propriété individuelle. Chaque propriétaire doit payer à la communauté un loyer pour le terrain qu'il détient. Thomas Spence, en Angleterre, mêle les réflexions de Paine à celles du socialiste utopique français Charles Fourier.

Dans son conte *L'homme aux quarante écus* de 1765, Voltaire estime la valeur locative de l'ensemble des arpents du royaume réparti entre tous ses sujets, à la somme de quarante écus. Son héros se débrouille tant

bien que mal pour vivre avec cette somme : pauvre, certes, mais libre puisqu'affranchi de tout travail.

Une origine de l'allocation universelle en 1848 peut être lue avec la publication de la *Solution du problème social ou constitution humanitaire* du philosophe belge Joseph Charlier, inspiré par Fourier. John Stuart Mill a aussi défendu le concept d'une allocation universelle, dans sa seconde édition des *Principes d'économie politique*, de même que Condorcet, Bertrand Russell.

L'allocation universelle est aussi souvent présentée comme contrepartie à la propriété privée de la terre. Le philosophe anglais John Locke justifiait l'appropriation de biens communs (comme la terre) et le droit de propriété en déclarant que seul un propriétaire privé aurait intérêt à la mettre en valeur. En effet, selon Locke, le droit de propriété s'appliquerait uniquement au produit de son travail. Cependant, privatiser une terre implique d'exclure les autres êtres humains de l'accès aux ressources naturelles, si bien que, selon la « clause lockéenne », la justice commande d'indemniser les gens pour la perte de leur droit à se livrer à des activités telles que la chasse, la pêche, la cueillette ou encore l'extraction des ressources naturelles minérales. En effet, cette clause exige que, lorsque quelqu'un s'approprie un objet, il doit en rester, selon la formule de Locke, « *suffisamment et en qualité aussi bonne en commun pour les autres* ». Ainsi, quelqu'un n'a pas le droit de s'approprier l'unique source d'eau dans un désert.

Pour contourner ce problème, Robert Nozick affirme ainsi que, dans un tel cas, l'appropriation originelle d'un bien commun ne peut se faire qu'à condition de compenser les autres utilisateurs « *de telle sorte que leur situation ne se détériore pas par elle-même* ».

Les travaux de Clifford Hugh Douglas (1924, 1933, 1979) avec le crédit social ou le dividende social poursuivent cette idée. Pour cet auteur, il ne s'agit pas de le financer par de la dette ni de lui allouer une valeur fixe, mais qu'il soit versé en création monétaire par la banque centrale pour assurer la création monétaire nécessaire en rapport avec la croissance de l'économie. Ainsi il doit être nul en cas de décroissance.

Un étrange assemblage du revenu de base

En France, on compte des hommes et femmes politiques, de Boutin à Villepin. Le revenu de base est défendu sous des appellations diverses par des universitaires et des militants, des hommes et femmes d'affaires

et des syndicalistes, des formations politiques de droite et de gauche, des mouvements sociaux et des organisations non gouvernementales, des altermondialistes, ... Mais il est surtout défendu par des « libertariens ». Et huit prix Nobel dont une grosse poignée de néoclassiques notoires, Milton Friedman, Friedrich Hayeck, James Mead, Robert Solow. On compte également certains économistes plus ou moins hétérodoxes : Maurice Allais, Herbert A. Simon, James Tobin.

Bibliographie

Mateo Alaluf [2014], *l'allocation universelle, nouveau label de précarité*. Couleur livres, ULB, livres, Bruxelles.

Guillaume Allègre [2013], *Comment peut-on défendre un revenu de base ?*, OFCE, décembre 2013, Textes sur ofce.sciences-po.fr. Les notes de l'OFCE, n° 39, 19 décembre 2013.

Marc de Basquiat, [2012] [PDF] *Rationalisation d'un système redistributif complexe : une modélisation de l'allocation universelle en France* - réduction de la thèse en économie soutenue le 30 novembre 2011 à Aix-en-Provence, janvier 2012 .

François Blais, *Un revenu garanti pour tous : introduction aux principes de l'allocation universelle*, Boréal, 2001.

Yoland Bresson, *Le Revenu d'existence ou la Métamorphose de l'être social*, L'esprit frappeur, 2000.

Yoland Bresson, *Une clémente économie ; au-delà du revenu d'existence*, Éditions L'Esprit Frappeur, 2008.

Antonella Corsani, *Quelles sont les conditions nécessaires pour l'émergence de multiples récits du monde ? Penser le revenu garanti à travers l'histoire des luttes des femmes et de la théorie féministe*, in Multitudes, n° 27, 2007, Texte sur multitudes.samizdat.net.

Clifford Hugh Douglas, *Social Credit*, Institute of Economic Democracy, Canada(1924) 1933, 1979.

Jean-Marc Ferry, *L'Allocation universelle. Pour un revenu de citoyenneté*, Paris, 1995, Editions du Cerf, Collection "Humanités" – Réédition 2015.

Bernard Friot, *Puissances du salariat*, La Dispute [2008 ; 2012]

Bernard Friot, *Le salaire universel : un déjà-là considérable à généraliser* – revue Mouvements, n° 73, La Découverte, 2013.

Bernard Friot, *L'enjeu du salaire*, La Dispute, 2012.

Groulx L-H., *Revenu minimum garanti. Comparaison internationale, analyses et débats*, Presses de l'Université du Québec, collection Problèmes sociaux et interventions sociales, 2005.

Albert Jorimann et Bernard Kundig, BIEN Suisse, *Le financement d'un revenu de base inconditionnel*, Éditions Seismo, Zurich, 2010.

Vincent Liegey, Stéphane Madelaine, Christophe Ondet, Anne-Isabelle Veillot, 2013. *Un projet de décroissance. Manifeste pour une dotation inconditionnelle d'autonomie*.

John Locke, *Les 2 traités du gouvernement civil*, 1690.

Jacques Marseille, *L'Argent des Français*, chap. 32, Éditions Perrin, 2009.

Thomas More, *Utopia*, 1516, en français, *L'utopie*, GF, Flammarion 1987

Baptiste Mylondo, *Un revenu pour tous ! : Précis d'utopie réaliste*, Éditions Utopia, collection controverses, 2012.

Baptiste Mylondo, *Pour un revenu sans condition ; garantir l'accès aux biens et services essentiels*, Éditions Utopia, collection controverses, novembre 2012.

Robert Nozick, *Anarchie, Etat et utopie*, PUF, 1974, trad. Française, 1988, 2016.

Tom Paine, *Agrarian Justice*, 1797.

Serge Paugam (Sous la direction de), *Repenser la solidarité*, PUF, 2007

Rapport du CNUM, *Travail, Emploi numérique*, janvier 2016.

Vanderborght Yannick et Van Parijs Philippe, [2005] *L'allocation universelle*, coll Repères, La Découverte.

Philippe Van Parijs, *Qu'est-ce qu'une société juste ? Introduction à la pratique de la philosophie politique*, Le Seuil, 1991, p. 142.

Voltaire, *L'Homme aux quarante écus*, 1765.

Jean Gadrey et le revenu de base

Par M^{me} Catherine Mills

Jean Gadrey, pour sa part reste très dubitatif sur le revenu de base. Il s'interroge sur le soutien de nombreux médias et personnalités de gauche : Politis, Alain Caillé et une bonne partie des « Gorziens », des Maussiens, des Verts, de Nouvelle Donne, d'Utopia, certains au PG, etc. Ce revenu de base porte des noms multiples : d'existence, inconditionnel, universel, garanti, etc. Pour éclaircir cette question, il renvoie notamment à l'entretien entre Baptiste Mylondo et Jean-Marie Harribey : « *Revenu inconditionnel : quand je joue à la belote avec mes voisins, est-ce que je crée de la valeur ?* ». Il s'interroge sur la tribune de *Libération* du 12 novembre 2015, intitulée « Pour un revenu universel inconditionnel ? », signée par des gens de tous bords. Mais il relève que cinq des huit signataires (sept hommes et une femme) se rattachent clairement à la pensée libérale, ou très libérale, au sens économique du terme. C'est le cas pour le think tank Générations libres, présidé par Gaspard Koenig ancienne « plume » de Christine Lagarde puis employé par la BERD. Les membres du CA et les experts de ce think tank sont aussi bien libéraux. Parmi eux : Augustin Landier (Toulouse School of Economics, il avait créé en 2007 un hedge fund aux USA), François Ewald (un proche de Denis Kessler), Jean-Paul Betbeze, et Marc de Basquiat, signataire de la tribune de Libé, avocat connu du revenu de base dans sa variante minimale : le RSA pour tous. Parmi les autres signataires : le président de la fédération des auto-entrepreneurs, mais aussi Lionel Stoleru (Polytechnique, Crédit Lyonnais puis proche conseiller de Giscard, puis proche des socialistes, puis soutien de Sarkozy en 2007...); Jean-Marc Daniel, X aussi, économiste libéral médiatique adorateur de la concurrence, épinglé par Denis Clerc dans la revue « *L'économie politique* » d'avril 2015. Il est également partisan de la flat tax, impôt à taux unique, entre la solution « simple » de la flat tax et la solution « simple » du revenu de base identique pour tous, il y a sans doute un lien et un mode de pensée, comme le suggère à juste titre Jean Gadrey.

Cette tribune de Libé commence par dénoncer la « complexité, la lourdeur et le coût de la protection sociale en France », avec son « empilement » de dispositifs d'aides ciblées, souvent sous conditions (une

« Inquisition publique » !), pour argumenter en faveur d'un « flat basic income », revenu de base universel et inconditionnel. De façon simpliste et pseudo-radical, on va dans cette tribune jusqu'à déclarer : « Plutôt que de cibler des individus pour traiter inégalement la pauvreté, ciblons la pauvreté en traitant également tous les individus ». C'est une remise en cause du principe de « l'action positive » : faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin. C'est une déclaration de refus du « ciblage » or ce ciblage, selon Jean Gadrey, peut être efficace dans la mise en relation des protections collectives et des besoins. C'est la mise en exergue « d'un égalitarisme formel laissant les riches en paix ». Certes cette mise en relation moyens/besoins est « complexe », et d'autant plus que la société est plus inégalitaire. La critique des « millefeuilles » administratifs est bien connue, parfois fondée, mais déclare Jean Gadrey, on ne règlera ni la crise climatique avec un prix unique du carbone, ni la justice fiscale avec une flat tax, ni la justice sociale avec un « flat basic income », comme le proposent Marc de Basquiat/auto-entrepreneurs ou « Générations libres », etc.

Les trois autres signataires de la tribune de *Libération*, ne se revendiquent certes pas du libéralisme économique, ce sont Caroline Guibet Lafaye, philosophe de la justice sociale, ainsi qu'Alain Caillé et Patrick Valentin (responsable du projet Territoires zéro chômeurs longue durée d'ATD-Quart monde). Est-ce parce que les propositions au demeurant très vagues de ce texte leur conviennent ? D'autant que les postulats de cette tribune font référence pêle-mêle aux idées de Lionel Stoleru, d'Eric Woerth, des Verts, de la motion C du PS ou de Rifkin.

Le principal postulat serait le suivant : « *SIDEMAIN CHACUN EST AUTO-ENTREPRENEUR, multi-actif, indépendant... le revenu universel deviendra la clé de voûte du système social, garantissant LA SATISFACTION MINIMALE DES BESOINS PRIMAIRES* ». La généralisation de l'auto-entrepreneuriat n'est pourtant évidemment pas une solution souhaitable. On ne risque pas de démarcher le monde pour préserver des biens communs vitaux sur cette base. Et avec le revenu de base comme chez Marc de Basquiat, on ne

risque pas non plus de permettre à chacun de vivre décemment vu le montant annoncé, au niveau du RSA actuel pour les adultes, soit la moitié du seuil de pauvreté pour une personne seule... Il est vrai que le texte n'ambitionne que la satisfaction minimale *des besoins primaires*, comme l'a souligné Bruno Tardieu. Gadrey pour sa part refuse la hiérarchie des besoins « à la Maslow », la trouve méprisante et excluante pour les personnes en situation de pauvreté.

Parmi les autres projets de revenu de base, Jean Gadrey épingle quelques perles du « Mouvement français pour le revenu de base » sur son blog de Mediapart :

« De façon imagée, on peut dire qu'on va progressivement distribuer "le salaire des robots", en réalité l'héritage du capital social collectif. Le niveau du Revenu d'Existence augmentera donc naturellement avec le développement de la société. »

« Quel que soit le niveau de l'activité économique, le travail, comme on le constate déjà aujourd'hui, deviendra de plus en plus intermittent, voire précaire ».

« Le revenu inconditionnel est un dû de la collectivité à chacun de ses membres. Cela étant, rien n'interdit de l'assortir d'un service civique. »

Le Revenu de Base est « *une somme relativement modique croissant avec l'augmentation du PIB* ».

« Lorsque dans un avenir plus ou moins proche on aura diminué de moitié le nombre d'heures de travail... »

« Le revenu inconditionnel ne répond pas en soi au problème du chômage... Il ne dispense pas chacun de chercher à travailler pour améliorer son train de vie. De même, il ne dispense pas la société de favoriser

l'emploi par une judicieuse réduction de la durée du travail allant de pair avec une croissance économique mieux maîtrisée. »

Jean Gadrey considère que cette vision est très « croissanciste ». Il critique aussi le thème de la poursuite de gains de productivité formidables, réduisant massivement le travail utile et nécessaire sous l'effet de la robotisation générale, à l'exception de quelques secteurs relationnels. Jean Gadrey s'élève ainsi contre les arguments du style « on peut créer des millions d'emplois utiles dans une perspective durable » ou sur « Le mythe de la robotisation détruisant des emplois par millions ». Il critique Jérémy Rifkin et ceux qui font une impasse totale sur les gros besoins de travail et d'emploi d'une transition écologique et sociale à la hauteur du défi, en complément de la nécessaire reprise de la RTT « tout au long de la vie ».

Jean Gadrey conclut qu'on ne peut guère être convaincu par le Revenu de base même si celui-ci a des partisans divers : B. Mylondo, S. Jourdan, J. Zin, M. Cholet, certaines associations de chômeurs, Utopia, Nouvelle Donne... Car, selon lui, on pourrait aussi défendre un Revenu de base dans une perspective qui ne serait pas celle de la fin du travail entraînée par la robotisation générale, ni la fin du salariat au bénéfice de l'auto-entrepreneuriat, ni le précaire, ni la poursuite dans la voie de la croissance et des gains de productivité. Pourquoi souligne-t-il, mettre dans le même sac comme dans la même tribune récente de Libération... des propositions et des visions de la société aussi radicalement opposées, de Milton Friedman à André Gorz, n'est-ce pas contreproductif ?

Le revenu d'existence : un piège néolibéral

Par Jean-Marie Harribey, économiste

Sous quelque appellation qu'elle se présente, revenu d'existence, allocation universelle, revenu de base, la proposition de fournir un revenu inconditionnel à toute personne de la naissance à la mort est revenue sur le devant de la scène à mesure que s'est accentuée la dégradation sociale provoquée par la crise du capitalisme et que les dispositifs de protection sociale amenuisés par les politiques néolibérales ne permettent pas de réduire la pauvreté et l'exclusion sociale. Il peut être tentant alors d'imaginer une refonte du système de protection sociale autour d'un revenu de base inconditionnel. Cette proposition, qui a l'apparence de la générosité, voire de la solidarité, se heurte cependant à de multiples incohérences et entretient autant d'illusions. Les plus importantes portent sur la place du travail, en tant qu'acte social et en tant que créateur de la valeur économique, et sur le financement d'un tel revenu.

Ses partisans, qu'ils se revendiquent de gauche ou de droite, arguent qu'il permettrait de sortir de l'obligation de travailler et laisserait à chacun le choix de se livrer à une activité autonome. Son financement ne poserait pas de problème car il s'autofinancerait, soit parce que cette activité autonome serait créatrice de valeur ajoutée, soit parce qu'il remplacerait tout ou partie de la protection sociale actuelle.

Se développent alors des initiatives et des réseaux porteurs de cette idée, en France mais surtout à l'étranger, notamment à l'échelle européenne. Cette proposition, qui a l'apparence de la générosité, voire de la solidarité, se heurte cependant à de multiples incohérences et entretient autant d'illusions. Les plus importantes portent sur la place du travail, en tant qu'acte social et en tant que créateur de la valeur économique, et sur le financement d'un tel revenu. Elles se situent au moins autant sur le plan de la philosophie politique que sur celui de l'économie politique.

1. Le travail est un acte social

La plupart des théoriciens du revenu d'existence se placent dans l'hypothèse où la fin du travail approcherait, où le plein emploi serait définitivement hors d'atteinte et où se déferait la société fondée sur le travail. Il s'ensuivrait la possibilité d'une libération des individus par rapport au travail. Or, aucune étude

statistique n'a jamais établi la disparition du travail, ni celle du travail salarié, aux échelles nationales et encore moins à l'échelle mondiale. Il y a une confusion entre la diminution du temps de travail nécessaire à la production d'une unité de marchandise et une diminution globale qu'on ne peut pas mesurer sans la mettre en relation avec la productivité du travail. Malgré le développement des formes de travail précaire et de l'auto-entrepreneuriat, on constate plutôt une permanence du salariat avec un travail indépendant de 10 % de l'emploi total. Plus précisément, la croissance de l'auto-entrepreneuriat se situe essentiellement à l'intérieur du travail indépendant, conduisant à une paupérisation du régime social des indépendants.

Au-delà de ces considérations statistiques, le point le plus important est de l'ordre de la philosophie politique. Abandonner le plein emploi n'émeut guère les partisans du revenu de base parce qu'ils postulent que le travail n'est en aucune manière un facteur d'intégration et de reconnaissance sociales. Un tel renoncement figure dès les premiers énoncés du Collectif Charles Fourier dans les années 1980 en faveur du revenu d'existence, et l'un de ses initiateurs, Philippe Van Parijs, réitère constamment ce choix. Cette perspective tranche donc abruptement un débat philosophique de plusieurs siècles, en niant le double caractère du travail, à la fois aliénant dans le cadre capitaliste et en même temps intégrateur dans la société. S'écartant de Hegel qui voyait seulement dans le travail l'essence de l'homme, Marx avait souligné cette ambivalence, cette dialectique, l'émancipation des travailleurs devant être l'œuvre des travailleurs eux-mêmes. Au contraire, Hannah Arendt avait nié que le travail puisse être émancipateur. André Gorz, pourtant rallié à la fin de sa vie au revenu universel, avait parlé à ce sujet d'un « égarement » de la philosophie. Égarement qui semble être aussi celui des partisans actuels de ce type de revenu qui surfent toujours sur l'idée de la « disparition de la valeur travail ».

Le sociologue Robert Castel a soutenu qu'« André Gorz a dérapé » à son tour en préconisant un « *exode hors de la société de travail* ». À ses yeux, « *on peut et on doit souligner les graves menaces qui pèsent sur le travail, mais personne aujourd'hui n'est en droit de dire que le tra-*

vail est "aboli", ou que le salariat est "aboli" ». Il pointe aussi la « dérive » théorique de Gorz, convaincu par la thèse du capitalisme cognitif qui postule que le travail n'est plus la source de la valeur. Selon lui, Gorz est en réalité revenu à « une conception du travail-marchandise qui date des débuts du capitalisme industriel avant sa saisie par le droit », sans voir que le salariat aujourd'hui « dignifie, pourrait-on dire, le travailleur (et peut-être plus encore la travailleuse) en même temps qu'il l'aliène » et que le rôle social du travailleur ne « s'épuisait » pas « à être un consommateur de biens matériels ». « Le travail est un acte social sanctionnant l'utilité sociale du travailleur qui accède à la sphère publique et se fait reconnaître comme sujet de droit ». Et Mateo Alaluf ajoute que « la subordination du travail au capital est toujours le résultat d'un compromis » et que Gorz, tout en étant devenu favorable au revenu universel, attirait l'attention sur le danger qu'il devienne une formule libérale comme l'impôt négatif de Milton Friedman.

Il résulte de ces difficultés théoriques un grand nombre de confusions dans le débat public. Tantôt le travail est confondu avec le travail salarié et l'emploi avec l'emploi salarié (oubliant le travail indépendant), tantôt le travail est opposé à l'emploi (alors que l'emploi est le cadre juridique dans lequel le travail salarié ou non s'exerce), tantôt le travail est opposé à l'activité (sans que cette dernière soit rapportée à l'exigence de validation sociale pour être créatrice de valeur).

2. Le travail socialement validé, seule source de la valeur

La théorie du revenu d'existence est non seulement fondée sur une conception philosophique qui ignore l'ambivalence dialectique du travail, mais aussi sur une conception de la valeur économique qui renoue avec certains postulats de la théorie néoclassique, en confondant valeur d'usage et valeur, et en niant que la valeur provienne du travail.

Le courant de pensée qui est allé le plus loin dans la tentative de mettre en relation l'évolution du travail et l'origine de la valeur est le cognitivisme, pour lequel la grande transformation du capitalisme actuel réside dans la place croissante des connaissances dans le processus productif. « Le travail cognitif est une activité qui, quasiment par essence, se développe tant en amont, c'est-à-dire en dehors de l'horaire officiel de travail que durant l'horaire officiel de travail en traversant l'ensemble des temps sociaux et de vie ». Cette évolution qui verrait la valeur naître hors du système productif serait telle qu'elle conduirait soit, selon certains, à éliminer

le travail vivant comme source de la valeur, soit, selon d'autres, à englober dans le travail vivant tout instant de la vie, mais, dans les deux cas, elle obligerait à abandonner toute référence à la théorie de la valeur élaborée par l'économie politique, celle de Ricardo dite de la valeur-travail incorporé et aussi celle de Marx. Pour ce dernier, la thèse du travail abstrait se résume par un triptyque : la *valeur d'usage* est une condition de la *valeur* en tant que forme monétaire du travail socialement validé, laquelle apparaît dans l'échange par le biais d'une proportion, la *valeur d'échange* qui est mesurée en tendance par la quantité de travail nécessaire en moyenne dans la société considérée.

Les théoriciens du cognitivisme ne voient pas que, lorsque le travail vivant et la valeur se réduisent à mesure que la productivité du travail progresse, il s'agit d'un même phénomène. En d'autres termes, la dégénérescence de la valeur n'infirme pas la loi de la valeur, elle en est au contraire la stricte application. Et la subsomption de l'ensemble de la vie par le capital ne restreint pas la sphère du travail et de la productivité, mais au contraire l'élargit. Enfin, l'élaboration des connaissances et leur mise en œuvre ne sont pas le fait d'initiatives individuelles mais résultent d'une construction collective. La relation qu'établissent ces théoriciens entre l'activité autonome comme nouvelle source de la valeur, et l'utilisation des connaissances, supposées nées de cette activité, s'écroule donc.

Ces erreurs reproduisent le fétichisme du capital : « L'indépendance de la sphère financière a été largement analysée comme un "régime d'accumulation à dominante financière ou patrimoniale". Ainsi, la valeur émerge de la sphère de la circulation monétaire tandis que la sphère de la production industrielle et l'entreprise perdent le monopole de la création de valeur et donc du travail supposé directement productif ». La conclusion est digne de la théorie néoclassique : « la source de la richesse, c'est la circulation ».

Une croyance en une distribution du revenu « préalablement » au travail collectif s'installe progressivement, et confond les notions de flux et de stock, ou encore de revenu et de patrimoine : « Nous proposons [...] de reconnaître un droit à un revenu d'existence véritable contrepartie de la reconnaissance du droit de chacun à l'existence *puisque nous héritons tous de la civilisation* ». Or, aucun revenu monétaire ne provient d'un prélèvement sur le patrimoine, car tous les revenus sont engendrés par l'activité courante.

Puisque l'essentiel de la production de valeur se fait selon eux hors de la sphère du travail, les théoriciens du cognitivisme considèrent que le revenu d'existence serait un revenu primaire, rémunérant l'activité autonome des individus, définie comme productive. D'autres encore affirment que le lien social est synonyme de valeur au sens économique. Dans les deux cas, c'est encore confondre valeur d'usage et valeur, c'est-à-dire richesse et valeur. On lira avec ahurissement que « *jouer à la belote au troquet du coin, lire un livre, regarder un film, faire une partie de jeu vidéo [...] toutes ces activités concourent à l'enrichissement de la société, participent de l'utilité sociale, et, à ce titre, doivent être considérés comme des travaux* », donc créant de la valeur économique. À la question : « Mais comment fait-on pour évaluer la valeur d'une partie de cartes ? », l'auteur répond qu'elle a une valeur d'usage non nulle qu'il faut évaluer par son coût. C'est une double absurdité puisque, d'une part, quand on joue aux cartes avec des amis, cela n'a aucun coût. D'autre part, l'identification automatique de la valeur à la valeur d'usage fait l'impasse sur l'indispensable reconnaissance collective politique de l'utilité d'une activité pour la société : par définition, l'utilité sociale ne peut être déclarée par chaque individu isolé, sinon comment prendre en compte la crise écologique qui oblige à redéfinir collectivement les modes de production ? Le « joueur de belote » vanté même sur France culture comme créateur de valeur économique est le comble de l'idéologie en répandant une magistrale erreur de raisonnement économique. Celle-ci consiste à croire que le versement d'un revenu par l'État ou le lâchage de billets par un « hélicoptère » de la banque centrale valideraient les activités individuelles libres.

Dans un débat qui nous a réunis, Carlo Vercellone me demande d'appliquer la thèse de la validation sociale des activités monétaires non marchandes que j'ai élaborée. Or, dans la sphère monétaire non marchande, la validation des activités économiques tient dans une décision politique *a priori*, dont il résultera travail, production de valeur et distribution de revenu. Par exemple, la décision de l'État d'apprendre à lire et à écrire aux enfants, ou bien celle d'une municipalité d'accueillir les enfants dans une crèche, sont suivies de l'embauche d'enseignants et de puéricultrices, dont le travail est validé par cette décision, et qui produisent des services et donc de la valeur, laquelle permet de verser des salaires. Une fois le produit national augmenté de ce produit non marchand, l'impôt vient en assurer *ex post* le paiement collectif. Rien à voir avec un

hélicoptère monétaire à la façon de Friedman ou du Mouvement français pour un revenu de base (MFRB).

À la racine de l'erreur sur l'inconditionnalité exempte de validation sociale figure toujours cette ignorance des linéaments de la critique de l'économie politique. On nous dit : « *Le rôle d'un revenu de base, et surtout de son absence de conditionnalité, est d'exprimer au citoyen une confiance radicale : celle qui consiste à croire que chacun d'entre nous possède la capacité de chercher un sens à son existence et d'agir en fonction de ce sens* ». Mais que se passerait-il si l'on créait un droit à un revenu inconditionnel ? Ce droit – pas plus que le « sens de l'existence » – ne crée en lui-même aucune valeur économique, aucun revenu. Pour satisfaire ce droit, il faudrait imaginer un nouveau transfert social, c'est-à-dire accomplir collectivement un travail validé, à partir duquel s'effectuerait ce transfert. Sur le plan de la société dans son ensemble, travail et production de revenu sont indissociables. Seuls peuvent être dissociés le travail individuel et la distribution individuelle de revenu, si un accord politique dans la société le permet.

Bien que son auteur s'en défende, il existe plusieurs points communs importants entre la proposition de « salaire à vie » de Bernard Friot et celle du revenu d'existence. Friot veut abolir les institutions capitalistes du marché du travail, de la propriété lucrative et du crédit, et les remplacer par des institutions dites salariales sur la base du modèle de la cotisation sociale. Il affirme distinguer valeur d'usage et valeur, mais, au bout de son analyse, toutes les valeurs d'usage sont valeur. Il considère qu'il existe un espace de valorisation qui échappe au capital, mais il ne fixe pas de limite à ce champ : le retraité, le parent d'élève, le chômeur produisent la valeur représentée par la prestation qu'ils reçoivent. Or, les prestations sociales formant le « salaire socialisé » sont des transferts sociaux, et non pas un revenu de type primaire. Le critère décisif qui distingue une activité libre (celle du retraité par exemple) productive de valeur d'usage d'une activité productive de valeur surgit à nouveau : il s'agit de la validation sociale de cette activité qui, par définition, n'existe pas pour le retraité, puisqu'elle est libre de toute contrainte sociale. Selon B. Friot, le produit non marchand serait inclus dans le produit marchand à travers les prix. Mais, si cela était, on ne pourrait pas considérer que le produit non marchand s'ajoute au produit marchand pour définir le revenu national. Bertrand Bony, membre du Réseau salariat, estime que le salaire socialisé est compté deux fois dans le PIB, une première fois

dans la valeur ajoutée des entreprises et une seconde fois lorsqu'il sert à faire l'évaluation des services non marchands au coût des facteurs. Or, c'est confondre les opérations de production et les opérations de répartition définies par la comptabilité nationale.

B. Friot propose d'étendre le modèle de la cotisation sociale à l'investissement. Il récuse le crédit et pense que l'investissement peut être financé par le prélèvement d'une cotisation économique sur la production courante. Mais c'est réintroduire la notion néoclassique d'épargne préalable qui nie la nécessité d'une création monétaire pour financer l'investissement net à l'échelle macroéconomique, et qui relève d'une conception exogène de la monnaie renvoyant la création de celle-ci entre les mains d'une unique institution centralisée, la banque centrale ou l'État. Cela rejoint l'idée que partagent les partisans du revenu d'existence favorables à de la monnaie « hélicoptère ».

Quelles que soient les oppositions déclarées publiquement par les partisans des diverses formes de revenu d'existence entre eux ou avec ceux du salaire à vie, la conception de la monnaie exogène, voire monétariste, les conduit tous à la notion de revenu primaire. Mais la contradiction surgit aussitôt : « *Une création monétaire perpétuelle, reconduite d'année en année, équivalente à la totalité du montant d'un RSG suffisant, ne serait pas à même d'assurer la stabilité macro-économique de son financement (au risque d'aboutir à terme à une spirale inflationniste) et surtout de l'asseoir sur une véritable transformation du mode de répartition.* » Pourquoi y aurait-il inflation puisqu'une production a, paraît-il, eu lieu ? Les auteurs répondent : « *Notre approche du RSG débouche nécessairement sur l'idée selon laquelle il ne peut être compris que comme une nouvelle forme de revenu primaire lié directement à la production. En tant que tel, c'est la contrepartie d'une activité créatrice de valeur aujourd'hui encore non reconnue, une forme de salaire social* ». Autrement dit, il s'agit de la même erreur que celle du MFRB et de Mylondo : la validation sociale viendrait d'un versement de monnaie. Or, la validation sociale des activités non marchandes qui auront une expression monétaire est une décision de type politique en amont portant sur ces activités et non sur le versement de monnaie qui en est la conséquence, sinon il s'agirait d'un simple transfert social.

3. Financement possible ou libéralisation supplémentaire du travail ?

Marc de Basquiat et Gaspard Koenig ont repris pour la France la proposition d'impôt négatif de Friedman. Dans ce projet de « revenu de liberté », chaque citoyen reçoit la différence entre le revenu de base, le « Liber », et un impôt proportionnel sur le revenu, la libertax. Les auteurs supprimeraient les minimas sociaux, les prestations familiales, les bourses étudiantes et la prime pour l'emploi (cette dernière déjà remplacée en France par la prime pour l'activité). Le Liber serait de 470 euros par mois pour les adultes, 270 euros pour les jeunes de 14 à 18 ans et de 200 euros pour les jeunes de moins de 14 ans. Un impôt proportionnel de 23,5 % se substituant à l'impôt progressif sur le revenu et à tout impôt sur le patrimoine financerait le Liber, qui ne coûterait pas plus cher que la protection sociale actuelle. Mais le problème de la grande pauvreté reste entier, puisque, après redistribution, les personnes du décile de la population la plus pauvre ne recevraient, selon les calculs des auteurs, que 958 euros par mois, soit moins que le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian (1000 €) et à peine un peu plus que le seuil à 50 % du revenu médian (833 €), alors que ce dispositif bénéficiant aux pauvres comme aux plus riches mobiliserait au moins 350 milliards par an.

De l'autre côté de l'échiquier politique, les choses sont moins claires : la Fondation Jean Jaurès et le MFRB remplaceraient une partie des aides sociales actuelles par ce revenu, mais Mylondo l'ajouterait à la protection sociale actuelle moins le RSA et les allocations familiales. Dans ce dernier cas, on arrive à doubler les sommes distribuées : environ 1350 milliards d'euros par an, qui correspondent à la totalité du revenu disponible des ménages en France. Comment tout le revenu disponible des ménages pourrait-il ainsi être socialisé ?

Souvent, les partisans de gauche du revenu inconditionnel affirment que celui-ci favoriserait la sortie du productivisme et la décroissance de l'économie. Mais si on divisait le temps de travail par deux, comme certains le proposent, comment pourrait-on multiplier les revenus distribués ? Tout le monde ne peut avoir plus quand on produit moins. À moins que l'illusion de l'abondance permise par la technologie ne refasse surface... Au fond, la contradiction éclate quand les partisans du revenu d'existence affirment d'un côté que toute activité autonome est créatrice de valeur (donc que le revenu de base s'autofinancerait), et de

l'autre qu'il faut trouver des centaines de milliards de plus pour le financer. Dans le cas où toute la protection sociale serait supprimée et remplacée par un revenu d'existence, sur la base de 1000 euros par mois, le revenu s'élèverait en France à plus de 750 milliards par an, soit à peu près le montant actuel de la protection sociale ou 1/3 du PIB. Mais si les retraites étaient toutes ramenées à ce montant misérable, on verrait les compagnies d'assurances offrir des plans d'épargne lucratifs à ceux qui disposent de revenus autres et plus élevés.

Pour contrer la marche en avant du capitalisme, il n'y a pas d'alternative à la réduction du temps de travail, non pas celle des néolibéraux ni celle identique des partisans du revenu d'existence consistant à sortir « volontairement » (sic) de l'emploi, mais une répartition sur tous du temps de travail collectif nécessaire. Dans l'urgence, et en attendant que la RTT produise suffisamment d'effets favorables à l'emploi, des revenus de transfert suffisants doivent être versés à ceux qui sont réduits au chômage ou rejetés dans la pauvreté. À cet égard, les minima sociaux versés en France sont insuffisants, et l'absence de réforme fiscale fait perdurer cette situation. On pourrait simplifier et améliorer la protection sociale par une allocation garantie à tout adulte de 18 ans disposant d'un revenu inférieur à un seuil déterminé et qui remplacerait la dizaine d'allocations diverses actuelles, en accompagnant cette allocation de la garantie d'accès aux services publics non marchands. On compte en France 8,5 millions de pauvres en dessous du seuil défini à 60 % du revenu médian. Si on versait 1 000 euros par mois à ces personnes-là, l'enveloppe annuelle serait de 100 milliards, soit quatre à sept fois moins qu'un revenu versé à tout le monde, du plus pauvre au plus riche.

Finalement, la proposition d'instaurer un revenu d'existence comporte de nombreux risques, dont le plus important est d'ordre politique et stratégique : celui d'entériner la fracture entre ceux qui peuvent s'insérer dans toutes les sphères de la société et ceux qui seraient exclus de l'une d'entre elles, celle du travail validé collectivement, tandis que la libéralisation du travail et de ses conditions s'aggraverait et que les femmes seraient incitées à retourner au foyer. Cette fracture sociale et politique s'appuie sur une négation du rôle social du travail et de son rôle de créateur de la valeur économique distribuée sous forme de revenus monétaires. Puisque, dans beaucoup de pays, les droits sociaux furent historiquement fondés sur le travail, en se débarrassant de celui-ci, le capitalisme se débarras-

serait du même coup des droits sociaux associés. D'où la crainte qu'un revenu minimum ne conduise à terme à la disparition du salaire minimum.

La négation du travail dans toutes ses dimensions, ravalé au rang de marchandise, et la violence qui lui est infligée, ont pour corollaire le fétichisme qui entoure la production de valeur et qui pousse à croire que toute richesse sociale et naturelle est réductible à de la valeur, c'est-à-dire à une somme de monnaie, la plus dérisoire possible.

Le dossier : propositions pour 2017

Santé, protection sociale : les solutions éculées de la droite, ou comment faire du mandat de François Hollande un tremplin pour plus de liberté pour les plus riches et plus d'exploitation pour 99 % des Français

Par le D^r Michèle Leflon

Les candidats à la primaire de la droite s'étaient dans les médias mais le socle de leurs propositions est connu, adopté lors du conseil national de « Les Républicains » le 2 juillet dernier. Il s'agit de présentations différentes mais d'un contenu identique: non pas remettre en cause les évolutions législatives depuis 2012, mais s'appuyer au contraire sur ce que F. Hollande et M. Valls ont fait de plus rétrograde contre le monde du travail pour aller plus loin, vers une France au service exclusif de la grande bourgeoisie et du capital. Cet article a pour but, après une présentation de la « philosophie » de ce programme, d'en décrypter les propositions pour notre système de santé et pour la protection sociale.

Tout pour la France des patrons !

Le style des candidats est différent mais les propositions sont les mêmes : je me contenterai de deux citations, la première dans le projet des Républicains (et N. Sarkozy en reprend la formulation dans ce qu'elle a d'abrupt) : « *Parallèlement, en ce qui concerne les étrangers en situation illégale, l'aide médicale d'État (AME) doit être supprimée et remplacée par une aide médicale exceptionnelle et provisoire qui ne concernerait que les urgences sanitaires et les maladies contagieuses.* ». Selon A. Juppé, « *L'AME sera désormais strictement réservée aux situations d'urgence médicale* ». L'un supprime, l'autre non, mais le résultat est le même, inadmissible ! Les nuances ne sont que dans la tactique électorale !

Dans le livre de N. Sarkozy, *Tout pour la France*, c'est au chapitre « *le défi de la liberté* » que l'on trouve les propositions sur la santé. Ce choix - mais N. Sarkozy et Les Républicains ignorent « *le défi de la solidarité* » - est en lui-même le programme santé: liberté pour les médecins, liberté pour les hôpitaux. Les propositions pour la santé et la protection sociale ne sont que les déclinaisons d'une « philosophie » d'un monde à l'envers, manipulant des concepts exacts pour les retourner au service exclusif du patronat.

Deux exemples :

- Travailler plus, oui, mais individuellement, ou collectivement ? Le lien entre richesses produites et protection sociale est au cœur du financement de la Sécurité sociale, voulu en 1945 par le ministre communiste Ambroise Croizat, avec cette ambition d'augmenter les dépenses publiques pour, à la fois, favoriser la reprise économique et satisfaire les besoins sociaux. Mais la droite fait le choix du travailler plus individuel en ignorant les besoins d'investissements – et donc d'accès au crédit - des entreprises pour créer des emplois, en ignorant les besoins en emplois nouveaux dans les services publics, en traitant par pertes et profits les millions de chômeurs (pourtant, quelles possibilités pour augmenter la masse collective de travail fournie !). La droite ignore que la réduction de 1 % du taux de chômage, c'est 5,7 milliards d'euros de plus pour les caisses de la Sécurité sociale. Cela lui permet aussi d'ignorer superbement les questions écologiques alors que l'accès au crédit, les cotisations sociales des entreprises, pourraient être modulés en fonctions des objectifs sociaux mais aussi environnementaux. Dans le choix de société, baisser le coût du travail ou baisser le coût du capital, les candidats de Les Républicains ont fait leur choix : celui de baisser le coût du travail, pour maximiser les profits ! Ils pourront, s'ils sont élus, s'appuyer sur les réformes engagées par F. Hollande et M. Valls qui ont déjà fait le choix de la baisse du coût du travail, à l'opposé du choix qui aurait été judicieux d'une reprise économique par l'augmentation des salaires et retraites et l'augmentation de la consommation.
- Caricaturale aussi cette vision de l'entreprise, avec une polémique inutile sur l'importance à accorder aux entreprises. Évidemment les entreprises sont très importantes, mais les entreprises, ce sont des patrons et des salariés et sans ces derniers, pas de valeur ajoutée ! Alors, il ne suffit pas de faire des cadeaux aux patrons, surtout comme dans le CICE, si on ne s'assure pas que les salariés en bénéficient !

En s'appuyant sur la banalisation des thèses libérales, favorisée par le gouvernement actuel, Les Républicains développent ainsi un programme où la liberté se résume surtout à la liberté de mieux exploiter les salariés, de ne surtout pas chercher à corriger les inégalités de notre société. Ce sont ces orientations qui sont déclinées dans leur programme pour la santé et la protection sociale.

Rien de neuf sous le soleil pour la santé sauf des menaces supplémentaires !

Si le constat est partagé par l'ensemble des Français : – ça ne va pas – désertification médicale, hôpital malade - prévention en berne ..., le diagnostic est déjà faux et les solutions contradictoires même avec le constat fait ! Le diagnostic porté par N. Sarkozy, A. Juppé et les autres, c'est le manque de liberté, les tracasseries administratives (pour certains, pas pour tous). Mais qui a empêché un médecin de s'installer dans un désert médical ?

La charge portée contre le tiers-payant témoigne de la volonté de s'appuyer sur tout le reste de la loi Touraine pour aller plus loin dans la casse de l'hôpital public, dans l'aggravation des inégalités de prise en charge, dans la privatisation des soins et de la protection sociale. Car c'est uniquement sur ce qui a été l'alibi de gauche pour obtenir le vote de cette loi mortifère que Les Républicains envisagent de revenir en arrière.

Commençons par la médecine ambulatoire.

Pas un mot sur le *numerus clausus*, sauf pour dire qu'il doit être régionalisé pour mieux s'adapter aux besoins. Or c'est bien la pénurie de médecins qui rend particulièrement difficile les solutions à la désertification. Et, en ces années de départ à la retraite des dernières générations de médecins formés avant l'installation du *numerus clausus*, on voit à quel point ce ne sont pas certaines régions qui sont déficitaires, mais toutes, les périphéries étant plus atteintes que les centres : l'Aube dans le Grand Est, la Seine St Denis en Ile de France ... Il y a urgence à supprimer le *numerus clausus* !

La droite nous présente des solutions éculées pour faire revenir les médecins dans les zones les plus en difficulté, essentiellement les incitations financières, accessoirement l'exercice en groupe. Certes, des évolutions tarifaires sont nécessaires. Il n'est pas normal que certaines spécialités soient beaucoup mieux rémunérées que d'autres ou que la médecine générale, dif-

férence alibi à certains dépassements d'honoraires (qui devraient être interdits mais cela la droite n'en parle pas), une manière de transférer des dépenses de l'assurance maladie vers les mutuelles ou les patients. Une évolution vers un financement moins dépendant du nombre d'actes est indispensable. La dernière convention a d'ailleurs fait un geste significatif vis-à-vis de la médecine générale.

Mais les incitations financières ont déjà montré leur échec : la majorité des jeunes médecins veulent être salariés. La lourdeur administrative, ce n'est pas le tiers-payant, c'est tout le temps passé à la logistique, à la gestion. Les obstacles, c'est dans cette profession devenue majoritairement féminine, la difficulté d'un vrai congé de maternité, c'est aussi le recul des services publics en zone rurale et semi-rurale, dans les banlieues. Et de ce point de vue quelle catastrophe à attendre de la droite, qui, au chapitre de la ruralité, outre un long développement sur la nécessité de faire revenir dans ces zones des médecins (le chat se mord la queue), ne propose rien de mieux que « *le renforcement de l'échelon intercommunal dans l'organisation du regroupement de services publics pour assurer une prestation optimisée* ». Quand on sait la taille de certaines intercommunalités et les projets en cours de regroupement, la proximité devient totalement absente.

C'est un vrai service public de santé ambulatoire qui doit être mis en place ! Mais la droite ne parle même pas de médecine ambulatoire : elle ne sait que dire « médecine libérale ». La liberté réglera les questions, dit N. Sarkozy. Sauf que le programme des Républicains prévoit d' « *Assurer la contribution à la permanence des soins des praticiens hospitaliers et médecins libéraux installés dans certaines villes proches de déserts médicaux* ». Va-t-on obliger les médecins du service public hospitalier, déjà trop peu nombreux, à assumer les manques d'une médecine libérale que l'on veut privilégier ? Quelle contradiction ! Télé-médecine et délégation de tâches, sans aborder la nécessaire question de la formation et de la reconnaissance par la rémunération, complètent les propositions.

Remettre le médecin généraliste au cœur du système de santé, au cœur des parcours de soins, fait partie des éternelles promesses de campagne, sauf que les gouvernements successifs ont contribué à une réalité inverse et que le programme de la droite pour 2017 annonce de nouvelles difficultés, s'il devait être mis en œuvre. Car ce n'est pas en affaiblissant l'hôpital public

que l'on réglerait les difficultés de la médecine ambulatoire. C'est au contraire en lui donnant les moyens de sa proximité (les jeunes médecins hésitent à s'installer loin d'un service d'urgence, loin d'une maternité), c'est en lui donnant les moyens de ne pas être l'absent, car trop lointain, des essais de coordination des soins, c'est en lui permettant d'être en soutien à l'organisation d'un service public de médecine ambulatoire.

Or que nous propose la droite pour l'hôpital ? La liberté !

Mais si seulement c'était pour les salariés ! Pour les salariés, c'est liberté pour leur direction de décider du seuil de déclenchement des heures supplémentaires ! Et pour les patients, le forfait hospitalier à la carte ! Plus globalement, Les Républicains préconisent l'autonomie des établissements, l'effacement des différences public/privé et la concentration des soins aigus sur un plus petit nombre d'établissements.

Autonomie des établissements, comme le gouvernement Fillon l'a fait pour les universités : on sait à quel point cela n'a pas réglé leurs difficultés ! L'autonomie prônée est d'autant plus grave qu'aucune proposition n'accompagne pour une gestion plus démocratique. Bien au contraire : cette autonomie proposée se nourrit des réformes précédentes, les conseils d'administration remplacés par les conseils de surveillance, pour une gestion technocratique, sans liens avec l'expression des besoins. Autonomie, mais l'ARS garde le pouvoir d'une mise sous tutelle. Il s'agit en fait d'une plus grande liberté donnée aux directeurs, accessoirement aux médecins présidents de CME, pour s'affranchir des règles du service public, avec tout ce que cela a de protecteur (déjà si peu, si peu !) pour le personnel médical et paramédical et pour mieux faire entrer les intérêts privés dans l'hôpital public, avec sanction à la clé, si cela ne va pas dans le sens décidé par le ministère et transmis par les ARS. C'est bien aller plus loin dans la gouvernance antidémocratique adorée des ultralibéraux.

Pas de mensonge au moins sur les intentions : il convient d'intégrer les cliniques privées au service public hospitalier. La droite annonce clairement la mort du service public hospitalier, s'appuyant là encore sur le triste bilan Hollande/Valls/Bachelot : « *Les Républicains veulent cesser d'opposer de façon idéologique hôpitaux publics et cliniques privées.* ». Le soutien à l'hôpital public du gouvernement actuel n'a été que dans la communication. De fait, il a manqué

de la matière derrière cette communication. Il y a urgence à concrètement redonner au service public hospitalier les règles démocratiques, les moyens de fonctionnement qui en ont fait le rayonnement. La droite veut l'enterrer et tout est bon pour cela, même permettre à des médecins libéraux de venir travailler dans les services d'urgences... à l'opposé des espoirs des jeunes professionnels d'être salariés !

Finie toute proximité : là aussi, pas de faux espoirs. « *Les Républicains souhaitent l'obligation d'une concentration des soins aigus sur un plus petit nombre de sites* ». Les projets de recomposition incluent le secteur privé. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, en cours actuellement, serait bien évidemment le socle de poursuite des réformes, ignorant la gradation des soins, ignorant tout simplement la réalité, le malade étant transformé en un objet sur lequel on fait un geste rémunéré, geste qui dépend de l'état du malade à son entrée dans l'hôpital, geste pour lequel on a un protocole de qualité – c'est mieux vendable – mais ce n'est plus du soin ! Et tant pis pour celui qui a hésité plusieurs jours avant d'aller consulter loin de chez lui, fini le soutien familial... Ces facteurs d'aggravation ne sont pas quantifiables ! Quant au recentrage annoncé des CHU sur leurs activités de pointe, que cache-t-il ? La délégation au secteur privé de l'essentiel des soins hospitaliers des populations des agglomérations universitaires ? Ou tout du moins tous ceux qui sont « rentables » ?

La prévention présentée comme source d'économie est une prévention tronquée. Elle se résume à la prévention secondaire. Pas un mot sur la prévention primaire, le service de santé scolaire, l'éducation à la santé, la médecine du travail, des questions aussi importantes que l'impact de l'environnement sur notre santé, l'alimentation, les produits chimiques. Et quelle prévention secondaire ! Les Républicains ne proposent rien de mieux que la « *signature d'un contrat personnel de prévention, entre l'assuré, l'assurance maladie et sa complémentaire* », le rêve des complémentaires privées pour trier leurs clients en fonction de leurs comportements, les surveiller, bref, culpabiliser plutôt qu'éduquer, renvoyer chacun vers son comportement individuel plutôt que d'aller collectivement vers une société où, par exemple, on a le temps de faire du sport ! Et pour N. Sarkozy, la culpabilisation pourrait aller jusqu'à la sanction : « *La prise en charge à 100 % par l'assurance maladie pour les maladies chroniques pourrait être associée à leur respect.* » (du traitement)

Les projets de la droite pour l'industrie pharmaceutique sont caricaturaux de ce qu'il ne faut pas faire : organiser le suivi des nouveaux médicaments en coopération entre les laboratoires pharmaceutiques, l'Assurance maladie et les hôpitaux – chacun sait l'impartialité de l'industrie pharmaceutique – et conclure avec elle un accord pluriannuel de stabilité fiscale assurant sa compétitivité, moyennant quelques petites contreparties !

Une conception de la protection sociale pour baisser le coût du travail !

Il me paraît inutile de revenir dans cette revue sur cette aberration à choisir la baisse du coût du travail à celle du capital, les milliards d'euros perdus dans l'évasion fiscale, l'augmentation des profits qui ne sert même pas l'investissement et une consommation en berne.

Plus important me semble de détailler les réformes préconisées pour mieux les combattre en en démontrant les pièges.

Côté recettes, rien à attendre ! Il s'agit bien de baisser les dépenses et d'orienter vers la protection individuelle, donner de la manne aux assurances (et banques) privées ! L'ambition de la droite, c'est de diminuer la part des dépenses publiques dans le PIB pour la ramener à 50 % au terme du quinquennat, soit 100 milliards de moins de dépense publique dont plus de la moitié pour la protection sociale. Il s'agit là d'un projet mortifère, du chacun pour soi, alors que les services publics, la protection sociale sont des moteurs de la réussite de notre pays ! Pour se faire, elle propose une loi imposant le vote des budgets des différentes caisses de la sécurité sociale à l'équilibre, avec des mécanismes automatiques en cas de non-respect de l'équilibre. Illustrons concrètement : cela pourrait être par exemple la baisse des retraites en cas de baisse des recettes du fait d'une nouvelle crise et poussée de chômage sans même consultation des administrateurs des caisses, je ne parle même pas des retraités.

Alimenter la finance privée revient, une fois de plus, en particulier comme solution pour la perte d'autonomie : « *Les Républicains souhaitent que le risque « prévoyance dépendance » soit mieux accompagné par des incitations fiscales, compte tenu de l'allongement de la durée de la vie* ». Et si N. Sarkozy évoque la Sécurité sociale sur cette question, c'est pour parler de cinquième risque ... favorisant ainsi le développement

d'une offre d'assurance privée complémentaire, en lieu et place de la prise en charge des dépenses liées à la perte d'autonomie dans le cadre du fonctionnement actuel de la Sécurité sociale.

Côté famille, la droite n'ose pas, électoralement parlant, et propose même de revenir à l'universalité des allocations familiales (sauf quand il s'agit de tacler les personnes d'origine étrangère, et le soi-disant retour à l'universalité est donc un mensonge) : alors, c'est dans l'Assurance maladie et la retraite que les coupes sont prévues, le tout assaisonné d'une volonté de diminuer les frais de fonctionnement de la Sécurité sociale, A. Juppé variant un peu du socle commun sur la branche famille.

Une assurance maladie rabougrie : c'est une augmentation de l'ONDAM de 1,75 % par an qui est prévue. J'ai déjà dit les projets pour l'hôpital, réduire leur nombre, faire travailler plus les personnels et payer les malades. C'est aussi une réduction du remboursement des médicaments avec l'annonce d'un taux passant de 76 à 73 % et la volonté affichée de rediscuter des dépenses les plus utiles. C'est l'affichage de gains opérés à travers une soi-disant meilleure coordination, mais comme rien dans le programme n'est de nature à permettre cette meilleure organisation, comme la traduction concrète du mot prévention, souvent cité, n'est pas évoquée, on peut craindre des mesures autoritaires : éviter des journées d'hospitalisation inutiles à des personnes âgées dépendantes permettrait 2 milliards d'économie. Les ALD (affections de longue durée) sont citées aussi ...

Les retraites sont l'objet de tous les soins, pour qu'elles soient plus tardives et plus maigres ! N. Sarkozy et A. Juppé divergent bien un peu sur l'âge légal de départ à la retraite, le calendrier, mais de toute façon, c'est plus tard, c'est le nivellement par le bas des régimes et c'est l'instauration de mécanismes d'ajustement automatique pour sortir ce sujet du légitime débat citoyen. Il s'agit pourtant bien d'un choix de société !

Et c'est plus tard pour tout le monde. Car une mesure phare est la suppression du compte pénibilité. Certes, il s'agit là d'une usine à gaz, dont le patronat se plaint, alors que c'est sa volonté même de reconnaître le moins possible la pénibilité qui a conduit à cette complexité. Alors, la droite nous fait des grands discours sur la prévention, mais concrètement la pro-

position de N. Sarkozy, dans son chapitre sur la compétitivité, c'est : « *c'est à la médecine de faire l'expertise des conséquences particulières de la pénibilité sur chaque salarié* », bref, une retraite anticipée seulement quand on est sûr que l'on ne peut plus rien tirer du salarié abîmé par ses années de pénibilité !

Des grands discours sur les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, mais où est le concret ? J'ai déjà évoqué les incitations fiscales pour le *risque prévoyance dépendance*. Mais quid de la moitié de la population qui ne paie pas d'impôt sur le revenu ? Il s'agit clairement là d'incitations à l'assurance privée. Pour le reste, beaucoup de paroles généreuses, quand il ne s'agit pas de culpabilisation : « *les acteurs compétents – en matière de scolarisation, de logement, de santé ou d'emploi – n'adaptent pas leurs pratiques* », sauf que l'école par exemple manque terriblement de moyens pour accueillir les enfants handicapés. Alors, Les Républicains veulent faire entrer le médico-social à l'école. Avec quels financements ?

En guise de conclusion

Après la critique en règle, j'aurais pu conclure sur des propositions alternatives mais d'autres articles de cette revue les présentent. Alors je vais plutôt vous faire part de l'impression globale qui ressort de la lecture du programme des Républicains, des livres de N. Sarkozy et A. Juppé : la peur de la solidarité.

Je vous ai gardé deux perles pour la conclusion. Tout d'abord, la volonté de faire payer les bénéficiaires de la CMU complémentaire (selon le programme, de la CMU elle-même selon N. Sarkozy) quelques dizaines d'euros par an. Ensuite une traque de la fraude à sens unique : pour A. Juppé, en matière d'URSAFF, « *un droit à l'erreur sera instauré. Les droits de l'employeur lors des contrôles seront par ailleurs renforcés* » à mettre en parallèle avec une déclaration du programme : « *Les Républicains mettront en œuvre une mesure forte. Les fraudeurs sociaux sanctionnés par la justice se verront appliquer un délai de carence de plusieurs années avant de bénéficier à nouveau de la générosité nationale.* »

Cette peur de la solidarité, c'est aussi, en s'éloignant légèrement de l'objet de cet article, toute la réforme envisagée des indemnités chômage et du RSA : toujours moins pour inciter à la reprise d'emploi, comme si le chômage était dû aux chômeurs, avec la volonté de transformer le RSA en une allocation unique d'activité fusionnant le RSA, la prime d'activité, l'ASS, les allocations logement, la prime de Noël et l'allocation

de rentrée scolaire, et à terme les aides locales (quelle conception de l'indépendance des collectivités locales !). Cette allocation unique serait financée par l'Etat et gérée par les CAF, avec à la clé une économie annoncée de 2,8 milliards. Les CAF gèrent déjà le RSA pour les conseils généraux, mais demandons-nous quel rôle on veut leur faire jouer à l'avenir. Là elles devraient aussi s'occuper de la formation des bénéficiaires de l'allocation unique, histoire de compliquer le cadre de celle-ci, déjà partagée entre les conseils régionaux et Pôle Emploi ! Avec au bout, travail obligatoire : « *au-delà d'une certaine durée de perception de l'allocation, tous les bénéficiaires seront redevables à la collectivité d'heures d'activité dédommagées.* » ! Il y aurait du travail pour eux ? C'est donc qu'il y a de vrais emplois à créer !

Ainsi, les solutions de la droite, c'est bien un monde à l'envers, au service exclusif du patronat et la peur de la solidarité, la peur de l'humain tout simplement ! C'est aussi une santé à l'envers, réserver l'hôpital aux soins les plus techniques, avant de mettre en place une vraie médecine ambulatoire publique, alors que l'hôpital n'a fait que répondre, au cours des années, aux besoins (et aux manques) en ce domaine.

Bibliographie

- Le projet des Républicains pour 2017
- https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/republicains/pages/555/attachments/original/1468258956/Projet_LR_2017_complet.pdf?1468258956
- Nicolas Sarkozy – Tout pour la France
- Alain Juppé – Cinq ans pour l'emploi

Un nouveau cadre réglementaire est nécessaire pour l'avenir des centres de santé

Par le D^r Alain Brémaud,
syndicaliste à l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé,

Facilitateurs de l'accès aux soins et de l'accessibilité sociale pour tous, acteurs de santé publique et de promotion de la santé pour les populations des territoires les environnant, ils répondent aux souhaits d'organisation de la santé, ainsi qu'aux besoins, pour l'ensemble des acteurs concernés par ces problématiques dans notre pays : populations - usagers, professionnels soignants et pouvoirs publics.

Malgré leurs potentiels, leur attrait, leur efficacité, nombre d'entre eux sont en difficulté pour maintenir ou développer leur activité, continuer d'exister et poursuivre leurs missions auprès des populations. Deux grandes raisons à cela : les coûts des missions des centres toujours incomplètement et imparfaitement pris en compte ; le cadre réglementaire actuel qui régit les centres absolument pas en adéquation avec les besoins et les réalités. Ces deux motifs pourraient être solutionnés par la mise en place au niveau national d'un nouveau cadre réglementaire et économique des centres : ce pourrait être dans un premier temps le statut de Société coopérative d'Intérêt collectif pour les structures le souhaitant, étape vers le statut national, à créer d'Établissement Public de Santé Ambulatoire que nous appelons de nos vœux.

A. Les centres de santé, acteurs reconnus dans les domaines du soin, de la santé publique, de l'accessibilité sociale, de l'organisation et la coordination, de la formation

1. Pour les usagers de santé et la population générale

Ils contribuent à réduire les inégalités sociales de santé, ainsi que les inégalités territoriales de réponses aux besoins. Ils permettent l'accès aux soins par les mesures pratiquées en termes d'accessibilité sociale : tarifs conventionnels, tiers-payant pour tous, prise en charge des bénéficiaires de la CMU, l'AME, etc. Les usagers sont au centre de leurs préoccupations, les sécurisant, les accompagnant pour leur parcours de soins, leur proposant sur le plan sanitaire une unité de lieu, une équipe pluridisciplinaire, un plateau technique, une coordination des soins et un travail

d'équipe, des prestations non polluées en qualité par le paiement à l'acte.

2. Pour les pouvoirs publics

Ils répondent aux critères de modernité qui prévalent désormais en termes de coordination des soins, de pluridisciplinarité, de dossier médical commun, de formation médicale initiale et continue, d'organisation d'actions de santé publique dans et hors les murs, de prise en charge des maladies chroniques, de paiement à la fonction des soignants et de qualité des soins. Le salariat des soignants, rémunérés à la fonction et non à l'acte, permet d'éviter toute dérive productiviste, de garantir le juste soin au juste coût.

3. Pour les professionnels soignants

Ceux-ci apprécient l'exercice regroupé, le travail d'équipe, les conditions de travail. Ils bénéficient du salariat. Ils peuvent optimiser leur temps d'activité privilégiant le temps médical grâce aux coopérations avec les équipes administratives et sociales. Celles-ci, avec le praticien et les équipes paramédicales, permettent une prise en charge globale des patients et une organisation sanitaire rationnelle.

B. Difficultés des centres de santé et de leurs promoteurs

1. Difficultés financières

Malgré le nouvel Accord National régissant les centres de santé et les améliorations qu'il apporte par rapport au précédent, nombre des problèmes budgétaires que rencontrent les centres ne sont pas réglés et trop de missions ou d'éléments ne sont pas pris en compte :

- pratique du tiers-payant Sécurité sociale et complémentaire qui continuera à représenter un coup malgré la généralisation et la simplification à venir du seul tiers-payant assurances maladies,
- contraintes économique d'un établissement de soins,
- coût des équipes administratives participant à l'accueil, l'accompagnement et la gestion du tiers-payant,

- coût du risque d'impayés,
 - surcoût de la prise en charge de populations en difficulté (sociale, culturelle, linguistique),
 - financements des actions de santé publique insuffisamment inscrits dans la durée.

2. Pourtant les centres répondent aux besoins de santé

Nous l'avons évoqué dans un précédent chapitre. Mais, de surcroît, malgré les menaces financières et les difficultés non réglées qui amènent certains gestionnaires à reconsidérer l'existence ou l'importance de leurs centres, de nombreux centres se multiplient en particulier en province, dans des cités de petite, moyenne ou grande taille. Afin de faire face aux déserts médicaux qui se multiplient, de prendre en compte les souhaits des nouvelles générations de médecins (exercice regroupé, salariat, travail d'équipe) de nouveaux promoteurs sont à l'initiative de la création de ces nouvelles structures : municipalités de toutes couleurs, médecins de Cds, hôpitaux de proximité. Des besoins émergent sur l'ensemble du territoire.

3. Difficultés réglementaires

Même si toutes les revendications budgétaires étaient satisfaites, les centres représenteraient un coût structurel pour les promoteurs qui les gèreraient. Il faut donc un cadre qui permette l'association de plusieurs promoteurs sur un territoire donné pour partager les coûts restants et les responsabilités. Il faut faire cesser cette situation où des promoteurs ouvrent ou ferment des Cds selon leurs envies, leurs choix politiques ou leurs alliances. Peut-être serait-il bon de substituer à ces critères l'intérêt général des populations d'un territoire et de s'attacher à la démocratie sanitaire ?

C. Qu'attendre d'un nouveau cadre réglementaire ?

Qui peut ou doit créer un centre ? Quand ? Où ? Avec qui ? Sur quel territoire ? Il faut :

1. *définir qui* peut ou qui doit promouvoir un centre de santé dans un territoire donné pour répondre aux besoins de santé des populations de ce territoire,

2. *prévoir une carte sanitaire* et envisager des conditions et une procédure d'agrément, pour créer un centre, qui ouvrent droit à des financements (critères territoriaux sanitaires et sociaux, critères d'objectifs et projets, critères d'évaluation...)

3. *créer un nouveau modèle économique et organisationnel* mettant en adéquation statut, missions et financements des centres.

Celui-ci devra :

- encourager plusieurs promoteurs concernés par un territoire à être copilotes et à cogérer la création et le fonctionnement d'un centre (ce pourrait être des municipalités, mutuelles, associations, hôpitaux de proximité, ainsi que le département, la région, l'ARS, ...). Il s'agit de partager le pouvoir pour partager les coûts.
- définir les conditions de création des futurs centres selon les besoins, faisant cesser la situation actuelle qui fait dépendre l'existence des centres de choix aléatoires et temporaires sans empêcher les fermetures intempestives. On ne peut faire reposer un système sanitaire sur la seule bonne volonté éventuelle.
- créer un statut pour les professionnels exerçant dans les centres sur l'ensemble du territoire national s'appuyant sur le salariat à la fonction et mettant fin à la situation hétéroclite actuelle.
- mettre en place une nouvelle gouvernance pour les centres de santé prenant en compte la démocratie sanitaire. La gouvernance d'un centre devra comprendre les différents promoteurs et financeurs mais aussi la direction médicale associée à la direction administrative, les représentants des personnels soignants et non soignants et, bien sûr, les représentants des usagers.
- prévoir pour les centres actuels des mesures transitoires et des choix alternatifs possibles.

D. Et maintenant, quelles pistes concrètes ? Quels cadres juridiques possibles ?

Toute cette réflexion pourrait paraître du domaine de l'utopie. C'était d'ailleurs le cas il y a plus de quinze ans. Mais depuis les esprits, les besoins, les réglementations ont évolué et de plus en plus nombreux sont ceux qui pensent que cette évolution est nécessaire et possible. Reste à trouver les modalités juridiques réalisables. Nous nous y sommes attelés depuis plusieurs années à l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé, prenant des avis auprès de personnes compétentes. Lors du 55^e congrès des Centres de Santé nous avons sollicité sur cette question la présidente de la commission sanitaire et sociale à l'Assemblée nationale, le président du conseil de l'Ordre des médecins et le directeur de la DGOS. A ce dernier, nous avons demandé qu'un travail dans ce sens soit initié dans le groupe de réflexion permanente des centres de santé associant DGOS, promoteurs et syndicats de soignants des centres de santé. Il avait acté notre proposition.

Cela d'autant que des expériences se font jour qui vont dans ce sens. Ainsi la transformation de centres de santé (ou la création) en centres coopératifs sous forme de Société Coopérative d'Intérêt Collectif. Cette piste juridique est intéressante car elle constitue une avancée importante correspondant à notre démarche. Toutefois elle ne satisfait pas l'ensemble des items évoqués plus haut mais permet un progrès dans un cadre juridique relativement simple à mettre en place. Cela peut représenter une étape vers le statut d'établissement public de santé ambulatoire plus difficile à négocier mais qui serait un statut national avec toutes les conséquences sur l'organisation sanitaire, la carte sanitaire, la gouvernance, le statut des professionnels... Dans tous les cas cette démarche est porteuse d'espoirs qui ne doivent pas nous faire oublier les risques, les difficultés, les contraintes que nous aurons à surmonter dans la diversité de l'imbroglio juridique. Il nous faudra tenir compte des (bonnes ou mauvaises) volontés gouvernementales, des réticences libérales et des appréhensions mitigées des élus de toutes catégories.

Comment alimenter la réflexion « santé » des candidats à la Présidentielle en 2017 : La lutte contre les épidémies en Afrique

Par M. Foussénoù Sissoko

Expert en Communication Stratégique, CSP, Yaoundé, Cameroun.

La lutte contre les épidémies en Afrique doit être présente dans les projets de Santé des différents candidats aux élections de mai 2017 au même titre que les questions d'aide au développement. 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 selon un sondage sur l'avenir de santé réalisé par Ipsos pour le think-thank LIR. En Afrique, nombreux sont ceux qui estiment que la lutte contre les épidémies et le renforcement des systèmes de santé doivent être les thèmes prioritaires dans le débat de l'élection présidentielle et être des parties intégrantes des questions liées au partenariat avec l'ensemble des pays en développement. Soutenir la lutte contre les épidémies en Afrique, disent-ils, « est une exigence morale et une logique économique ».

Le développement de nombreux pays africains reste particulièrement entravé par le fléau des maladies qui mine la capacité de développement des populations, grève les finances publiques, fait peser de lourdes dépenses sur les ménages et basculer des milliers de femmes, d'hommes et de familles dans la pauvreté, freinant aussi l'implantation d'investisseurs étrangers.

En juin 2016, la France a décidé de maintenir sa contribution au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme à hauteur de 1,08 milliard d'euros pour la période 2017-2019, soit 360 millions d'euros par an. Une contribution insuffisante selon les spécialistes. La France peut faire mieux. Elle reste tout de même le deuxième donateur du Fonds mondial¹⁹ et aussi le premier soutien financier de la centrale d'achats de médicaments

Unitaid²⁰, grâce aux financements innovants pour le développement. La France est aussi le 4^e contributeur de l'Alliance Mondiale pour la Vaccination (GAVI)²¹.

Réagissant à cette contribution au Fonds mondial, les associations de lutte contre le sida, Aides, Act-up Paris et Coalition PLUS ont regretté que la France se contente de maintenir sa contribution, « alors que l'ONU a prévenu qu'avec une stagnation des financements internationaux l'épidémie de VIH repartirait à la hausse ». « Cela brise une dynamique de mobilisation financière de tous les pays riches et risque de signer la reprise de l'épidémie mondiale du sida, provoquant la mort de milliers de malades », déplorent-elles, alors que « ce sont déjà 100 000 personnes qui en meurent et 160 000 autres qui en sont infectées, chaque mois ».

Les projets Santé des différents candidats à la présidentielle seront jugés par leurs sympathisants africains à partir de leurs promesses de contribution au Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose et à GAVI pour le soutien aux programmes de vaccination, à UNITAID.

La candidature de Philippe Douste-Blazy au poste de Directeur général de l'OMS en mai 2017 telle que la pensent les africains, sera l'un des sujets du débat

¹⁹ Fondé en 2002, le Fonds mondial — vision de l'ancien Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan — est une fondation privée placée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui s'est fixée comme mission de concentrer les efforts du monde à l'éradication des épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme.

²⁰ UNITAID est une organisation internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement. UNITAID est financé par une taxe de solidarité sur les billets d'avion, adoptée par certains pays. UNITAID a été créée en septembre 2006, lors de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies. L'opération est destinée à lutter principalement contre les pandémies (sida, paludisme, tuberculose) à l'origine de 6 millions de morts par an dans le monde.

²¹ GAVI est une coalition mondiale de partenaires composée de plusieurs organismes dont des gouvernements nationaux, des organisations internationales comme l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale, des fondations philanthropiques comme la Fondation Bill et Melinda Gates pour les vaccins de l'enfant, la Fondation Rockefeller et des entreprises privées comme la Fédération internationale de l'industrie du Médicament (FIM) et des institutions de recherche et de développement. C'est en janvier 2000 à Davos, en Suisse que l'Alliance a été officiellement lancée.

électoral que les candidats aborderont en complément à leur projet de Santé et de sécurité sociale. Douste-Blazy est un ancien ministre de droite dont la candidature est présentée et soutenue par un Président de « gauche ». C'est, dit-on dans les milieux officiels français, la candidature d'un pays et non d'une personne. L'UNTAID que dirige Douste-Blazy, est financé par une taxe de solidarité sur les billets d'avion, adoptée par certains pays. Cet impôt a été proposé au départ par les présidents français Jacques Chirac et brésilien Luiz Inacio Lula da Silva. La poursuite et le renforcement du soutien français à UNTAID, l'augmentation de la contribution au Fonds mondial et à GAVI sont des thématiques sur lesquelles, les candidats aux élections de mai 2017 peuvent s'engager comme des thématiques intégrantes de leur projet Santé. En tout, cas, en Afrique, leur degré d'engagement, tout comme le niveau et le qualité des promesses de contribution sur les deux thématiques phares seront appréciés et suffisamment commentés, à la fois par les simples citoyens, les hommes d'Etat et les gestionnaires des programmes de Santé.

RÉFÉRENCES :

1. www.latribune.fr › *Opinions* › *Tribunes* Jan 16, 2015 - Soutenir la *santé en Afrique* est une exigence morale
2. 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, selon un sondage sur l'avenir du système de santé réalisé par Ipsos pour le think-tank LIR présentée lors du Forum France Santé 2017.
3. Philippe Douste-Blazy brigue la direction de l'OMS, LE MONDE, 09.05.2016.

Le médicament a besoin de transparence et de démocratie, Il a besoin d'une autre politique, d'un Pôle public du médicament !

Par Fabien Cohen,
Membre de la Commission santé / protection sociale du Pcf

Coup sur coup, deux alertes lancés en 2016, par l'Appel de 110 oncologues, et celui de Médecins du Monde, ont mis en évidence le scandale que représente la fixation du prix du médicament. Dans les deux cas, il s'agissait de pointer l'évolution dramatique de cette course aux profits des multinationales du médicament.

Ainsi la mise sur le marché du Sofosbuvir, le premier des antiviraux à action directe efficace contre l'hépatite virale C, est un révélateur des dysfonctionnements en matière de production et de fixation du prix des médicaments. Le traitement de 12 semaines est en effet vendu 41 000 € par patient alors qu'il ne coûterait que 100 euros à produire, selon une étude du chercheur Andrew Hill. Ce prix insupportable du laboratoire américain Gilead qui le produit est du en grande partie à un brevet qui offre à Gilead une situation de quasi-monopole sur le marché de l'hépatite C jusqu'en 2029, lui permettant ainsi de fixer le prix du médicament presque comme bon lui semble.

Autre cas, celui du Daklinza (daclatasvir) commercialisé par Bristol Myers Squibb (BMS) et sous brevet jusqu'en 2027. Le Daklinza revient à 25 500 euros⁽²²⁾ pour un traitement de 12 semaines, il est prescrit en association avec le Sofosbuvir.

Les traitements contre le cancer sont aussi devenus un marché particulièrement juteux pour les firmes pharmaceutiques. Le Glivec, un traitement contre la leucémie, est aujourd'hui vendu 40 000 euros, par an et par patient, pour un coût de production estimé à seulement 200 euros. Le mélanome, le plus dangereux de tous les cancers de la peau, voit le prix de son traitement par le Keytruda[®] s'élever à 100 000 euros par an et par patient. Selon une estimation de Fierce Pharma, le Keytruda pourrait générer 4,5 milliards de dollars de chiffre d'affaires pour le laboratoire Merck qui le commercialise.

Le Crestor[®], traitement anti-cholestérol est le deuxième médicament qui coûte le plus cher à la Sécurité

sociale, avec une facture totale de 322 millions d'euros. Près de 6,4 millions de patients suivent un traitement anti-cholestérol (statines) en France. Pour les laboratoires pharmaceutiques, le cholestérol représente donc un "investissement" très rentable, et sans risque car la plupart des malades prendront le traitement toute leur vie.

Les maux de tête et les douleurs font partie de la routine. Les médicaments agissant contre ces troubles sont vendus à des prix peu élevés, mais en très grande quantité. C'est le cas du Doliprane[®], qui arrive en troisième position dans la liste des médicaments coûtant le plus cher à la Sécurité sociale. Là encore, il s'agit de revisiter le prix des médicaments lorsque nous sommes dans des « marchés de rente ».

Lorsque les autorités fixent le prix d'un médicament, force est de constater que généralement ils acceptent de s'aligner sur les exigences des firmes pharmaceutiques. Quant à ces derniers, ils déterminent le prix en fonction de la capacité des États à payer pour avoir accès au traitement. Plus un État est riche, plus le prix sera élevé. Cela permet de comprendre pourquoi l'Imatinib (Glivec[®]), traitant de façon très efficace la leucémie myéloïde chronique a vu son prix passer aux États-Unis en quinze ans de 30 000 à 90 000 dollars par an, sans que le service médical rendu ait été amélioré. Ou encore comment on est arrivé qu'au Royaume-Uni des traitements pourtant efficaces sont aujourd'hui déremboursés à cause des dépenses qu'ils engendrent.

Selon une étude de l'Institut national du cancer, les dépenses hospitalières et médicamenteuses pour la prise en charge du cancer en France se sont élevées à 7,25 milliards d'euros en 2012. Le coût total des molécules anticancéreuses représente 30 % de ces dépenses. Les nouveaux traitements anticancéreux constituent à la fois une belle promesse d'amélioration de la survie et de la qualité de vie ; mais une promesse qui risque de n'être réservée qu'à quelques-uns en raison des prix exorbitants de ces nouveaux traitements... Quand on

²² <http://jeanyvesnau.com/2015/05/26/le-daklinza-a-un-prix-303-euros-par-jour-associer-au-sovaldi-environ-500-euros/>

sait qu'il y a près de 400 000 nouveaux malades du cancer tous les ans en France, la Sécurité sociale risque fort de se retrouver asphyxiée...

Pas étonnant, que le marché mondial du médicament soit passé de 200 milliards de dollars en 1990, à environ 639 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2013. Ces dernières années, l'industrie pharmaceutique est devenue l'un des secteurs qui réalise les bénéfices les plus importants. Il devance notamment le très lucratif secteur du pétrole ou celui du luxe. Les marges de bénéfice de l'industrie pharmaceutique oscillent entre 10 % et 43 %, c'est-à-dire que 10 % à près de la moitié du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques sont des bénéfices. En 2013, les dix plus grosses entreprises pharmaceutiques du monde ont ainsi dégagé un bénéfice de plus de 100 milliards de dollars.... Alors que dans le même temps elles avaient investi moins de 66 milliards de dollars en R&D. Combien de temps les systèmes de santé solidaire pourront-ils supporter cet effet ciseau? Jusqu'à quel niveau d'inflation des prix? Sans compter que derrière les contraintes économiques pointent très vite les questions éthiques: qui soigner lorsque les budgets deviennent limités?

Les produits de santé ne sont pas des biens de consommation courante, comme le téléphone portable ou les vêtements. Il s'agit de produits qui agissent directement sur l'état de santé des populations, c'est-à-dire qui sont en lien avec la vie et la mort. Or leur solvabilité est assurée, dans les pays du Nord, par les cotisations sociales et/ou l'impôt – selon le modèle de financement de chacun des systèmes de protection sociale et d'assurance-maladie. C'est le seul marché dont la solvabilité repose sur les ressources issues de l'impôt et de la cotisation sociale. Une situation d'autant plus scandaleuse que l'investissement consacré à la recherche et au développement (R&D) de ces médicaments diminue et que le plus souvent leur origine est fournie par la recherche publique. Par ailleurs ces nouveaux traitements bénéficient d'autorisations de mise sur le marché (AMM) très rapides, donc leur temps de développement est beaucoup plus court qu'auparavant. Autant de raison pour affirmer que la charge de la R&D ne suffit pas à justifier les prix très élevés de ces nouveaux traitements. D'ailleurs, les comptes de l'industrie pharmaceutique eux-mêmes confirment cette faible charge, où en moyenne 15 % du chiffre d'affaires de la branche est allouée à la R&D contre plus de 25 % pour les dépenses de marketing, alors que les marges bénéficiaires annoncées excèdent les

15 %. En fait, l'industrie pharmaceutique profitant du quasi-monopole qui est le sien grâce aux brevets, a changé de paradigme et décidé de fixer son prix non au regard des coûts mais du prix de la vie sauvée! Si on les suit dans cette logique, quel aurait été le prix des anti-tuberculeux apparus au milieu du XX^e siècle, s'il avait fallu les payer en fonction des années de sanatorium et des morts évitées.

Cette situation ne peut plus durer

La France ne peut plus laisser les laboratoires pratiquer de telles marges. L'industrie pharmaceutique est dans une mondialisation de ce secteur très avancée, où regroupements, restructurations, concentrations, licenciements boursiers voulus par les libéraux se multiplient depuis 20 ans. Une industrie pharmaceutique parmi les plus profitables au monde, qui s'appuie sur un marché en expansion constante, est confrontée aux limites de cette logique, car les besoins des populations rentrent en contradiction fondamentale avec la logique de marché tant sur le plan éthique, de santé publique, scientifique qu'économique. Pour le PCF, cette question du médicament renvoi plus largement à celle de sa recherche, sa production, sa distribution aujourd'hui entre les mains du privé.

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

Les critères de fixation des prix des médicaments sont régulièrement pointés du doigt, entre autres par la Cour des comptes, pour leur opacité. De fait, le Comité économique des produits de santé (CEPS) dispose d'un pouvoir énorme, mais en même temps très limité. Car en face de lui, il se heurte à des laboratoires pharmaceutiques, qui ont eux aussi leurs propres grilles de calculs. Le Pôle Public du médicament c'est de revoir le rapport de l'Etat et de la Sécurité sociale aux laboratoires, mettre les fabricants face à leurs responsabilités, en exigeant qu'ils vendent à leur juste prix, d'être « moins riches » pour que chacun puisse se guérir.

Mais il ne saurait être que français, il faut qu'il soit aussi un Pôle Public Européen.

En juin 2014, 15 pays, avec le soutien de la Commission européenne, se sont adressés à l'industrie pharmaceutique en réaction au Sovaldi. Dans

une déclaration commune, les signataires (la France, l'Allemagne, la Belgique, la Pologne, la Lituanie, les Pays-Bas, le Portugal, Chypre, la Croatie, l'Irlande, la Slovénie, la Slovaquie, le Luxembourg, l'Italie et la Roumanie) affirmaient que ces traitements « sont extrêmement élevés et insoutenables pour les budgets de santé ». Ils demandaient aux laboratoires un « compromis adéquat » entre leurs gains et l'accès aux soins. Un aveu de leur allégeance aux multinationales pharmaceutiques, dont « *l'industrie fait mieux que le luxe et le pétrole* », comme l'exprime bien, Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris, pour qui « *Le discours de l'industrie pharmaceutique, qui justifie ses marges bénéficiaires par le réinvestissement dans la recherche, ne tient pas. Moins de 15 % du chiffre d'affaires des laboratoires sont réinvestis dans la recherche et le développement ! Pour le marketing et la publicité, ce taux est de l'ordre de 20-25 %. Jamais, depuis vingt ans, l'industrie pharmaceutique n'a eu des bénéfices inférieurs à deux chiffres* ». Le cas du Lucentis (Novartis) a mis en évidence la concertation entre multinationales pour se protéger mutuellement. Prescrit aux patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le Lucentis est le premier poste de dépense de la Sécurité sociale : 428 millions d'euros par an (en progression de 40 % en deux ans), pour 300 000 personnes affectées. Pendant longtemps, seul autorisé dans le traitement de la pathologie, avec un coût de 800 euros par injection, s'est vu substitué dans les Hôpitaux par l'Avastin, du laboratoire Roche, suisse également, mais bien moins coûteux, puisqu'il coûte 30 euros l'injection – soit presque 30 fois moins que le Lucentis !

L'Assurance maladie l'a donc suggéré au laboratoire Roche. Mais, surprise : Roche a refusé. Une enquête menée par les autorités italiennes a permis de comprendre pourquoi. Un accord secret entre Novartis et Roche a permis de comprendre pourquoi le Laboratoire Roche a refusé la proposition de l'Assurance Maladie de demander une extension d'AMM pour le traitement de la DMLA. Ce même laboratoire qui a même été jusqu'à demander à l'Agence européenne du médicament de modifier la notice de l'Avastin pour y ajouter des effets secondaires dans le cas d'une utilisation hors cadre, dénigrant ainsi son propre médicament pour un traitement hors cancer ! Il se trouve que les deux laboratoires ont des liens capitalistiques directs. Novartis détient 33 % du capital de Roche. De plus, Roche perçoit des royalties sur la vente du Lucentis par Novartis. Le laboratoire n'a donc aucun intérêt à promouvoir son Avastin. Les

deux laboratoires ont été condamnés à une amende d'1,2 milliard de d'euros par l'Italie, pays où l'Avastin est le plus prescrit dans le cadre d'une DMLA. En France, l'Autorité de la concurrence a ouvert en mars 2015 une enquête préliminaire, mais pour forcer la main du laboratoire Roche, le gouvernement français a fait voter un amendement pour autoriser la prescription de l'Avastin dans le traitement de la DMLA, une économie de 200 millions d'euros par an, selon le député socialiste Gérard Bapt, auteur du rapport.

Mais ne nous faisons pas d'illusion, comme le dit encore récemment le Dr Irène Frachon, pneumologue au CHU de Brest, « les méthodes Servier » n'ont pas changé⁽²³⁾. Liens cachés avec les gendarmes du médicament, conflits d'intérêts, arrangements secrets, il n'y a pas de jours où il n'y a pas de révélations sur les dérives du système sanitaire français, qui coûtent des centaines de millions à la Sécurité sociale. C'est le cas notamment, du laboratoire danois Lundbeck qui pour faire face à l'échéance du brevet de son antidépresseur vedette, le Seropram, a lancé un nouveau produit, simple dérivé du premier : le Seroplex. Lundbeck va carrément payer ces laboratoires concurrents pour qu'ils renoncent à commercialiser leur produit. La transaction est secrète. Il faudra attendre 2010 pour que la Commission européenne réagisse et engage une procédure antitrust. En 2013, plus de 10 ans après les faits, une amende de 93,8 millions d'euros est infligée au laboratoire. Mais Lundbeck fait appel. La procédure est toujours en cours. Et quelle que soit la décision finale, fortune aura été faite. La bataille centrale s'est jouée devant la commission de la transparence. C'est cette commission qui va décider du taux de remboursement par la Sécurité sociale. Surtout, son avis conditionne le prix de vente du médicament en France mais aussi en Europe. Bien qu'en mai 2004, la revue *Prescrire*, écrivait qu'après une analyse précise que « *le médicament n'apporte rien de nouveau* », en octobre 2004, la commission de la transparence accordait un taux de remboursement de 65 % par la Sécurité sociale. Reste à en fixer le prix précis, ce qui est du registre du CEPS (Comité économique des produits de santé). Et là, l'opacité est à peine moins grande. En additionnant les chiffres officiels de la Sécurité sociale (disponibles jusqu'en 2013), on s'aperçoit que le chiffre d'affaires du Seroplex a atteint plus d'un milliard d'euros. Et que la Sécurité sociale a déboursé environ 700 mil-

23 En référence à deux cardiologues travaillant sur des valvulopathies sous Mediator* (benfluorex, Servier), lors d'un procès en diffamation au tribunal de grande instance (TGI) de Paris, mars 2015.

lions d'euros pour le rembourser. L'alerte a été donnée pourtant par le sénateur François Autain (FdG) qui en 2011, au Sénat, évoque le Seroplex comme un médicament « inutile » et coûtant bien trop cher à la Sécurité sociale. À l'époque, le groupe communiste défend par amendement l'idée que la Sécurité sociale puisse disposer d'un droit de veto sur certains médicaments qu'elle jugerait inefficaces. Le gouvernement s'y oppose.

Cette affaire est loin d'être exceptionnelle. Ainsi, au cours de l'enquête sur l'affaire du Mediator, une soixantaine de notes confidentielles, écrites de la main de Jacques Servier, nous dévoilent les coulisses du lobbying pharmaceutique. Le patron du laboratoire suit à la loupe les débats de l'administration et l'on découvre un univers d'intrigues, de rivalités, d'influences et de règlements de comptes. Ces notes confidentielles, que Mediapart a pu se procurer, constituent un matériau exceptionnel. Il révèle de l'intérieur les manœuvres du laboratoire pour défendre les prix et le statut de ses produits auprès des ministres et de l'administration. Du scandale Mediator aux réunions secrètes des gendarmes du médicament, en passant par les activités de conseil de Jérôme Cahuzac ou d'Aquilino Morelle (on y reviendra plus loin), l'influence des laboratoires est omniprésente dans le monde des experts du médicament.

La question de l'indépendance des experts est la clé de la confiance des citoyens dans leur système de santé. Confiance mise à mal par la révélation des multiples conflits d'intérêts qui affectent le contrôle des médicaments. Le monde de l'expertise apparaît aujourd'hui marqué par l'emprise des laboratoires et le mélange de genre entre activités privées et missions de service public. Et cela, dans un contexte de recul général du pouvoir de l'État, alors que la puissance de l'industrie pharmaceutique ne cesse de croître : elle a franchi, en 2014, le seuil de 1 000 milliards de dollars (924 milliards d'euros) de chiffre d'affaires mondial.

Marisol Touraine, ministre de la santé, a entrepris d'améliorer la transparence des relations entre experts et industrie. Prolongeant la loi sur le médicament de Xavier Bertrand en 2011 (une première très insuffisante), le nouveau projet de loi santé voté par l'Assemblée nationale impose pour la première fois aux professionnels de santé de déclarer les montants de leurs conventions avec les industriels (ils devront figurer dans la base de données Transparence-santé). Une nouvelle avancée, mais

qui ne peut à elle seule suffire à faire reculer l'influence omniprésente de l'industrie pharmaceutique.

Pas moins de neuf professeurs hospitaliers sont mis en examen pour avoir conseillé le groupe Servier, fabricant du Mediator, alors qu'ils exerçaient ou avaient exercé des fonctions de contrôle du médicament. Plusieurs enquêtes de Mediapart ont révélé qu'à peine sorti du cabinet de Claude Évin, ministre de la santé de 1988 à 1991, Jérôme Cahuzac offrait ses services de consultant aux laboratoires. Que le conseiller politique de François Hollande, Aquilino Morelle, avait travaillé pour une firme américaine et pour le laboratoire danois Lundbeck, alors qu'il était membre de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales). Ou encore que François Lhoste, membre du comité qui fixe les prix des médicaments depuis 1993, avait en parallèle conseillé personnellement Jacques Servier, fondateur du groupe qui porte son nom. Comme l'a révélé Mediapart, Gilles Bouvenot, avec Bernard Avouac qui a présidé la même commission avant lui, ainsi que des membres de la Commission d'autorisation de mise sur le marché, a pendant des années organisé des réunions secrètes pour donner des conseils rémunérés à des laboratoires.

Ces abus sont le fait d'une minorité d'acteurs peu scrupuleux, mais ils traduisent aussi le déséquilibre structurel entre l'industrie et les pouvoirs publics. Le lobbying pharmaceutique s'exerce dans tous les secteurs de la santé où il existe un marché important, des traitements contre l'Alzheimer à la prévention de l'ostéoporose, ou aux vaccins destinés à éviter les cancers du col de l'utérus. « *On n'a pas toujours observé une telle omniprésence et une telle toute-puissance de l'industrie pharmaceutique*, dit Bruno Toussaint, directeur de la revue *Prescrire*. *Ce n'était pas le cas lorsque l'on a découvert la pénicilline, l'insuline ou les sulfamides, qui ont pourtant été des progrès majeurs. Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique est partout parce que la société lui a laissé prendre cette place. Ce n'est pas une fatalité.* »

Si le phénomène est mondial, la situation française comporte des spécificités.

Un système de contrôle cloisonné, bureaucratique, peu réactif

Trois instances principales contrôlent l'utilisation des médicaments en France : la Commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM), qui donne son feu vert à la commercialisation d'un produit (lorsque celle-ci n'a pas été décidée au niveau de

l'EMA, l'Agence européenne des médicaments); la Commission de pharmacovigilance, qui surveille les risques d'un produit commercialisé; et la Commission de transparence, qui évalue le service rendu par un produit (SMR) et le progrès qu'il apporte (ASMR, ou amélioration du service médical rendu); les avis de la Commission de transparence jouent un rôle crucial dans la fixation du prix des médicaments.

Comme les grandes réformes commencent par le langage, les deux premières commissions ont été rebaptisées dans le cadre de la refonte de l'agence du médicament, devenue l'ANSM: la Commission d'AMM s'appelle désormais la « Commission d'évaluation initiale du rapport bénéfice risque des produits de santé », et celle de pharmacovigilance est devenue la « Commission de suivi du rapport bénéfice risque des produits de santé ». Le progrès saute aux yeux... Les trois instances sont censées agir en synergie pour garantir que seuls les bons produits soient commercialisés et que ceux qui ont des effets indésirables graves soient rapidement retirés du marché. En réalité, elles peuvent très bien s'ignorer mutuellement. Elles ne dépendent même pas toutes les trois d'une administration unique. Alors que les deux premières commissions sont intégrées à l'ANSM, la troisième siège depuis 2005 au sein de la HAS, la Haute Autorité de santé.

«L'autorisation de mise sur le marché n'est pas liée au progrès apporté par le médicament, souligne Bruno Toussaint, directeur de la revue Prescrire. Cela relève d'une logique européenne et internationale, qui répond au vœu des firmes. Ces dernières ne souhaitent pas que la commercialisation soit conditionnée à une amélioration thérapeutique. Cela leur permet de mettre sur le marché des médicaments qui n'apportent rien, ou qui sont la quasi-réplique de produits plus anciens (ce que l'on appelle des "me too")». Le « saucissonnage » qui segmente la procédure d'AMM, l'analyse des effets indésirables et l'évaluation du progrès thérapeutique nuisent à une vision d'ensemble de la situation d'un médicament. Le fonctionnement bureaucratique des trois commissions se traduit par des prises de décision dissociées, ce qui dilue les responsabilités.

L'ANSM ne dispose pas d'un corps d'experts indépendants

Jusqu'à 2012, l'Agence du médicament s'est beaucoup appuyée sur les travaux de la Commission d'AMM et de la Commission nationale de pharmacovigilance, qui étaient composées d'experts externes, principalement des professeurs hospitaliers. Beaucoup

de ces experts entretenaient de nombreux liens d'intérêts avec les firmes pharmaceutiques. Et beaucoup ont siégé dix ans ou plus dans la même commission, sont passés de l'une à l'autre, ou ont cumulé des mandats. Les travaux de l'Agence du médicament dépendaient donc pour une grande part d'un groupe d'experts se renouvelant peu et largement financés par l'industrie. L'Agence ne disposant pas de budgets importants pour payer ses experts, ces derniers étaient fort peu rémunérés pour leur travail dans les commissions, ce qui les encourageait évidemment à multiplier les études pour l'industrie, beaucoup plus lucratives. *« L'ANSM n'a pas les moyens de payer ses experts, observe le professeur François Chast, chef du service de pharmacie clinique du groupe hospitalier Cochin/Hôtel-Dieu, et coauteur du livre *La Vérité sur vos médicaments*. Elle verse des honoraires de quelques dizaines d'euros quand une firme paiera deux mille ou trois mille euros pour le même temps de travail. Une partie de la solution au problème de l'expertise est que l'ANSM ait plus d'argent. ».* Ce n'est pas la solution adoptée aujourd'hui.

Dans un contexte de réduction des effectifs et des budgets, la politique de l'agence consiste à se reporter sur son expertise interne et à faire de moins en moins appel aux experts externes. Ce choix se justifie par le souci de réduire les liens avec l'industrie. Malheureusement, l'ANSM applique cette politique alors que le nombre d'experts internes n'a pas augmenté, d'où une surcharge de travail, alors que les agents de l'ANSM travaillent déjà en flux tendu. Pour le docteur Dominique Dupagne, créateur du site atoute.org et membre de l'association Formindep, il faudrait créer un corps d'experts indépendants de l'industrie. Idée partagée par Bruno Toussaint et par la revue *Prescrire*, qui proposait en 2011 de *« renforcer le nombre et la compétence des experts indépendants des firmes, notamment en développant une recherche clinique financée sur fonds publics »*. Elle proposait aussi de *« renforcer considérablement l'expertise interne des agences »*. On en est loin. L'ANSM n'a même pas obtenu les 80 emplois supplémentaires qui devaient lui être alloués. Quant au financement public de la recherche clinique, il demeure très faible (voir plus loin).

Créée en 1993, à la suite de l'affaire du sang contaminé, l'Agence du médicament devait être une institution indépendante et puissante, un peu à l'image de la FDA américaine (Food and Drug Administration). Avec un millier de salariés, elle a quinze fois moins d'effectifs que la FDA et son budget de 150 millions d'euros est 25 fois plus faible (pour des populations

dans un rapport de 1 à 5). Or, face à la puissance de l'industrie pharmaceutique, il faut une certaine force de frappe pour se faire entendre. Manquant de moyens, l'Agence du médicament a vu son pouvoir grignoté par l'Agence européenne, qui gère une grande partie des demandes d'AMM. Elle a aussi perdu une partie de ses prérogatives avec la création de la HAS. Sans oublier la DGS, la Direction générale de la santé qui, bien que n'étant pas en charge du médicament, intervient lorsqu'elle le juge nécessaire, non sans une certaine opacité.

Nécessité d'une base de données publique indépendante et exhaustive sur les médicaments

Si aujourd'hui, il existe une base de renseignement de ce type pour le grand public, il n'existe toujours pas pour les praticiens de base de données publique indépendante du médicament. Et l'industrie pharmaceutique n'y est pas pour rien. En effet le Vidal, qui fait office d'encyclopédie (à l'image du Larousse ou du Robert pour l'orthographe), est payant et financé par l'industrie pharmaceutique. Les médicaments y sont classés par ordre alphabétique selon leur nom commercial, et non regroupés par famille en fonction des pathologies à traiter. Ainsi le prescripteur est incité à réfléchir en pensant d'emblée au médicament qu'il va prescrire, souvent pilonné par le visiteur médical. En étant obligé de rechercher le médicament nécessaire par le nom du médicament, le Vidal va enfermer le médecin dans cette logique. Il va aller directement à la page de ce médicament et se contenter de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication pour son patient sans prendre la peine – c'est beaucoup trop long – de lire tout ce qui est écrit à son sujet ou de comparer. Le Vidal est un outil de l'industrie. Qui conduit à un comportement de consommateur.

La bonne idée serait que l'agence du médicament produise sa propre base, avec des notices plus synthétiques, mieux classées, pour aider les praticiens dans leur prescription, en leur fournissant des informations complémentaires à celles du Vidal. Chaque médecin disposant déjà d'un logiciel qui lui permet d'entrer les données de ses patients, cette base de données publique, connectée à ce logiciel, pourrait permettre, au vu des spécificités du patient, qu'apparaissent les différentes possibilités de traitement. Au praticien de choisir ensuite la plus adaptée. Le principal projet de ce type a été tué dans les années 2000 par les politiques sous l'influence de l'industrie pharmaceutique. En mars 2002, Bernard Kouchner, en installant le Fonds de promotion de l'information médicale et médico-

économique (FOPIM), a demandé à l'agence du médicament (AFSSAPS à l'époque) de piloter le projet. Mais celle-ci traîne, sans raison apparente, avant de finir par objecter que la base gratuite constituera une concurrence déloyale pour les entreprises privées qui éditent le Vidal, leader du marché, et son concurrent, la base Claude Bernard.

Entre-temps, la droite est revenue aux affaires. Mais la direction du FOPIM ne compte pas abandonner, le directeur général de la santé soutient le projet, tout comme de nombreux experts. Surtout, l'argent est là : 10 % du produit de la taxe sur la promotion pharmaceutique, soit 20 millions d'euros. Ne manque que l'aval politique pour l'asseoir juridiquement. Un amendement voté en novembre 2003 dans le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), fut refusé par le ministre de la santé, Jean-François Mattéi, au motif qu'une telle disposition ne relevait pas de la loi. En 2005, le FOPIM est enterré, et il revient à la toute nouvelle Haute autorité de santé (HAS) de mettre en œuvre le projet. Elle ne le fera pas en tant que tel, bien que les prérogatives et les fonds lui aient été transférés. « *Il y avait un problème de compatibilité avec le droit européen. Et puis c'était coûteux et chronophage* », explique aujourd'hui la HAS. Depuis 2010, cette dernière délivre un agrément aux bases de données embarquées dans les logiciels des médecins. Quatre bases ont ainsi été labellisées : Vidal, BCB, Thériaque, Thesorimed. Les deux premières, réalisées par des entreprises privées, servent aux médecins de ville. Elles n'avantagent certes pas telle ou telle firme. Elles ne font pas figurer d'informations mensongères. Cependant, elles n'ont pas révolutionné la pratique de prescription, comme le FOPIM s'était donné l'ambition de le faire.

Ces bases ne vont pas plus loin que les informations officielles, alors que des possibilités existent. Un ouvrage comme le Dorosz (éditions Maloine) classe les médicaments par pathologie et non par ordre alphabétique, tente de livrer des informations complémentaires : alertes, contre-indications, informations hors AMM. Des éléments qui peuvent s'avérer décisifs. En 2005, le Vidal ne dit pas un mot des risques générés par le Mediator. Le Dorosz, lui, grâce au travail de ses pharmaciens, rapporte cette année-là un cas d'atteinte valvulaire et mentionne une « *parenté chimique avec les anorexigènes amphétaminiques* ». De quoi alerter un médecin attentif. Pour l'heure, le projet est abandonné. Nous devons demander aux pouvoirs publics de prendre en charge un tel projet qui intellectuellement n'est pas complexe à concevoir. Il nécessite l'embauche

de dizaines de pharmaciens de très bon niveau, et probablement autant d'ingénieurs et informaticiens capables de mettre les données actualisées à disposition dans les meilleures conditions. Soit un coût qui est estimé à environ 5 millions d'euros par an.

Recherche clinique: domination écrasante de l'industrie

La recherche clinique consiste à mener des études sur des patients pour évaluer l'effet d'un médicament, comparer plusieurs traitements, mesurer l'influence d'un facteur épidémiologique, etc. Cette recherche est à la fois publique et privée, mais quelques chiffres montrent l'ampleur du déséquilibre en faveur de l'industrie. En 2011, sur 871 essais autorisés par l'ANSM, 69 % avaient un promoteur industriel et 31 % un promoteur institutionnel. Dans le cas d'une promotion industrielle, tous les coûts incombent à l'entreprise. Autrement dit, plus des deux tiers des essais cliniques sont entièrement financés par l'industrie, tandis que le tiers restant à un financement mixte.

Cette proportion ne reflète pas le véritable rapport de force. Selon l'organisation Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et la santé), les essais cliniques de médicaments et de dispositifs médicaux promus par l'industrie représentent 3 milliards d'euros par an en France. Or, les fonds publics alloués à la recherche clinique n'atteignent pas, au total, 200 millions d'euros par an (la principale source, le PHRC ou programme hospitalier de recherche clinique, fournit 90 millions d'euros annuels). Autrement dit, l'industrie investit quinze fois plus que l'État dans la recherche clinique. À titre indicatif, l'ANSM dispose d'une capacité de financement de la recherche de 6 millions d'euros par an...

Le Leem, syndicat de l'industrie pharmaceutique, estime à 500 millions d'euros par an les investissements industriels pour les études cliniques industrielles à l'hôpital. Ce chiffre couvre les honoraires des investigateurs, le personnel payé pour suivre les essais, le remboursement des surcoûts versés à l'établissement, la mise à disposition des molécules... Des ressources appréciables, à l'heure où l'hôpital public connaît de graves difficultés financières. « Cette situation résulte de choix politiques, estime Bruno Toussaint. Un leitmotiv des autorités académiques est d'encourager les chercheurs hospitaliers à trouver des financements privés. On a abandonné la recherche clinique aux firmes. Pourquoi ne donne-t-on pas davantage de place à la recherche publique ? Pourquoi, par exemple, ne valorise-t-on pas les

travaux de pharmacovigilance dans les carrières des chercheurs ? ». Les professionnels de santé qui travaillent avec les firmes disent souvent que les bons experts sont ceux qui ont de nombreux contrats industriels. De fait, c'est en faisant des études cliniques que les experts se forment et progressent. En ne développant pas la recherche clinique sur fonds publics, on abandonne donc aussi la formation des experts à l'industrie.

Plus de 90 % des études cliniques sont menées à l'hôpital. La très grande majorité des experts sont des professeurs hospitaliers. L'hôpital joue donc un rôle clé dans l'expertise, ce qui n'a pas échappé aux firmes pharmaceutiques. Une enquête menée par la revue professionnelle *Le Pharmacien de France* décrit l'hôpital comme un « cheval de Troie » de l'industrie. Les firmes ont bien compris que les hôpitaux sont leaders d'opinion pour les prescriptions: quand une ordonnance est faite à l'hôpital, les médecins de ville la suivent. D'où une tactique utilisée par les laboratoires : « Proposer à un établissement de santé leur médicament à bas prix, voire gratuitement, pour emporter les appels d'offres hospitaliers, afin de placer leur produit et de le faire prescrire. » Le but du jeu étant, dans un deuxième temps, d'influencer la prescription en ville où sera poursuivi le traitement, à des prix plus élevés. D'une manière générale, les firmes sont aux petits soins avec les services hospitaliers. Elles ciblent les étudiants et les internes, financent des préparations aux concours ou des formations, offrent des cadeaux... Selon un témoignage recueilli par Mediapart, dans certains services, les visiteurs médicaux mettent à disposition des médecins la carte de crédit du laboratoire, pour les menus frais du week-end... Irène Frachon, lanceuse d'alerte du Mediator, et pneumologue au CHU de Brest, observe « une influence des firmes sur la formation des internes, qui ont du mal à exercer leur esprit critique vis-à-vis des médicaments ». Elle souligne que malgré tous ses efforts, Xavier Bertrand, auteur de la loi sur le médicament de 2011 après le scandale du Mediator, n'a pas réussi à bannir les visiteurs médicaux des hôpitaux. Ils y sont toujours. « Les services hospitaliers sont littéralement allaités par l'industrie, résume Bruno Toussaint. Ce n'est pas le travail de l'industrie de financer la recherche, de payer les professeurs, de subventionner les associations de patients, de s'occuper de la formation des internes et de l'information médicale. Du coup, elle se détourne de son métier de base, fabriquer des médicaments de qualité en maintenant l'approvisionnement. On parle de corruption, d'influence, et en même temps on voit des ruptures de stocks de médicaments. Il faudrait encadrer davantage les firmes. ».

Mais au-delà de l'intention affichée par Marisol Touraine d'améliorer la transparence, existe-t-il une véritable volonté politique de modifier le rapport de force entre les pouvoirs publics et l'industrie pharmaceutique ? Une volonté politique pour tout à la fois améliorer les synergies entre les trois instances principales qui contrôlent l'utilisation des médicaments en France, avoir une ambitieuse politique de recherche clinique sur fonds publics pour contrecarrer le poids de la recherche privée, augmenter substantiellement les moyens et financements de l'Agence du médicament, et enfin, encadrer véritablement les firmes pharmaceutiques ?

Nous contestons les prix astronomiques des médicaments qui nous renvoient à plusieurs faits :

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

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

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

Ce modèle financiarisé et ultra propriétaire a provoqué des limitations pour l'accès au médicament dans les pays du sud (d'où les réactions de certains États comme le Brésil et les associations de malades dans le monde entier pour expérimenter d'autres solutions). Il engendre aujourd'hui de fortes tensions dans les pays du nord dès lors qu'il déstabilise des systèmes de sécurité sociale eux-mêmes fragilisés par les politiques d'austérité. Ces tensions particulièrement fortes pour les hépatites, le cancer, également les nouveaux traitements du sida, peuvent être l'occasion de définir et de construire un autre modèle d'industrie pharmaceutique en réduisant les exigences de rentabilité, immédiatement, et en couplant recherche publique, industrie pharmaceutique, sécurité sociale et usagers du médicament.

Nous en avons les instruments scientifiques (les chercheurs du public et du privé peuvent développer les technologies de ces molécules en quelques mois) ; les outils réglementaires (pour enregistrer ces médicaments) ; et la capacité industrielle (produire

sur place pour l'accès universel et la sécurité sociale). Et nous avons aussi les instruments juridiques : La France pourrait faire baisser drastiquement le prix de ces médicaments en recourant à la licence d'office comme le prévoit l'article L613-16⁽²⁴⁾ du code de la propriété industrielle : une disposition de mise sous licence obligatoire dans la loi des brevets en France dès lors que le prix, la quantité ou la qualité des médicaments ne permettent pas d'en assurer l'accessibilité. En vertu de cet article et des accords de l'Organisation mondiale du commerce⁽²⁵⁾ le gouvernement français a le droit de délivrer des licences d'office (= licences obligatoires). C'est-à-dire que, par exemple, la France pourrait légalement autoriser des laboratoires pharmaceutiques concurrents de Gilead et BMS à produire des génériques du sofosbuvir, du ledipasvir et du daclatasvir en leur accordant des licences. Cette décision permettrait de briser l'oligopole de Gilead et BMS sur ces médicaments en faisant jouer la concurrence pour qu'enfin leur coût diminue drastiquement. Il faut utiliser cette arme juridique à court terme. Une décision qui devrait avoir un effet déterminant sur les 200 médicaments contre le cancer qui vont arriver sur le marché d'ici 2020. Il est urgent de mettre un terme à l'attribution de prix exorbitant, creusant les inégalités d'accès dans tous les pays, et qui grève de plus de 10 milliards le budget de l'Assurance maladie en France (le montant des réductions de crédits dans la santé au nom du « Pacte de responsabilité » !).

Il faut mettre un terme à cette spéculation, et opposer la force publique aux industriels. Nous devons exiger la transparence des coûts, notamment sur les prix revendiqués par les industriels, notamment ceux remboursés. Il faut une vraie volonté politique pour résister aux industriels, et si nécessaire oser appliquer la licence obligatoire, mesure qui pourrait se prendre par ordonnance dans le cadre de la prochaine Loi de Finance de la Sécurité Sociale.

Sans ces mesures de régulation, à terme des millions d'assurés sociaux ne pourraient plus avoir accès aux médicaments. Le prix d'un médicament ne peut être calé sur la valeur de la vie qu'il sauve, et encore moins sur la financiarisation d'une entreprise. Il faut que les États reprennent la main sur la régulation du

²⁴ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414&cidArticle=LEGIARTI000006279492&dateTexte=&categorieLien=cid>

²⁵ <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jwhozip36f/3.4.8.2.html#Jwhozip36f.3.4.8.2>

marché du médicament. Les États sont dans l'obligation de protéger leur population. Ainsi, si son prix est excessif, il met de ce fait en danger la vie des gens, et donc oblige l'Etat à jouer son rôle, prévu par la législation, en utilisant la licence d'office, qui met entre parenthèses les droits du fabricant.

Face à ce constat, il est urgent de sortir la santé et le médicament de la logique de profit

C'est pourquoi, nous proposons de faire grandir une autre industrie pharmaceutique couplée à des normes d'accès universel et de maîtrise des dépenses de médicaments par la Sécurité sociale, qui, jusqu'à aujourd'hui, paye sans sourciller la rente d'innovation exigée. Il s'agirait simultanément de construire d'autres partenariats de recherche avec le système public de recherche, qui aujourd'hui applique les mêmes normes que celles des firmes pharmaceutiques, sans sourciller non plus, et de développer de nouvelles recherches, dans le secteur public et dans le secteur privé répondant aux besoins de santé, grâce à l'intervention citoyenne et syndicale, à la vigilance des assurances sociales et des mutuelles, des associations de patients. De nouvelles ententes devraient être développées entre syndicats de la recherche publique et syndicats de l'industrie pharmaceutique privée pour soutenir des projets d'innovation et d'industrialisation.

Un Pôle public du médicament, c'est transformer une démarche exceptionnelle en méthode générale, certes contraire à une économie libérale, à la sacrosainte loi du marché de Bruxelles ! Oui le médicament joue un rôle appréciable dans l'économie de la Sécu, c'est pourquoi il ne doit en aucun cas être considéré comme une marchandise, et sa consommation ne peut pas être évaluée en termes de valeur, mais par rapport aux besoins de santé, à l'échelle de la population française comme mondiale. Plus de 50 % des maladies, dans le monde, sont sans thérapies adaptées. L'accès aux soins de toutes les populations est encore un droit à conquérir. Le médicament n'est pas un produit comme les autres : il a une origine / princeps, une traçabilité de sa production, un coût, un prix (l'un et l'autre actuellement non transparents), une traçabilité de ses effets thérapeutiques et de ses effets secondaires ; il fait l'objet d'une prescription suite à un examen médical. Il ne s'agit pas d'un simple rapport de consommation, mais d'un rapport social pouvant impliquer plusieurs actes, d'un travail qualifié. Ce sont aussi ces particularités qui imposent de traiter le devenir de sa maîtrise en termes de chaîne de la recherche / conception, innovation, production, distribution et prescrip-

tion. La création d'un pôle public du médicament répondrait à l'ensemble des problèmes posés, sur la recherche, production et distribution, et permettrait à l'Etat de reprendre la main.

Avec le remboursement par l'assurance maladie, l'industrie pharmaceutique n'existe que parce qu'il y a un financement public. D'où la légitimité de mettre des contraintes et de demander des comptes. Le prix n'est pas seul en cause, il y a aussi le conditionnement. Sa forme aussi permet un profit indépendamment de la thérapeutique et de la prescription. Pour les communistes, la Sécurité sociale ne saurait rembourser des médicaments qui usurpent cette dénomination, et à l'inverse, se doit de rembourser à 100 % tout médicament utile. La campagne électorale qui s'ouvre, doit pouvoir être un temps fort pour réagir et parler de ces questions. Il faut avoir le courage de s'attaquer à ces multinationales, qui font aujourd'hui 110 milliards de profits avec les médicaments anticancéreux, et prévoient d'en faire 150 milliards dans quelques années.

Une industrie qui vit aussi du CICE et CIR, une manne supplémentaire du Gouvernement, sans aucune traçabilité de ce financement en matière de recherche. Censée favoriser l'emploi scientifique et l'investissement dans la recherche, cette niche fiscale est massivement utilisée à d'autres objectifs par les plus grandes entreprises. Une étude de Sciences en marche estime à 6 milliards d'euros le montant du détournement. Avec 1 % du total de ce crédit impôt recherche⁽²⁶⁾, on pourrait créer 1 000 postes chez nous. Les labos à l'Inserm sont remplis de CDD, on ne peut rien leur offrir, ils partent travailler à l'étranger.

Le montant global des crédits d'impôts que touchent SANOFI a plus que doublé entre 2008 (70 millions €) et 2015 (150,7 millions €), et dans le même temps ce sont plus de 5 000 emplois qui ont été supprimés, notamment dans la recherche. Ainsi c'est plus de 30 % du potentiel de la R&D de cette multinationale qui a été supprimé compromettant par là même son efficacité et le devenir de l'entreprise. De ce fait l'affaiblissement voulu de Sanofi en France fragilise l'ensemble du patrimoine thérapeutique français, sa connaissance et son université. Et pourtant, les besoins en santé dans le monde sont énormes. Plus de 50 %

²⁶ En 2012, 19 000 entreprises auraient bénéficié du crédit impôt recherche pour un coût estimé à 6 milliards pour les finances publiques. L'industrie pharmaceutique fait partie des principaux.

des maladies n'ont pas de thérapies adaptées et toutes les populations n'ont pas le même accès aux soins.

Oui, il faut sauver l'industrie pharmaceutique française

Récemment encore, les dirigeants de Sanofi ont décidé de céder une activité cruciale, performante et innovante pour la santé humaine et animale : Merial, 4^e acteur mondial de santé animale, à l'heure où les maladies touchant plusieurs espèces animales ou qui sont véhiculées par elles sont transmises à l'homme. C'est pourquoi, l'OMS fait état d'une absolue nécessité de développer des recherches sur les zoonoses et donc de travailler en synergie entre santé humaine et santé animale. Face à ce constat alarmant, en lieu et place d'un développement de ces activités, Sanofi décide de céder Merial à l'allemand Boehringer-Ingelheim en contrepartie de l'activité santé grand public (médicaments hors prescription) de Boehringer. La direction veut vendre Merial qui est pourtant une entreprise en parfaite santé financière, et dont le niveau de performance tant économique qu'industrielle est unanimement reconnu. De plus des synergies positives se construisaient entre recherche humaine et animale et nombre de principes actifs de Merial étaient produits par la chimie de Sanofi. Cette cession aura donc des conséquences négatives sur toutes les activités du groupe Sanofi. En somme, Sanofi vend une entreprise de tout premier plan, indispensable d'un point de vue sanitaire et fortement installée en France avec plus de 2000 salariés, contre des sirops contre la toux et surtout la récupération de 4,7 milliards €.

Comme l'a écrit la CGT à la Ministre du Travail, ce choix ne repose sur aucune raison industrielle et sanitaire, bien au contraire, mais dans le seul but de récupérer du cash pour effectuer des rachats/annulation d'actions comme le précise le Directeur Général aux actionnaires. C'est purement scandaleux et va à l'encontre des intérêts industriels, scientifiques, sanitaires et des emplois dans notre pays.

Une fois de plus l'Etat peut encore intervenir. Il le doit car l'industrie pharmaceutique est une industrie stratégique. Son financement via la Sécurité sociale en France donne des motifs et des moyens, des droits supplémentaires d'intervention des élus de la Nation. Pour rappel, les 5 000 emplois directs supprimés par Sanofi entre 2008 et 2015 représentent un manque à gagner de 100 millions € annuels de cotisation pour la Sécurité sociale.

L'industrie pharmaceutique intervient dans un domaine sensible, la santé, inscrite dans les droits de l'homme. L'Etat devant représenter la communauté (la population ou la société), est garant de la santé publique et doit disposer dans ce domaine d'une recherche et d'une industrie de qualité répondant aux besoins. Il doit s'opposer à toute maltraitance, toute destruction du patrimoine. C'est pourquoi, en urgence l'Etat se doit d'agir pour empêcher les dirigeants et actionnaires de Sanofi de poursuivre le démantèlement du potentiel scientifique et industriel. Le projet de cession de médicaments et d'usines doit être abandonné. Ce ne sont ni les travaux nécessaires de recherche, ni les besoins en termes de production de médicaments ou de vaccins qui manquent. L'industrie pharmaceutique est une industrie d'avenir à condition qu'elle ne soit pas dirigée par des financiers. Ils ont fait la preuve de leur dangerosité. Ce qui compromet l'avenir de notre industrie ce n'est pas le coût du travail, ce sont les exigences du capital.

Permettre le maintien et le développement de ce potentiel indispensable pour la santé publique, pour l'emploi, nos régions, la nation, constitue un enjeu majeur et une responsabilité du gouvernement et de l'ensemble de la nation. Au nom du bien commun, de l'intérêt public, de l'indépendance thérapeutique, de la sécurité sanitaire, du maintien du potentiel scientifique et industriel et de l'emploi en France, il faut intervenir en urgence.

La nationalisation seule ne convainc presque personne. La méthode, testée sur Rhône-Poulenc en 1982, a surtout permis de nationaliser les pertes, et de privatiser les bénéfices : l'État s'est désengagé en 1993 après avoir redressé la barque, l'entreprise devient Rhodia cinq ans plus tard pour fusionner avec Hoeschst-Marion-Roussel et finir Aventis. Mais la « socialisation », « l'appropriation sociale » sont des pistes, notamment défendue par Attac : « *Nous devons trouver un nouveau modèle de gouvernance quand il s'agit ainsi de bien commun. Remplacer simplement des actionnaires privés par des actionnaires institutionnels, ça ne marche pas. Pour que ça fonctionne, il faut faire se confronter les pouvoirs publics, les usagers, les associations de malades et les salariés, au sein d'un conseil d'administration* », avance Thomas Coutrot.

La bataille de l'industrie pharmaceutique s'apparente à la bataille pour sauver la Sidérurgie en France

Où les jeunes diplômés trouveront-ils un emploi scientifique et industriel si la première entreprise pharmaceutique française continue à supprimer des milliers de postes de travail ?

Le gouvernement a un devoir :

- de préserver le potentiel scientifique et industriel national au service de la santé
 - d'autant que le groupe a été financé en grande partie par de l'argent public (prise de participation de l'Etat dans Sanofi, Rhône Poulenc, Roussel Uclaf, ...), et que l'industrie pharmaceutique vit en France des organismes payeurs dont la Sécurité sociale.
 - d'autant que des régions, donc les contribuables, ont au fil des années accompagné le groupe dans ses projets industriels. Au contraire, les fermetures de site nuisent considérablement aux économies locales.
- de garantir par des lois l'avenir industriel de la France et de l'emploi dans le pays en portant au vote :
 - une loi empêchant les suppressions d'emplois à visée boursière,
 - une loi donnant plus de pouvoirs et de droits aux salariés dans les comités d'entreprise et les conseils d'administration
 - une loi visant à supprimer les privilèges exorbitants dont bénéficient certains dirigeants d'entreprise comme ceux de Sanofi (retraites chapeaux, actions de performance, parachutés dorés, exonération fiscale des cadres dirigeants...)

La société doit faire face à ces enjeux importants, structurants pour la collectivité que sont :

- la réponse aux besoins de santé,
- la réponse à des situations sanitaires graves (exemple : pandémies),
- l'irrigation d'une recherche permettant l'avancée des connaissances et la découverte de traitements apportant une amélioration médicale réelle ;
- l'investissement dans les outils assurant l'avenir
- la redistribution des richesses créées
- l'arrêt de la désertification en cours en maintenant et développant les bassins d'emploi

Le maintien et le développement de ce potentiel indispensable pour la santé publique, pour l'emploi, nos régions, la nation, constituent un enjeu majeur et une responsabilité de l'Etat. Afin d'éviter qu'un nouveau drame sanitaire, comme celui du Mediator, ne se reproduise, il est indispensable d'instaurer une frontière, d'une étanchéité absolue, entre la politique industrielle et la politique sanitaire du médicament.

C'est pourquoi le Pcf fait de la sortie du médicament du marché, une de ses principales préoccupations

Il nous faut aussi exiger la nécessaire transparence notamment concernant la fixation des prix des médicaments, affirmer le besoin d'une production nationale publique qui serait par ailleurs un possible débouché pour une recherche publique coordonnée et/ou des brevets inexploités, obtenir la démocratie sanitaire, ... travailler sur le financement d'autre politique du médicament-

C'est le sens de notre proposition de la création d'un Pôle public du médicament qui reconnaît sa finalité de service public et le détache de la sphère financière. Il devrait permettre de mettre un terme à l'énorme accroissement récent des dépenses totales de santé dont les bénéficiaires principaux ne sont pas les citoyens dans leur majorité, mais les multinationales pharmaceutiques et les détenteurs de capitaux en quête de dividendes avantageux à court terme. Un service public de la recherche et du médicament, afin de faire de celui-ci à terme, un bien commun universel ! Il faut un maillon de plus dans cette chaîne fraternelle, une entreprise publique et un contrôle du public !

Nous avons besoin de coopérations, non basées sur le profit, entre les peuples plutôt que la guerre économique, la guerre des prix, qui ruine tous les salariés, la recherche en France et en Europe ! Mais celle-ci ne pourra se faire que si pour l'ensemble des services publics en France le choix soit fait de les pérenniser de les développer et non de les délocaliser, casser les statuts, et de réimporter des médicaments fabriqués pas cher mais revendus avec des grosses marges aux futurs clients-malades. La question de la mise en commun des savoirs et des productions est posée, les brevets sont une des réponses des industries pour se protéger, mais aussi celles pour dominer les pays du tiers-monde ! Avec les achats fusion/acquisition, les ventes à la découpe des labos, les brevets s'achètent et se vendent à la corbeille. Les labos privés, ce n'est plus un moyen pérenne de sauvegarder un patrimoine indispensable !

Une autre politique du médicament est donc indispensable en France, en Europe et dans le monde établi sur des bases nouvelles :

- Sur le plan éthique : une industrie qui ne spéculé pas sur la misère du monde mais qui s'attache à faire progresser la santé humaine. La propriété des brevets ne peut pas être opposée à la vie. L'intérêt

immédiat à l'espoir. La financiarisation doit laisser la place à l'industrialisation et au développement.

- Sur le plan de la santé publique, les intérêts majeurs des populations doivent être pris en compte. Les lois du marché surtout lorsque celui-ci est solvabilisé par des fonds publics ne peuvent alors être appliquées. Le médicament n'est pas une marchandise comme les autres.
- Sur le plan scientifique : une grande politique de recherche fondamentale doit être mise en œuvre pour alimenter ensuite une recherche appliquée.
- Sur le plan économique, l'emploi et la création de richesses à partager doivent être des objectifs majeurs. Une rationalisation et un contrôle de l'utilisation des fonds publics doivent être recherchés. Il faut exiger que la santé soit hors de portée de l'AGCS et de l'OMC.

Concrètement nous proposons que cette politique repose sur les mesures suivantes :

1) La création d'un pôle public du médicament :

L'Etat a su montrer par le passé qu'il était le seul capable de promouvoir des politiques industrielles de très longue portée : des investissements publics doivent être faits dans le secteur de la pharmacie et d'abord dans la recherche que laisse tomber l'industrie privée. Un établissement public devrait être créé pour porter cette politique industrielle. Il pourrait être financé par l'Etat mais aussi par des coopérations internationales avec d'autres pays d'Europe ou par des États et des organismes publics internationaux concernés. Il passerait des conventions de recherche avec les laboratoires de l'Université, de l'Inserm, du CNRS, du CEA ou de tout autre organisme compétent ; des coopérations avec le privé seraient possibles. Enfin il pourrait initier ses propres laboratoires. Le point central serait qu'il puisse être propriétaire des brevets qu'il a financé et qu'il puisse les commercialiser ou encore fabriquer les produits issus de cette recherche. Ainsi les richesses créées pourraient-elles servir aux investissements nécessaires futurs. Un effort initial volontaire important et continu est donc à faire. La gestion de cet organisme doit être démocratique pour que les objectifs initiaux de satisfaction des besoins humains soient durablement soutenus. Une place dans le gouvernement de l'institution doit être réservée aux malades, aux citoyens-ne-s mais aussi aux personnels et chercheurs : il faut mettre « le médicament » entre les mains des citoyens pour le sortir de celles des actionnaires. C'est la rupture indispensable à opérer. Il faut aussi une autre

gestion des fonds publics qui alimentent l'industrie pharmaceutique par un plus grand contrôle du public.

2) Une transparence démocratique

Nous avons besoin de créer un nouveau lieu où démocratiquement, s'élaboreraient la formulation des besoins de santé en priorités de besoins en médicaments pour les différents acteurs de la chaîne du médicament ; où se prendraient les orientations et décisions en toute transparence ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre et les arbitrages. Pour ce faire un « *Conseil National du Médicament* » serait mis en place qui associerait en son sein aussi bien des représentants de l'Etat et de la Sécurité Sociale, ceux des professionnels du secteur et de leurs syndicats, de la recherche, du développement, de la production et de la distribution, des usagers et de leurs représentants, des élus nationaux et des collectivités territoriales, sous forme de plusieurs collègues. Ce Conseil National du Médicament devrait pouvoir tout à la fois lancer des études, auditionner, regrouper des instances déjà existantes, mais surtout donner à l'Etat, à la Sécurité sociale, à la Nation des avis prescriptifs en amont et aval du médicament. Un tel Conseil National du Médicament pourrait avoir sa déclinaison européenne mais aussi mondiale au travers de l'OMS dans le cadre des Nations unies. Un tel Conseil National du Médicament aurait le souci de prendre tout à la fois en considération les intérêts des populations et de la Sécurité sociale tout en répondant aux nécessités médicales, en s'opposant aux conflits d'intérêts, et aurait autorité sur l'élaboration transparente du prix du médicament. Nous disons depuis quelques temps, qu'un médicament est soit « *UTILE* » et de ce fait doit être pris en charge à 100 %, soit « *INUTILE* » et donc sans remboursement. Cette notion « d'UTILITÉ ou NON » qui interpelle dans sa définition, serait une des attributions de ce Conseil.

3) Une politique de coopération internationale :

Une nouvelle politique mondiale est à ouvrir. Politique basée sur la coopération plutôt que la concurrence. Politique basée sur la satisfaction des besoins des populations et non des actionnaires. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) doit évoluer pour devenir un régulateur en matière de brevets indispensables à la survie des populations (médicaments du SIDA, Grippe aviaire etc..) propriétaire de ces brevets qui seraient alors classés patrimoine de l'humanité. Il faut en finir avec les rapports de domination des pays riches sur les pays pauvres, s'opposer au brevetage du vivant. C'est pourquoi avec ce Pôle public, nous affirmons le

besoin d'une production nationale publique qui serait par ailleurs un possible débouché pour une recherche publique coordonnée et/ou des brevets inexploités, obtenir la démocratie sanitaire, reconnaître sa finalité de service public et le détacher de la sphère financière, des règles établies par l'OMC, l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), et demain, si on n'arrive pas à s'y opposer, TAFTA. Des deux côtés de l'Atlantique, les industries pharmaceutiques en attendent beaucoup. Washington voudrait aller jusqu'à négocier sur la fixation du prix des médicaments.

Pour ce faire, depuis novembre 2014, les services liés au médicament, ainsi que l'Agence européenne du médicament (EMA), ne sont plus rattachés à la direction « SANCO » (santé et consommateurs), mais à la direction « Entreprises ». Cette configuration a déjà été testée par le passé. Mais José Manuel Barroso, en 2009, avait décidé d'y mettre un terme, au soulagement des ONG et associations de santé. Ce réaménagement des services envoie un signal à un moment particulièrement tendu, sur fond de négociations en cours entre l'UE et les États-Unis pour un accord de libre-échange inédit (TTIP). Les industries pharmaceutiques en attendent beaucoup. Les barrières commerciales sont pratiquement inexistantes sur les médicaments, de part et d'autre de l'Atlantique. Le futur traité, s'il entre en vigueur un jour, ne changera pas grand-chose de ce point de vue. Mais le TTIP devrait « renforcer les processus de collaboration existants », par exemple dans les procédures d'autorisation sur le marché des médicaments, ou encore des essais cliniques. Autre sujet très sensible : le prix des médicaments. « *Le TTIP aura des implications lourdes sur l'accès aux médicaments pour certains citoyens* », prédit Aliénor Devalière, du bureau européen de l'ONG Health Action International. « *Le TTIP pourrait avoir un effet sur les prix de certains médicaments. D'abord parce qu'il existe des pressions de l'industrie, pour protéger encore davantage les monopoles sur les brevets, et retarder la mise en vente de génériques* ». Ces craintes se fondent sur des précédents d'envergure. En 2012, le laboratoire américain Eli Lilly a attaqué en justice les autorités canadiennes, profitant d'une clause d'arbitrage *ad hoc* intégrée dans l'Alena, l'accord de libre-échange nord-américain. L'industriel reproche au Canada d'avoir annulé ses brevets sur deux médicaments, pour permettre la commercialisation de génériques. Au nom de la défense des droits de propriété intellectuelle, il réclame des millions de dollars de compensation. L'affaire est en cours.

Mais ces enjeux ne se limitent pas aux seules questions de propriété intellectuelle. Plusieurs proches des discussions ont confirmé que les États-Unis espéraient inclure, dans le périmètre des négociations du TTIP, les procédures liées à la fixation des prix, et du montant du remboursement des médicaments. Cette revendication figure d'ailleurs en bonne place dans la liste qu'ont fait parvenir à Washington les professionnels de l'industrie américaine, dans un courrier de mai 2013. Dans un document symétrique, publié par l'EFPIA, qui représente, elle, les intérêts de l'industrie pharmaceutique européenne, il est également question de profiter des négociations en cours pour « *mettre en place des méthodes de fixation des prix transparentes, qui peuvent être anticipées, et rendues dans les temps* ».

La commission le sait très bien : ces enjeux du prix et du remboursement ne figurent pas dans le document publié par la commission, en mai 2014, qui fixe « *la position de l'UE sur les produits pharmaceutiques* » dans les négociations en cours. « *Nous ne sommes pas en train de négocier le montant des remboursements. Notre position, c'est que nous avons déjà une directive (de 1988, ndlr), qui répond à ces questions. Une fois que l'on a dit cela, je ne peux pas vous dire que les États-Unis n'en feront pas une priorité dans ces discussions* », a déclaré Ivone Kaizeler, chef de file des négociations pour la commission dans le secteur de la pharmacie. Mais dans ce contexte incertain, la décision de Juncker de placer l'Agence européenne du médicament sous l'autorité de la direction « entreprises », au sein de la commission, laisse songeur. Aux yeux de certains, inclure ces enjeux dans les négociations commerciales avec les États-Unis serait une manière, pour la commission, de dépasser le blocage du conseil. Produit de santé, recherche, production, distribution du médicament doivent répondre aux besoins de santé publique nationale et mondiale. La puissance publique doit reprendre l'initiative et le contrôle sur cet enjeu stratégique. L'Agence européenne du médicament devra permettre une utilisation publique des brevets.

4) Assurer l'indépendance de la formation médicale et professionnelle

Qu'elle soit initiale ou continue, la formation doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique en interdisant tout financement direct ou indirect par l'industrie pharmaceutique. Il faut prévoir un financement public de la formation continue. Il faut renforcer les moyens de contrôle de la publicité sur les médicaments, et assurer la transparence de l'information sur les médicaments en direction du grand public.

5) Le médicament, partie intégrante de l'offre de soins

Partie intégrante de l'offre de soins, les médicaments comme les vaccins sont indispensables à la satisfaction des besoins de santé. En conséquence, dans l'objectif du maintien et de l'amélioration de la santé des populations, il est impératif de reconsidérer le statut du médicament. Il ne doit plus être traité comme un simple bien marchand. Les États et les collectivités territoriales, doivent assumer cette responsabilité, décider des moyens (humains, sociaux, structurels et financiers) permettant d'atteindre cet objectif. Chaque contribution, chaque denier public doit être accompagné d'engagements sur des objectifs sanitaires et sociaux. Chaque engagement doit être toujours et régulièrement évalués et contrôlés. La santé ayant un coût, les États doivent l'assumer notamment en assurant un financement de haut niveau indispensable. Les industriels pharmaceutiques doivent contribuer financièrement au niveau de leurs ressources au financement des projets majeurs de santé publique, des projets concernant les maladies orphelines et des projets indispensables concernant les maladies affectant toutes les populations, y compris les moins nombreuses et/ou très pauvres.

Une autre politique du médicament, hors du marché, est non seulement possible mais indispensable aujourd'hui. Nous ferons tout pour que ce débat sorte des cercles d'experts pour en faire un vrai débat citoyen !

Projet d'une charte complémentaire à la Déclaration d'Helsinki

Par le Pr Jean-Claude Salomon

La charte complémentaire que nous proposons a pour objet de clarifier la situation des malades et des expérimentateurs dans toutes les circonstances où des enjeux de pouvoir ou financiers pourraient altérer la sincérité des essais cliniques. Il s'agit, en dehors de toutes dispositions légales contraignantes, d'engager les patients auxquels est offert de participer à un essai et donc de courir un risque, d'échanger leur consentement éclairé contre l'engagement contractuel du responsable de l'essai clinique que cet essai se déroule d'une façon conforme à son intérêt personnel et à l'intérêt commun, orienté vers le progrès médical, sans interférence mercantile d'aucune sorte.

La déclaration d'Helsinki stipule que l'inclusion d'un patient dans un essai clinique est subordonnée à son consentement éclairé, confirmé par écrit. Cette disposition fut un réel progrès dans le sens du respect des droits de l'homme. Elle n'a cependant pas mis un terme à des situations fâcheuses. Soyons bien conscients cependant que si les essais cliniques sont indispensables au progrès thérapeutique

- 1- ils comportent un ensemble de risques pour le patient, dont le moindre n'est pas de recevoir un traitement suboptimal;
- 2- encadrés par des règles techniques et éthiques, ils ne doivent pas être enfermés dans un formalisme normatif.

La plupart des essais cliniques sont aujourd'hui financés par les laboratoires industriels afin d'évaluer les produits de santé en vue de leur mise sur le marché⁽²⁷⁾. Ceci met les médecins et les pharmaciens

qui collaborent à ces essais dans une position malaisée vis-à-vis de ces entreprises industrielles. Les conflits d'intérêts sont nombreux et des doutes sérieux sur la validité des essais sont souvent formulés, parfois avec l'intervention de la justice. Ceci accentue la crise de confiance envers une industrie par ailleurs décriée. Les appels à la transparence et à l'indépendance des chercheurs resteront lettre morte tant que des dispositions pratiques précises ne seront pas formulées. Si l'on veut sortir des essais cliniques centrés sur les médicaments pour passer aux essais centrés sur les malades, il faut une attitude volontariste. C'est un moyen pour que la médecine fondée sur des preuves devienne un instrument efficace de progrès.

Cette charte complémentaire doit correspondre dans l'esprit et dans la lettre aux principes suivants :

Dans le respect de la déclaration d'Helsinki et des textes nationaux et internationaux en vigueur, les essais cliniques quels qu'en soient le cadre juridique, les objectifs et le mode de financement imposent le consentement éclairé et écrit des patients ou de leurs parents pour les mineurs.

L'organisme qui a délivré l'autorisation éthique de réaliser cet essai engage sa responsabilité pleine et entière pour la bonne exécution des conditions ci-dessus, dont il a été avisé en même temps que son avis a été sollicité (clause à discuter). L'observatoire mondial des essais cliniques⁽²⁸⁾ veillera à rendre possible la consultation en ligne librement pendant une période qui ne saurait être inférieure à 25 années, à compter de la date du dépôt qui ne pourrait elle-

²⁷ Parce qu'ils sont très souvent financés par des entreprises industrielles les essais cliniques conduisent à des résultats considérés par ces entreprises comme leur propriété et sont soumis au secret des affaires. Cette façon de voir est hautement discutable. Nous n'évoquerons pas ici les arguments juridiques, mais exclusivement les arguments médicaux. En préservant le caractère secret de tout ou partie des résultats des essais cliniques, on expose des patients, participants ultérieurs à d'autres essais, à des risques inutiles. La multiplication des essais par répétition évitable entraîne un surcoût qui contribue à accroître énormément les frais de recherche. Le point de vue des industriels a prévalu car dans la plupart des pays industrialisés les états se sont désengagés du financement de ce genre de recherche. Trop heureux de laisser le financement par des capitaux privés prendre la charge de ces dépenses. Plusieurs études semblent prouver qu'il s'agit là d'un très mauvais calcul sur le plan économique. Il faudrait approfondir cet aspect des choses dont nous ne traiterons pas ici.

²⁸ Un observatoire mondial des essais cliniques devrait être créé. Il existe déjà des bases de données rassemblant les essais cliniques en cours. Leur rapprochement au sein d'un réseau constituerait la première étape de construction d'un tel observatoire. La description méthodique de chaque essai, de son suivi et des données (rendues anonymes) permettrait l'exploitation par tous des résultats validés. Comme peuvent être exploitées les données sur les génomes lorsqu'elles sont mises à la disposition de tous. Il faut que soient disponibles les données analysées et toutes les données brutes, sans sélection, ni restriction, afin que d'autres analyses indépendantes puissent être réalisées par des chercheurs autres que ceux qui ont participé aux essais.

même être postérieure à six mois après la clôture de l'essai clinique.

Les résultats des essais cliniques ne peuvent être vendus ou échangés ou aliénés en aucune circonstance. Ils appartiennent au patrimoine commun de l'humanité⁽²⁹⁾. Aucune clause de secret des affaires ou de secret militaire ne pourra être invoquée pour faire obstacle à l'application de cette charte.

Cette charte doit être approuvée par toutes les associations solidaires qui souhaitent que les produits de santé soient considérés comme des produits particuliers qui ne sont pas soumis aux règles du marché imposées par l'OMC et par les pays qui prônent la libéralisation totale du commerce, de l'industrie et des services. Les personnes individuelles seront invitées à y souscrire dès que suffisamment d'organismes y auront souscrit pays par pays. L'ensemble des souscripteurs sera recensé et un annuaire sera tenu à jour et accessible sur internet.

Cette charte doit favoriser l'innovation véritable sans laquelle il n'est pas de progrès médical et sanitaire.

C'est un instrument entre les mains de l'humanité dont l'usage doit être disponible sans tarder. Il sera amélioré et amendé en tant que de besoin au fur et à mesure, de façon démocratique par une majorité qualifiée parmi les signataires. Aucune entreprise privée à but lucratif, ni aucune association subventionnée par des entreprises à but lucratif ne pourra intervenir sur le devenir de cette charte. Toute tentative d'influer sur les décisions des signataires de façon ouverte ou subreptice sera dénoncée et réprouvée, poursuivie le cas échéant. Les organisations signataires doivent ratifier cette charte de façon compatible avec leurs statuts, de sorte que tous les adhérents soient informés de son existence, de son contenu et des conséquences pratiques qui en découlent. Ce paragraphe a été considéré comme excessif par deux participants à la réunion du 1^{er} décembre 2003. Il faut signaler qu'à un moment de la discussion le cas des associations de malades subventionnées par l'industrie pharmaceutique a été envisagé et l'indépendance de ces associations mise en doute.

En attendant que les lois nationales et internationales aient satisfait aux principes de la charte, les organisations solidaires s'engagent à agir immédiatement par tous les moyens compatibles avec leurs statuts et leur mode de fonctionnement pour faire prévaloir directement auprès des citoyens les principes et les actions qui en découlent. Elles s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens démocratiques pour faire adopter dans chaque pays et dans chaque groupe de pays des lois, directives et des traités conformes à ces principes.

²⁹ Les essais cliniques ne peuvent être vendus ou échangés ou aliénés en aucune circonstance. Ils appartiennent au patrimoine commun de l'humanité. C'est à ce titre principalement qu'il est légitime de proposer aux patients d'accepter de collaborer aux essais.

Les Brèves des cahiers

Aux USA, les CDC⁽³⁰⁾ confirment une épidémie “sans précédent” d’overdoses au fentanyl

Les États-Unis font face depuis 2013 à une “*une hausse importante d’overdoses fatales liées à des opiacés synthétiques, sous l’effet principalement de décès par overdose avec présence de fentanyl*” confirme un rapport des CDC. “*Par rapport à l’épidémie d’overdoses au fentanyl de 2005-2007, lorsque les décès avaient été cantonnés à quelques États, l’épidémie actuelle est sans précédent par son envergure*”, a relevé le bulletin hebdomadaire des CDC. Selon les CDC, le total de décès causés par cet antidouleur est passé de 392 en 2013, à 1 400 en 2014. Dans l’été le Canada avait également fait part d’une flambée d’overdoses au fentanyl dans le pays. Les chercheurs des CDC ont cerné l’ampleur du phénomène en consultant les morts par opiacés de synthèse, ainsi que les saisies par les forces de l’ordre de stupéfiants contenant du fentanyl. Les scientifiques ont déterminé que les saisies de produits contenant du fentanyl avaient plus que quintuplé (+426 %) entre 2013 et 2014. Dans le même temps, les morts liées aux opiacés de synthèse ont bondi de 79 %. Ils ont relevé que les deux phénomènes étaient “fortement corrélés”. D’autant que le taux de prescription de fentanyl est stable. Le fentanyl est utilisé comme anesthésiant depuis les années 1960, et il est aussi souvent prescrit comme antidouleur en cas de cancers ou de maladies chroniques. La circulation de versions illégales a explosé en 2013. Les trafiquants en incorporent fréquemment dans des comprimés contrefaits ou en mélangent à de l’héroïne, avec le risque de provoquer l’arrêt du système respiratoire du consommateur. La contrefaçon des médicaments disponibles sur internet devient un problème de santé publique. Quelle politique est mise en œuvre en France ?

Cancer des ovaires : la mortalité en baisse grâce à la pilule, en Europe et en Amérique

Selon une étude, publiée dans « *Annals of Oncology* », la mortalité par cancer de l’ovaire a globalement diminué entre 2002 et 2012 dans les pays à hauts revenus. Des projections montrent que cette baisse se poursuit à l’horizon de 2020 (-15 % pour les États-Unis et -10 % pour l’Union européenne et le Japon). Pour obtenir ces résultats, les chercheurs ont

collecté, auprès de l’Organisation mondiale de la santé (OMS), les certificats de décès par cancer de l’ovaire de différents pays entre 1970 et 2012 : 31 pays européens dont la France, 11 pays d’Amérique et 6 autres pays à travers le monde. Pour toutes les trois tranches d’âge, il a été constaté une diminution globale de la mortalité de près de 10 % entre 2002 et 2012. Tous les pays d’Europe, à l’exception de la Bulgarie, enregistrent une tendance à la baisse avec, cependant, des variations importantes entre les nations : de -8 % en Pologne à -24 % en Suède (-13,2 % pour la France). Les baisses les plus importantes sont observées dans les pays qui avaient, auparavant, les taux les plus élevés de décès par cancer de l’ovaire. Autre donnée : les tranches d’âges 20-49 ans et 50-69 ans sont celles où la diminution de la mortalité est la plus importante. En France, elle est respectivement de 28,7 % et 16,6 %. La principale explication avancée pour expliquer ces différences tient à l’utilisation de la contraception orale. Différentes études ont déjà mis en avant que la pilule pouvait avoir un effet protecteur à long terme contre le cancer de l’ovaire. D’ailleurs, c’est dans les pays où cette contraception est la plus répandue et utilisée depuis longtemps (États-Unis et Europe du Nord) que sont enregistrées les baisses les plus importantes de mortalité. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, cependant, une baisse de mortalité est également enregistrée pour la tranche d’âge 70-79 ans. Cela tient probablement, selon les auteurs, au fait que ces femmes, nées dans les années 1930-1940, appartiennent à la première génération à avoir eu accès à une contraception orale. Les chercheurs soulignent, par ailleurs, un effet probable de la baisse de l’utilisation des traitements hormonaux substitutifs après 2002. L’amélioration du dépistage, de la prise en charge et du traitement de ces cancers expliquerait également en partie ces données.

Les pauvres sacrifient de plus en plus leur santé, selon le Secours Populaire

Le renoncement aux soins s’aggrave parmi les plus pauvres, selon le Secours Populaire. Selon, le 10^e baromètre Ipsos/Secours populaire, parmi les Français les plus pauvres (ceux qui appartiennent à un ménage dont le revenu mensuel net est inférieur à 1200 euros), la moitié a déjà renoncé ou repoussé une consultation chez le dentiste, soit un bond de 22 points par rapport à 2008, et près de 4 sur 10 un rendez-vous chez un ophtalmologiste (39 %, +9 points). Dans les foyers les plus modestes, 64 % indiquent avoir eu des difficultés au moment de payer des actes médicaux mal remboursés.

³⁰ Centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies

sés par la Sécurité sociale. Disposer d'une mutuelle santé est financièrement compliqué pour 53 % des ménages modestes, et 48 % d'entre eux n'ont pas les moyens de se procurer une alimentation saine. D'une manière générale, dans ses permanences d'accueil, le SPF perçoit une dégradation de l'état de santé de familles, de mères seules, de jeunes, de retraités, de beaucoup d'enfants.

Les entreprises de biotechnologie capitalisent

Les biotechs françaises sont les championnes des levées de fonds⁽³¹⁾. Au premier trimestre 2016, raconte le journal *Les Échos*, sur dix *start-up* françaises ayant réalisé les plus importantes transactions, cinq évoluent dans le secteur pharmaceutique et biotechnologies. A la deuxième position figure MedDay, société spécialisée dans le traitement de la sclérose en plaques, de l'autisme et de la maladie d'Alzheimer. Elle se trouve à l'ICM de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris. Sofinnova Partners, Omnes, Edrip et BPIFrance y ont investi 39 millions de dollars. Au quatrième rang se trouve Eye Tech Care, qui a mis au point EyeOP1, un appareil à ultrasons offrant un traitement non-invasif du glaucome réfractaire. Cette société a levé une somme de 33 millions de dollars. A la cinquième place, on retrouve Gecko Biomedical qui a créé et commercialisé des produits d'étanchéité et des adhésifs biodégradables pour fermer les plaies dans le domaine de la chirurgie. Leurs investisseurs sont Sofinnova Partners, Cap Decisif, CM-CIC et Omnes. L'ensemble de l'enveloppe française des levées de fonds représente 1,2 milliard de dollars, soit une part non négligeable des 5,9 milliards de dollars levés en Europe. Le Royaume-Uni reste le leader en la matière avec 160 transactions effectuées pour un gain de 2,2 milliards de dollars. Dans le domaine des données de santé, Apple a racheté Gliimpse. La pépite fondée en 2013 par Anil Sethi, Gliimpse, a été rachetée en début d'année par la marque Apple. Cette *start-up* permet aux patients de se connecter et de partager l'ensemble des données relatives à leur santé. L'objectif des fondateurs était de créer un format de fichier commun à travers les milliers de systèmes utilisés. Ce rachat dont

le montant n'a pas été dévoilé permet à la marque à Apple d'étoffer sa gamme de services santé Healthkit, Carekit et Researchkit. N'oublions pas que la revente des *start-up* est le principal prétexte pour faire monter les tarifs de ces nouveaux médicaments !

Des anticorps anti-Alzheimer

Un anticorps de la protéine beta-amyloïde toxique a démontré pouvoir réduire les plaques présentes dans les cerveaux des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'étude menée par des chercheurs de l'université de Zürich associés avec une entreprise de biotechnologie "Biogen" est publiée dans la revue *Nature* le 31 août. « *Les effets de l'anticorps sont vraiment impressionnants, et les résultats dépendent du dosage et de la durée du traitement* », affirme le Pr Nitsch, un des auteurs. La molécule a été développée grâce à du sang collecté chez des personnes âgées ne présentant aucun problème cognitif. L'équipe a isolé les anticorps qui s'avéraient capables de reconnaître la molécule bêta-amyloïde toxique. Baptisé Aducanumab, la molécule a ensuite été sujette à des essais cliniques. Les travaux incluent 165 patients à un stade précoce de la pathologie entre octobre 2012 et janvier 2014. Ils ont été traités soit avec l'anticorps soit avec un placebo. Il a été démontré que celui-ci se lie de manière sélective aux plaques amyloïdes permettant leur élimination. Après un an de traitement, les scientifiques n'ont détecté quasiment plus de plaque chez les personnes soumises à la plus forte dose d'anticorps. De même, en analysant les effets du traitement sur les symptômes liés à la pathologie, les spécialistes ont remarqué une stabilisation de leur déclin cognitif par rapport au groupe contrôle. Malgré ces résultats prometteurs, la prudence reste de vigueur. Certains participants ont développé des images anormales à l'IRM liées aux plaques amyloïdes. Les chercheurs vont mettre en place deux essais cliniques de phase 3 de plus grande ampleur. Ils impliqueront 300 centres situés dans 20 différents pays en Amérique du Nord, en Europe et en Asie. Ces études porteront sur un total de 2700 patients à un stade précoce de la maladie. Espoir...

Le bilan des vaccins HPV au congrès Eurogin

Après l'engouement qui a suivi le lancement des vaccins HPV dans les années 2006 – 2007, la communauté médicoscientifique a été confrontée à de nouveaux défis, sur l'acceptabilité de ces vaccins ainsi

³¹ «... malgré toutes les pressions sur le remboursement, les bons produits connaissent toujours de bons lancements. La franchise Gilead sur l'hépatite C, malgré la polémique sur les prix, est rapidement devenue l'une des meilleures ventes de tous les temps. Le futur du secteur [des biotechnologies] n'a jamais été aussi radieux » a déclaré Evan Macculloch, gérant du fonds Franklin Biotechnologies, in *Les Échos* du 14 septembre 2016.

que sur leur profil de sécurité. Les premiers vaccins HPV ont été mis sur le marché en 2006, 24 ans après la reconnaissance de l'HPV 16 et 18. Ils protègent contre les lésions précancéreuses et les cancers pour les types viraux associés au vaccin. Les vaccins bivalents (Cervarix, GSK) et quadrivalents (Gardasil, Merck) contiennent des VLP d'HPV 16 et 18, virus responsables de 70 % des cancers du col. Le vaccin quadrivalent contient aussi des VLP des HPV 6 et 11, responsables des condylomes acuminés et de la papillomatose laryngée. Les essais menés avec ces deux vaccins ont démontré la haute efficacité prolongée lorsqu'ils sont administrés à une population cible, non encore exposée à ces virus. Dans les années qui ont suivi les programmes vaccinaux, certains pays ont rapporté la diminution de l'infection à HPV, des condylomes acuminés et des lésions de CIN de haut grade dans la cohorte vaccinée, utilisant le vaccin quadrivalent. À la fin de l'année 2009, en Australie, le taux des lésions de haut grade observé chez les très jeunes femmes a ainsi fortement diminué. Ces réductions ont ensuite été observées dès 2013 dans la population de moins de 20 ans et des 20-24 ans. Une réduction de même nature a été observée en Écosse, au Danemark, aux États-Unis et au Canada. À la fin 2014, la distribution globale des vaccins à HPV a dépassé 232 millions de doses. Le système de surveillance au niveau mondial confirme que la majorité des événements indésirables observés sont des réactions locales de la douleur, une rougeur sur le site d'injection et des symptômes généraux comme de la fièvre, des maux de tête et des nausées. La sécurité des vaccins est évaluée régulièrement par l'OMS, qui conclut de façon constante et répétée sur le bon profil de cette sécurité. En France, une campagne médiatique sur les risques des vaccins a contribué à réduire durablement et significativement la couverture vaccinale. Plusieurs maladies auto-immunes et neurologiques ont été imputées à divers vaccins. Plusieurs études épidémiologiques portant sur plusieurs centaines de milliers de jeunes femmes exposées au vaccin quadrivalent n'ont pas mis en évidence de signal notable. L'ensemble de ces données rend peu crédible un lien entre la vaccination quadrivalente et les atteintes neurologiques ou auto-immunes. En février 2014, le Haut Conseil de Santé Publique a recommandé l'utilisation de ces vaccins chez les jeunes filles entre les âges de 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolu. Depuis leur mise sur le marché, ces vaccins font l'objet d'une surveillance renforcée par les autorités françaises. Cette surveillance n'a pas mis en évidence d'éléments remettant en cause la balance bénéfice risque de ces vaccins. Afin de

consolider les données, l'ANSM a entrepris avec l'Assurance Maladie une étude spécifique sur l'incidence des maladies auto-immunes. Lancée en juillet 2014, l'étude observationnelle a porté sur les jeunes filles affiliées au régime général de la Sécurité sociale de 13 à 16 ans révolus, entre janvier 2008 et décembre 2012. Soit plus de 2,2 millions, parmi lesquelles environ 840 000 avaient été vaccinées contre les infections à HPV par Gardasil ou Cervarix et 1,4 million n'avaient pas été vaccinées. Les analyses ont comparé la fréquence de survenue de 14 maladies, notamment auto-immunes, entre les jeunes filles vaccinées et celles qui ne l'avaient pas été. Les résultats sont rassurants et en cohérence avec ceux de la littérature internationale : l'exposition à la vaccination n'est pas associée à la survenue des 14 pathologies d'intérêt, prises dans leur ensemble, ni à celles des 12 de ces maladies auto-immunes étudiées séparément. Une association statistiquement significative entre une exposition au vaccin et 2 des pathologies étudiées, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et le syndrome de Guillain-Barré a été néanmoins retrouvée. Compte tenu de la faiblesse du risque des MICI, on estime que la très faible association statistique mise en évidence ne permet pas de conclure à un surrisque pour cette pathologie. En revanche, une augmentation du risque du syndrome de Guillain Barre, après vaccination, apparaît probable. Ce syndrome est un risque connu et figure d'ailleurs dans l'AMM de Gardasil. Les résultats de l'étude permettent de préciser le risque d'apparition de ce syndrome qui, compte tenu de la rareté de la maladie, est limité à environ 1 à 2 cas supplémentaires du syndrome de Guillain Barré pour 100 000 jeunes femmes vaccinées. Au final, les résultats de cette étude auprès d'une cohorte en population de grande ampleur, se révèlent rassurants. Le bénéfice attendu de cette vaccination, en termes de santé publique, reste bien plus important que les risques auxquels elle peut exposer les jeunes femmes. Alors quand allons-nous décider de vacciner systématiquement contre le cancer du col qui tue 1 500 jeunes femmes dans notre pays par an ?

L'OMS confirme que l'augmentation des cancers de la thyroïde est principalement liée au surdiagnostic

Le BEH expliquait en avril que l'augmentation des cancers de la thyroïde ces vingt dernières années résultait en grande partie de "l'évolution médicale". Aujourd'hui l'OMS via son agence du cancer désigne aussi le surdiagnostic comme raison majeure de cette

épidémie de cancers et estime à 500 000 personnes le nombre de personnes concernées. Dans une étude publiée dans la revue *The New England Journal of Medicine*, le Centre international de la recherche sur le cancer évalue à plus de 470 000 femmes et 90 000 hommes les personnes qui pourraient avoir fait l'objet d'un surdiagnostic de cancer de la thyroïde en l'espace de 20 ans dans 12 pays développés (Australie, Danemark, Angleterre, Finlande, France, Italie, Japon, Norvège, République de Corée, Ecosse, Suède et États-Unis). Pourtant, note le Dr Silvia Franceschi, l'un des auteurs de l'étude, "la majorité des cancers surdiagnostiqués ont été traités par des ablations complètes de la thyroïde, souvent associées à d'autres traitements nocifs comme l'ablation des ganglions du cou ou la radiothérapie, sans bénéfices prouvés en termes d'amélioration de la survie". Grâce aux nouvelles techniques d'imagerie les cancers dépistés sont de plus en plus petits (jusqu'à 2 mm). La plupart de ces tumeurs sont des micro-cancers de type papillaire, dont le pronostic est particulièrement bon, avec une survie proche de 99 % à 20 ans et qui pourraient, selon eux, faire l'objet d'une surveillance rapprochée et non de traitements agressifs d'emblée. "Il est crucial d'avoir plus de données de recherche pour évaluer les meilleures approches face à l'épidémie de cancers de la thyroïde et éviter des préjudices inutiles pour les patients" relève de son côté le Dr Christopher Wild, directeur de l'IARC.

La fraude à la Sécu s'élève à un milliard d'euros, en hausse de 17 %

1,009 milliard d'euros exactement en 2015 est le montant de la fraude détectée à la Sécurité sociale, en hausse de 17,35 % par rapport à 2014, avec des augmentations dans toutes les branches. En 2011, la fraude s'élevait à 482,2 millions d'euros, selon le Comité national de lutte contre la fraude. Dans le détail, l'Assurance maladie enregistre une hausse de 18 % à 231,5 millions d'euros, principalement due aux usurpations d'identité. La fraude de la branche famille s'élève à 247,8 millions d'euros, en hausse de 18,2 %. Les raisons invoquées étant la fraude par omission ou fausse déclaration. Elles concernent le RSA (62 % du nombre total) et les aides au logement (21 %). Les redressements réalisés par l'Acoss atteignent 462 millions d'euros (+15,34 %). Enfin, le montant de la branche retraite est de 14,7 millions d'euros (+24 %). Combien de fraude pour les employeurs ?

Reste à charge à l'hôpital

Les restes à charge à l'hôpital apparaissent inéquitables et pénalisent les plus modestes, selon une étude publiée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé⁽³²⁾. Sont en cause les tickets modérateurs et les forfaits hospitaliers acquittés par les plus démunis. Les patients les plus aisés ont en effet souscrit des complémentaires santé qui prennent le plus souvent en charge ces dépenses. Comment expliquer ce résultat ? Certes, les soins hospitaliers bénéficient d'un taux de remboursement moyen élevé supérieur à 90 %. Reste que la majorité des participations financières est concentrée sur les séjours hospitaliers sans actes coûteux. Les actes lourds chirurgicaux sont en effet pris en charge à 100 %. D'où un effort demandé en priorité aux patients hospitalisés pour des motifs sérieux mais non les plus graves. Cet effort est majoré chez les patients précaires. La durée de séjour observée dans cette population est en effet plus longue que dans les classes sociales plus aisées. Enfin, les dépassements d'honoraires sont à l'origine d'une dépense marginale. Les patients aux ressources limitées écartent spontanément ce type de prise en charge. Enfin la généralisation de la complémentaire santé depuis le 1^{er} janvier 2016 ne modifiera pas la situation car la population la plus touchée par ces restes à charge est éloignée du marché du travail.

Quinze mille enfants frappés par des effets secondaires liés à la Dépakine

Quinze mille enfants exposés au cours de la grossesse auraient été victimes des effets secondaires de la Dépakine® en quarante-huit ans, selon une enquête menée par l'épidémiologiste Catherine Hill et rapportée par le journal *Les Échos* du 12 septembre. Il s'agit d'une première étude avant les résultats d'une enquête officielle communiquée dans les prochaines semaines. Douze mille enfants présenteraient des troubles neurologiques et 3 000 des malformations. Le risque de spina-bifida est multiplié par dix, les malformations par au moins trois sous valproate. Mais si la Dépakine® est reconnue coupable, Sanofi qui a commercialisé ce médicament est-il le seul responsable ? Le laboratoire avait pourtant signalé le risque à plusieurs reprises à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), sans toutefois que des mesures soient prises en urgence par les autorités sanitaires. L'annonce par Marisol Touraine d'une indemnisation par l'Etat

³² <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/218-reste...>

répond à cette complexité. Faut-il également retenir la responsabilité des médecins qui ont continué les prescriptions alors que le danger était connu ? Les ventes de Dépakine® ont en effet très peu fléchi au cours de ces années. Onze millions de boîtes ont été vendues en 2005, 10 millions en 2015. Peut-on exempter toute implication des pharmaciens qui ont délivré de la Dépakine® chez les femmes enceintes ? Pourquoi la Sécurité sociale ne donne-t-elle pas systématiquement aux femmes enceintes la liste des médicaments dangereux pour les bébés ?

La France mal notée pour ses performances en matière de santé

15 ans après avoir été désigné meilleur système de santé dans le monde par l'OMS, notre pays figure désormais bien loin du top ten pour l'excellence de son système de soins : 24^e place ! Et c'est l'Islande qui arrive en tête d'un classement de 188 pays, plaçant le Royaume-Uni au 5^e rang, suivi de l'Espagne (7^e) du Canada (9^e), tandis que la France arrive en 24^e position et la Chine en 92^e. La République centrafricaine arrivant bonne dernière de ce palmarès 2015, précédée de la Somalie et du Sud Soudan. Réalisée par l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME) à Seattle et financée par la fondation Bill & Melinda Gates, l'étude est la première évaluation annuelle des performances de santé relatives aux objectifs de développement durable des Nations Unies. Le score est établi à partir d'un index complexe intégrant 33 indicateurs de santé pour mesurer les progrès de ces pays entre 1990 et 2015. La France apparaît notamment pénalisée par une lutte anti-tabac nettement moins vigoureuse que celles de Singapour (2^e du classement général), de l'Islande (1^{er}), ou de la Suède (3^e). Notre pays est pénalisé aussi par un taux de "décès dus à la violence collective" qui pourrait s'expliquer par les attentats de l'an dernier, alors qu'elle a un score pour les violentes interpersonnelles (crime, homicide involontaire...) moins défavorable que celui de plusieurs pays qui la précède dans ce hit-parade de la santé. Enfin, la consommation d'alcool et le nombre de suicides ont aussi désavantagé l'Hexagone. Les États-Unis (28^e place, juste devant l'Estonie) sont encore plus mal placés. Outre Atlantique, cette performance médiocre tient beaucoup aux inégalités que génère le système américain. Elle est attribuée aux indicateurs portant sur les morts dues aux violences entre personnes, le VIH, la consommation d'alcool, le surpoids des enfants et les suicides. Et, leurs piètres scores en matière de mortalité maternelle et infantile, comparés

aux autres pays riches, sont encore le reflet des inégalités d'accès aux soins de qualité, souligne l'étude.

Mutuelles: les patients premiers perdants de la réforme Touraine ?

Les patients paient au prix fort la **réforme Touraine** sur les mutuelles. Les contrats dits responsables qui empêchent désormais aux complémentaires de couvrir autant qu'avant les dépassements d'honoraires n'auraient pas eu pour résultat de faire baisser les tarifs des professionnels de santé mais d'augmenter la facture pour les patients. 16 euros en moyenne chez un gynécologue, 1644,56 euros pour une opération de la prostate les patients doivent mettre la main au portefeuille pour des actes qui étaient auparavant complètement remboursés.

Pauvreté: les seniors allemands moins bien lotis que les Français

La pauvreté continue de se développer chez les personnes âgées en Allemagne. Et l'écart ne cesse de se creuser avec les retraités français. Le média Deutsche Welle a relayé récemment des chiffres d'Eurostat qui indiquent que le nombre de personnes âgées vivant dans la pauvreté aurait augmenté de 25 % en 10 ans. Plus de 5,6 millions de résidents de plus de 55 ans vivraient dans la pauvreté ou seraient en risque d'exclusion sociale. Il y a 10 ans, ils étaient "seulement" 4,5 millions. En France, la population âgée de plus de 55 ans et concernée par la pauvreté est passée de 3,4 millions à 2,8 millions. L'augmentation de la pauvreté chez les personnes âgées en Allemagne n'est pas un phénomène récent. L'une des explications fréquemment rencontrée est que la réforme des retraites lancée en 2005 par le chancelier Gerhard Schröder, pour tenter de sauver le système par répartition a engendré une baisse continue du niveau des retraites. Si à première vue, l'Allemagne a mieux géré son système de retraite du point de vue de l'équilibre financier, cette réalité masque des effets plus graves. L'OCDE qui a consacré un rapport sur les pensions de retraite en 2015, indique bien que la proportion des retraités en situation de pauvreté est bien moins élevée chez nous que chez nos voisins. Et la situation ne devrait pas s'arranger à Berlin. Le taux de remplacement, c'est-à-dire le niveau des pensions en proportion du dernier salaire devrait continuer à baisser. Pour compenser la baisse des retraites publiques, les retraités peuvent avoir recours à un système privé favorisé par la réforme Riester en 2001. Mais selon un document du Conseil d'orientation des retraites, seu-

lement 40 % de la population active aurait souscrit à un tel système sachant qu'il est facultatif. Alors, l'Allemagne toujours comme modèle ?

Risque médical : toujours plus de réclamations, 269 250 euros de coût moyen par condamnation

Le nombre de réclamations en responsabilité civile médicale des établissements de santé continue d'augmenter « *de façon ininterrompue depuis seize ans* », a annoncé l'assureur Sham, à l'occasion de la présentation de son panorama du risque pour l'exercice 2015. Quelque 13 000 réclamations ont été recensées l'an passé, illustrant cette phase qualifiée « *d'inflation continue* ». Parmi ces réclamations, 5 946 dossiers concernent des préjudices corporels dans les établissements pour un coût global de 202 millions d'euros. Ces préjudices corporels sont dans la très grande majorité des cas (90 %) liés à des causes médicales (infection, erreur de diagnostic, anesthésie), et le plus souvent à des actes de soins médicaux ou paramédicaux (un cas sur deux). Sur 1 077 décisions prononcées par les juridictions administratives ou judiciaires, la responsabilité des établissements de santé est engagée dans plus d'un cas sur deux. « *Le taux de condamnation progresse année après année*, précise Patrick Flavin, directeur juridique de Sham. *Cela reflète l'évolution de la jurisprudence, le juge est plus exigeant, tout comme le patient.* » L'assureur précise toutefois que 90 % des dossiers clos sont réglés à l'amiable. Le coût moyen par condamnation se stabilise à un niveau élevé : 269 258 euros au 31 décembre 2015. À noter que 19 dossiers ont abouti à des indemnisations supérieures à un million d'euros, dont 10 relatifs à l'obstétrique. L'assureur s'est penché sur la sinistralité spécifique des professionnels de santé (libéraux ou mixtes). C'est l'obstétrique qui engage les frais d'indemnisation les plus élevés : 63 % du coût de ces réclamations, contre 33 % pour la chirurgie. Ces déclarations de sinistres envers des praticiens exerçant à titre libéral sont en augmentation de 12 % sur un an. Dans un tiers des cas, les réclamations se font par voie contentieuse, devant les tribunaux. Autre enseignement de ce panorama du risque : les réclamations dans les établissements sociaux et médico-sociaux s'affichent également en hausse (1 941 en 2015), la plupart pour des préjudices matériels – pour un coût d'1,8 million d'euros. Par exemple, plus de 1 000 réclamations visent des hébergements pour personnes âgées pour des pertes, des vols ou des détériorations de biens appartenant aux résidents.

Un sans-abri sur dix est diplômé de l'enseignement supérieur

Pas moins de 14 % des sans-abri ont suivi des études supérieures et 10 % sont diplômés, selon une étude de l'Insee et de l'Institut national d'études démographiques publiée le mercredi 28 septembre. Cette année, pour la seule région Ile-de-France, la préfecture déclare mettre à l'abri 80 000 personnes chaque soir. Les chiffres globaux sont déjà connus. Mais ce que soulignent les deux auteurs de l'étude, le démographe Philippe Cordazzo et le sociologue Nicolas Sembel, l'est beaucoup moins. Pour eux, « *le phénomène de déclassement s'étend et le diplôme ne protège plus de la précarité* ». Ce diagnostic recoupe les observations du SAMU social de Paris qui, dans une enquête de 2011, avait dénombré 12 % de sans-abri ayant suivi des études supérieures et même 24 % de ceux hébergés dans des structures d'accueil. « *Faire des études, être diplômé n'empêche évidemment pas les maladies psychiatriques ou des addictions qui peuvent conduire à perdre son logement* », remarque Françoise Riou, qui dirige l'Observatoire du SAMU social de Paris. Diplômés ou non, qu'ils aient ou non suivi des études, un quart des SDF ont, au moment de l'enquête, un emploi. « *Ce n'est pas négligeable et cela corrige sensiblement la figure classique du SDF très éloigné de l'employabilité* », commentent les deux chercheurs. Et parmi les diplômés, 41 % ont régulièrement travaillé. Pour les diplômés en France, l'absence de logement est, dans 20 % des cas, motivée par une séparation d'avec leur conjoint, dans 10 %, par la perte de leur emploi et, dans 9 %, par l'incapacité de payer leur loyer. Au moment de l'enquête, 9 % des SDF dormaient dans la rue, mais 61 % d'entre eux avaient connu la rue au cours des douze derniers mois. C'est donc une expérience très répandue. 6 % des SDF diplômés auraient été à la rue au cours de leurs études et même 31 % pour ceux qui ont échoué à obtenir leur diplôme. « *Leur sans-domiciliation joue un rôle prépondérant dans la non-obtention de leur diplôme* », analysent les auteurs.

Les notes de lecture

« Effets pervers de la T2A sur les pratiques médicales en neurologie ou comment changer le paradigme soignant »

tribune de Sophie Croizier, David Grabli, Sophie Demeret, Francis Bolgert, Anne Léger, Caroline Papeix, Benjamin Rohaut, François Salachas, Karine Viala, neurologues (groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris). Intervention du 29 janvier 2016 devant la commission présidée par Olivier Véran par M^{me} Viviane Benoit-Renault

Les auteurs de cette tribune démontrent que la Tarification à l'Activité (T2A), lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », engendre des effets pervers sur les pratiques médicales en neurologie et les dénoncent avec force. Les pathologies neurologiques ont une double particularité : des patients avec des maladies chroniques handicapantes et graves et des trajectoires et parcours de soins complexes.

Les maladies neurologiques concernent plus de deux millions de personnes (AVC, maladie de Parkinson, SLA, etc.) et sont donc un véritable enjeu de santé publique. L'hôpital est en première ligne de la prise en charge des patients pour le diagnostic, le suivi de l'évolution ou l'aggravation de ces maladies et l'accueil, par ses locaux adaptés, de personnes handicapées. Les trajectoires et parcours de soins des patients sont complexes, particulièrement lors de l'aggravation progressive du handicap : aux difficultés médicales s'ajoutent celles d'ordre social. Pour le patient, le diagnostic de ces complications est prioritaire pour anticiper et individualiser un projet d'accompagnement dans la durée. Le parcours de soins du patient atteint de maladie neurologique (séjours plus longs, prévention, suivi et coordination entre différents acteurs) souligne les limites et les effets pervers de la T2A conçue dans une logique de survalorisation de l'acte technique ou des maladies simples. Les maladies chroniques et les longs séjours sont financièrement moins rentables pour l'hôpital, le pôle ou le service. La construction du « business plan » de la structure, les prévisions de retours sur investissements et les recommandations administratives à faire toujours plus d'actes créent une pression insidieuse auprès des équipes soignantes car la complication et l'aggravation d'une maladie, le recours aux moyens techniques lourds sont plus lucratifs que la prévention, essentielle pour les maladies neurologiques. Enfin, la primauté donnée à l'ambulatoire et aux lits d'hôpitaux de jour pour des motifs écono-

miques induits par la T2A conduit à la réduction des lits d'hospitalisation traditionnelle dont les patients ont cruellement besoin pour répondre aux spécificités de leurs maladies.

Les auteurs concluent à propos de la T2A: « *Il ne s'agit même plus de qualité des soins mais d'une véritable maltraitance institutionnelle. Comment expliquer à nos patients que nous ne pourrions peut-être (sans doute) pas les accompagner lorsqu'ils auront besoin de nous dans des situations de grande détresse ?* »

Le courrier des lecteurs

Lettre de Michel Katchadourian : Pour en finir avec les « sans dents » et les privés de lunettes, tout en continuant à militer pour le remboursement à 100 % par la sécurité sociale. Je propose que les remboursements de la Sécu atteignent immédiatement le niveau de la CMU-C comme première étape : explication !

Le diagnostic officiel est pessimiste, le pronostic plus encore : le système de santé français connaîtrait une « crise profonde » ; il serait « en faillite » faute de pouvoir « réguler l'explosion » des dépenses de santé ; malgré un « trou de la Sécu abyssal », il ne garantirait même pas un accès universel à des soins de qualité. Et les gouvernements, les experts et les journalistes de stigmatiser « l'exception française » pour mieux célébrer nos voisins européens qui eux, auraient eu le courage d'engager des réformes certes difficiles mais nécessaires. Un examen attentif de ces réformes montre toutefois, qu'il n'existe pas d'exception française et que les systèmes de santé européens sont mis en crise dans le but de privatiser et de libéraliser le secteur, avec les encouragements de l'Union européenne et de l'OCDE.

Le paradoxe veut que ce soit le cancre des pays développés en matière de protection sociale et de dépenses de santé - les États-Unis - qui inspire désormais les « décideurs ». En France, l'État resserre son emprise sur l'Assurance maladie et les professionnels de santé, pour mieux les livrer aux assureurs et aux compagnies financières.

Et si la « gauche » se gargarise depuis des années de la Couverture Maladie Universelle, notre pays n'est pas à l'abri de la doxa néolibérale. Il est important pour tous les acteurs d'une protection sociale solidaire et universelle de travailler à faire la clarté sur ces enjeux et sur la réalité pour ne pas laisser s'installer des espoirs qui seraient vite déçus concernant le faux caractère alternatif des projets et mesures spécifiques pour pauvres. Non, vraiment l'alternative n'est pas au niveau de la CMU and Co.

Comprendre pour agir, Agir pour comprendre !

La C.M.U. Complémentaire prend en charge :

- le ticket modérateur (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;

- la participation forfaitaire d'un euro ;
- le forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation ;
- les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale (O.D.F.), les lunettes (verres et monture),
- les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.), au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

Dispense d'avance de frais : Sauf cas particulier rien à payer lors d'une consultation médicale dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou d'une hospitalisation, ni pour les soins (actes infirmiers, actes de kinésithérapie, etc.), ni pour les analyses de laboratoire et les médicaments, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin et remboursables par l'Assurance Maladie.

Plus de feuilles de soins, mais parfois des devis :

Les professionnels de santé envoient la demande de règlement de leurs honoraires directement à votre caisse d'Assurance Maladie. Pour la demande de prise en charge de certaines prothèses (auditives, couronnes dentaires, etc.) ou de lunettes, le dentiste, l'opticien ou l'audioprothésiste établira au préalable un devis à adresser à la caisse d'Assurance Maladie.

Un médecin généraliste, un médecin spécialiste ne peut demander un dépassement d'honoraire, même s'il le pratique habituellement (« secteur 2 »)

A l'hôpital : Les soins et le forfait journalier correspondant à l'hébergement et aux repas sont gratuits.

Chez le pharmacien : pour les médicaments remboursables, pour les pansements et autres produits, le pharmacien doit proposer un article pouvant être pris en charge à 100 % au titre de la CMU Complémentaire.

Chez le dentiste : pour le traitement des caries, le détartrage, les examens de contrôle, pour les couronnes et prothèses, il doit être établi un devis afin qu'il évalue le montant qui lui sera demandé. Ce devis n'a pas besoin d'être transmis préalablement au médecin conseil de l'assurance maladie. Les soins peuvent commencer immédiatement.

Chez l'opticien : une paire de lunette par an. Les verres sont gratuits sauf demande particulière (verres incassables...), la monture est gratuite si elle coûte moins de 22,90 € et doit être proposée dans cette gamme de prix. Les lentilles sont remboursées de la même façon que pour les assurés hors CMU.

Au laboratoire d'analyses médicales : pour les examens et analyses prescrits par le médecin et remboursés par l'assurance maladie.

Pour les appareils auditifs : un appareil auditif externe de 443,63 € maximum sur 2 ans. Pour les plus de 20 ans, prise en charge du 2^e appareil sur une base plus réduite : -199,71 €

La CMU-C ce n'est pas la panacée mais l'accès aux soins est facilité. En étendant ce niveau de remboursement de la sécurité sociale immédiatement à toute la population. En l'intégrant au régime général de la sécurité sociale, on gommerait en partie les graves défauts de cette disposition qui n'a aucun financement patronal, ni étatique.

La couverture maladie universelle c'est la discrimination, la remise en cause des principes d'universalité d'égalité, d'unicité. « Une pauvre mesure faite pour les plus pauvres » pour paraphraser Ambroise Croizat. Mais pas seulement... après le mouvement social de 1995 contre le plan Juppé, il fallait pour la sociale démocratie avec la complicité des sociétés d'assurances, apporter une réponse à la colère sociale qui ne remette surtout pas en cause, les critères de Maastricht à l'époque ...

En montant immédiatement le remboursement de la Sécurité sociale à un niveau correct, on remet en cause le dogme des 3 % indépassables, le respect des critères néolibéraux inscrits dans les traités mortifères de l'UE et signés par les gouvernements successifs. On remet sur les rails la Sécurité sociale comme clé de voûte de notre protection sociale. On fait perdre aux assurances leur pseudo-légitimité sociale acquise avec la gestion de la CMU, ce qui les autorise à revendiquer la gestion au premier euro. Enfin pour la population

il y a égalité de traitement ce qui facilite les convergences de rassemblement entre travailleurs pauvres, chômeurs, émigrés, jeunes, seniors ...

On agit dans le sens d'une meilleure prévention : Prévention des chutes, des accidents de la circulation, de l'échec scolaire etc., avec un bon remboursement de lunettes adaptées, des verres de qualité, des prothèses auditives conformes aux progrès technologiques ! Prévention des maladies cardio-vasculaires, de l'ostéoporose, accès facilité à l'emploi etc., avec un meilleur suivi des soins et des prothèses dentaires mieux remboursées ! On en termine enfin, avec des systèmes spécifiques suivant l'âge, les revenus etc. On revient à l'esprit du CNR. On améliore de façon significative le pouvoir d'achat de la population, via l'amélioration du salaire socialisé et la suppression du reste à charge. On agit concrètement contre l'austérité, contre cette crise, sanitaire, financière, économique, sociale, culturelle ...

Je rappelle que :

La CMU Complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé, sont financées par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs et par la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé. A la finale et en clair, un transfert de charges sur les ménages qui peuvent encore se payer une complémentaire santé. Le coût de la complémentaire santé devient exorbitant et crée des différences et de l'exclusion notamment dans le cadre des accords groupe dans les entreprises (loi **Évin** du 31 décembre 89 qui légalise un deuxième système obligatoire d'où sont souvent exclus les retraités, les intérimaires, les licenciés etc.). Ce dispositif vient d'être renforcé via la complémentaire obligatoire à l'entreprise avec les effets pervers qui vont très vite se révéler au grand jour.

Afin de trouver une solution aux problèmes que crée cette assurancialisatoin de notre protection sociale à tous les étages, des mesures sparadraps sont avancées (ex. chèque santé). Ces propositions si elles peuvent paraître de bons sens sont porteuses d'effets funestes. Les assurances and Co étant les financeurs uniques du Fonds CMU et de la complémentaire santé à l'entreprise, vont demander une révision complète de la gouvernance et du financement de notre protection sociale. La suite logique sera de demander le remboursement au premier Euro, la mise en concurrence de l'Assurance maladie afin que les assurés aient

le « libre » choix. Il faut bien être « libéral » dans une Europe de « concurrence libre et non faussée »! Avec l'aide à la complémentaire santé, via un crédit d'impôt ou un chèque pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel, nous sommes dans une logique néolibérale. Des fonds publics qui alimentent des assurances privées et les systèmes individualisés, c'est la vieille école économique Milton Friedman des années 1930 !

Cela ne doit pas nous faire perdre de vue bien sûr notre objectif d'une prise en charge à 100 % et de renouer avec la bataille pour reconquérir l'élection des représentants des assurés sociaux à la sécurité sociale (supprimée depuis 1983).

C'est une urgence sociale et économique de stopper la courbe ascendante assurantielle, de reprendre la route solidaire. On peut choisir de placer la barre très haut, mais si c'est pour ne jamais la franchir je n'en vois pas l'intérêt immédiat pour la population. Ma proposition est déjà entendable par les citoyens, les associations. Accessible techniquement car tous les logiciels des organismes de Sécurité sociale et structures de santé sont déjà adaptés pour gérer la CMU-C donc aucun problème pour monter le niveau des remboursements Sécurité sociale à cette hauteur immédiatement.

« Il est temps que le malheur succombe » sur ces enjeux de société que sont la santé et la protection sociale !

Les documents

Sommes-nous toujours progressistes ? *Intervention à l'université d'été du PCF le 17.08.2016*

Par Jean-Michel Galano, philosophe

Maurice Thorez concluait en 1960 son livre « Fils du peuple » en adressant à la France une citation de Victor Hugo, extraite du poème « Plein ciel » dans *La Légende des siècles* :

« Où va-t-il, ce navire ? Il va, de jour vêtu,
A l'avenir divin et pur, à la vertu,
A la science qu'on voit luire,
A la mort des fléaux, à l'oubli généreux,
A l'abondance, au calme, au rire, à l'homme
heureux,
Il va, ce glorieux navire. »

Plus d'un demi-siècle après, et après tout ce qui s'est passé, je reconnais encore mon idéal communiste dans cette citation, sous réserve d'une modification importante. Plus personne de nos jours ne crie « vive le progrès ! ». Il en est même pour vanter la décroissance, la frugalité voire « le retour aux forêts ».

Que s'est-il donc passé ?

Incontestablement, une série de désillusions. Plus encore, une des caractéristiques majeures de la situation actuelle, c'est la réalité de régressions gravissimes dans la vie des hommes et des peuples, régressions d'autant plus inacceptables qu'elles vont de pair avec des progrès techniques et même des révolutions extraordinaires dans de nombreux domaines : production, santé, communication... Les inégalités explosent, mais aussi l'on voit dans de nombreux domaines la profusion au rabais, là où c'était il y a encore peu le règne de la rareté. Il nous faut désormais non plus chercher les informations, mais plutôt les trier. Si la consommation s'est développée, on assiste à l'invasion des choses produites au rabais : pseudo-culture, « prêt à penser », vie politique démonétisée, junk food, et tout ce que Norman Maler appelait vigoureusement « the shits ».

Pour s'y repérer, il n'est sans doute pas inutile de revenir brièvement sur la genèse de l'idée même de progrès, son ambition mais aussi les fragilités dont elle était porteuse sous sa forme traditionnelle – fragilités qui expliquent largement pourquoi elle est actuellement mise en question.

Une généalogie complexe marquée par « le rêve industriel »

L'idée de progrès dérive à l'évidence de ce qu'on peut appeler les « faits de progression » et relève en ce sens d'une métaphysique du temps : il y a progrès quand le temps s'unifie dans un processus au lieu de s'éparpiller, quand un segment temporel AB fléché de A vers B est tel que B suppose A et que $B > A$, quels que soient les critères de cette supériorité. Mais il y a là bifurcation entre les conceptions qui font de A un simple moment voué à la disparition (comme par exemple un simple point d'appui, une marche d'escalier) et la conception hégélienne de l'*Aufhebung*, où les moments dépassés restent conservés dans un mouvement qui « constitue la vie du Tout »⁽³³⁾.

Plus profondément, il nous faut à cette occasion distinguer le temps naturel, cyclique et répétitif, celui des cycles, des semailles et des moissons ou encore des rythmes circadiens, et le temps historique. La vie d'un individu est faite d'irréversibilité, toutefois la vie de l'individu fait partie des cycles naturels : c'est tragique si l'on veut, mais ce n'est pas historique. La temporalité historique suppose, et c'est là le point de rupture, une révolution dans les rapports de l'homme et de la nature, ce que Marx appelle une « rupture métabolique »⁽³⁴⁾, à savoir non pas l'adaptation de l'homme à la nature, mais l'adaptation de la nature aux besoins humains, avec la nécessité impérieuse (mais pas toujours respectée) de chercher un nouveau métabolisme.

Prenons un exemple élémentaire, celui de la pierre taillée. Dans cet acte de travail le plus simple, il faut néanmoins distinguer trois moments :

- l'homme regarde la pierre et l'image taillée : c'est le projet : « Le travail réalisé préexiste idéalement dans l'imagination⁽³⁵⁾ du travailleur » (Marx).
- le travail effectif, vivant, qui est une application et qui a pour caractéristique de durer, si court soit-il,

³³ Préface de la *Phénoménologie de l'esprit*, 1, 1807

³⁴ *Le Capital*, notamment livre I et III, mais aussi *l'Idéologie allemande*

³⁵ En allemand *Bildung*, terme qui veut dire indissociablement représentation, construction et formation psychologique d'une image.

et de remplacer les « connexions naturelles » par d'autres « connexions. »

- enfin, le temps du bilan : la pierre est taillée, et l'homme compare ce qu'il a réalisé avec son projet initial. Il y a toujours un écart, en général négatif, qu'il mesure : imagination, mémoire, comparaison, mesure, jugement : toutes les soi-disant « facultés » psychologiques, qui sont sociales aussi, car son projet se sédimente hors de lui et prend forme objective, matérialité et existence sociale, naissent de là.

Mais il y a plus : les objets ainsi créés, et qui permettent à l'homme de « s'emparer » de la nature, créent à l'espèce humaine une sorte de « nature intermédiaire », qui à la différence de l'usage biologique des organes du corps exige apprentissage et appropriation, et donc aussi stockage, outils sociaux de conservation et de transmission, voire de codification. Un processus cumulatif est ainsi initié.⁽³⁶⁾

Ajoutons encore une chose : l'acte de travail effectif conjugue et lie dans une unité dialectique très forte continuité et rupture : continuité de l'effort, malgré les tendances naturelles à la dispersion, mais rupture par là même avec cette tendance naturelle à l'entropie. Dans l'ordre humain, l'identité est une identification. Mais il apparaît alors que le progrès dans son essence dialectique contient cette tension entre continuité et rupture : le penser comme simple continuité va être une caractéristique de la pensée des Lumières. L'envisager seulement sous l'angle des ruptures est une tentation beaucoup plus contemporaine, qui revient à minimiser les acquis historiques des luttes et des combats émancipateurs.

Ce qui rend donc possible la métaphysique du temps qu'exprime l'idée de progrès, c'est donc en premier lieu la réalité anthropologique du travail, et l'idée de progrès est d'abord une abstraction réalisée à partir de cette réalité-là.

Cette conception se trouve déjà en germe chez Eschyle⁽³⁷⁾ : Prométhée aurait arraché aux dieux non seulement la lumière du feu, mais aussi ses propriétés... Une autre caractéristique de l'idée de progrès est dès lors en germe : sa caractérisation essentiellement humaniste. L'homme n'a plus à se conformer à une

nature ou à une condition, il est à lui-même sa propre norme. Pas de progrès sans liberté. Et un fort contenu laïque, un contenu d'émancipation, va s'attacher à l'idée de progrès. Sa contestation, de fait, prendra le plus souvent sinon toujours, des formes réactionnaires et antihumanistes.

Les prémisses de la révolution industrielle donnent corps et matérialité à l'idée de progrès entendue comme globalisation. Il y a bien sûr les résultats de moins en moins contestables dont les nouveaux savoir-faire techniques, industriels, médicaux peuvent se prévaloir. La bourgeoisie industrielle qui cautionne le projet de l'Encyclopédie substitue un idéal de bonheur à l'antique idéal de grandeur. Si elle n'a pas encore le pouvoir politique, elle a déjà le pouvoir économique, et les « philosophes des Lumières » ont de bonnes raisons de penser que le « rétablissement des sciences et des arts » (c'est-à-dire les nouveaux moyens financiers et institutionnels conférés aux techniques, dites encore « arts appliqués ») auront des retombées positives y compris sur le bas peuple. L'idée que le progrès matériel est bon par nature s'affirme dès lors. Il n'est pas jusqu'aux courbes géométriques, aux « progressions » exponentielles si prisées à l'époque, qui ne semblent confirmer l'idée d'un progrès linéaire et infini.⁽³⁸⁾

Rousseau, Malthus, Hegel, trouble-fête et doctrinaires

L'idéal progressiste dont la philosophie des Lumières était porteuse va toutefois recevoir des coups sévères. Je ne parlerai pas ici, sans doute à tort, du déclin des Lumières, très sensible partout et notamment en Allemagne, quand la crise économique, sociale et politique a suscité une résurgence des nationalismes et le retour, avec l'irrationalité romantique, des « ombres de la nuit » (Moses Mendelssohn).⁽³⁹⁾

Le premier est porté par Rousseau. Homme du peuple, Rousseau ne l'est pas plus que Diderot, encore qu'il ait eu davantage que ce dernier à souffrir de sa différence (Genevois, donc protestant et républicain, mais surtout étranger, fragile psychologiquement et faisant un peu « tache » dans ce milieu déjà conformiste). Avec beaucoup de courage et de lucidité, Rousseau se met à contre-courant. Pendant un certain temps, il jouira d'une certaine considération, à savoir tout le temps qu'on le prendra pour un simple ori-

³⁶ Au bout d'un certain degré d'acculturation, les fonctions organiques elles-mêmes sont médiatisées dans des « techniques du corps » appropriées par l'individu de façon partiellement instinctive à l'intérieur d'une communauté culturelle donnée (gestes de la vie quotidienne, etc.).

³⁷ Prométhée enchaîné

³⁸ Idée que l'on trouve notamment chez Leibniz

³⁹ Voir à ce sujet Henri Brunschwig, *Société et romantisme en Prusse au XVIII^e siècle* (Aubier-Flammarion 19972)

ginal épris de paradoxes. Or Rousseau est sérieux. Le moment séminal dans l'élaboration de sa pensée, tout le monde le sait, c'est « l'intuition de Vincennes » : en route vers la prison de Vincennes où il va rendre visite à Diderot, il lit dans le journal l'énoncé de la question mise au concours par l'académie de Dijon : « Si le rétablissement des sciences et des arts a contribué à épurer les mœurs ». Là, tout se coagule. Il va répondre : en rien ! Nous sommes en décadence. Dans ce texte⁽⁴⁰⁾ de tournure très rhétorique, on ne retiendra que le corps de l'argument : bien sûr, il y a eu des progrès, dans les domaines les plus variés, et comment le nier ? Pour autant, il n'y a pas eu le progrès. La diffusion des sciences a gonflé les esprits d'un faux savoir, les progrès de la médecine nous ont rendus mous et « efféminés » (sic), etc. Bien avant Hegel, Rousseau saisit le caractère dialectique des progrès humains, et qu'ils peuvent se retourner en leur contraire. C'est cette sensibilité à la contradiction qui est au cœur de la pensée rousseauiste. Rousseau cherchera à résoudre le problème dans la double sphère du droit politique et de l'éducation : créer un homme nouveau qui sera « le citoyen ». Mais cette idée n'est assortie d'aucun essai de sauvetage du progrès technique et technologique, bien au contraire : « L'industrie et l'agriculture... ont civilisé l'homme et perdu le genre humain » (*Discours sur l'origine de l'inégalité*). Donc, des progrès locaux et une régression globale. Ce point de vue va alimenter certaines idées « décroissantistes » qui se réclament de Rousseau, à tort ou à raison, et intéressera fortement Marx, qui semble l'évoquer au début de la *Critique du programme de Gotha*, comme une pensée critique quelque peu stérile. Et de fait il est sûr que Rousseau reprend le thème antique, très prisé notamment par les Stoïciens, d'une norme naturelle ou plutôt d'une nature normative.

Thomas Malthus (1766-1834) apparaît comme un autre trublion. Mathématicien et économiste, il revient sur ces courbes progressives qui avaient tant inspiré les penseurs des Lumières, entre autres Condorcet. Et c'est pour remarquer que selon les cas, les progrès ne suivent pas des courbes identiques : alors que la progression des richesses suit une progression arithmétique (1, 2, 3, ..., n, n+1...), le nombre des hommes suit une progression géométrique (1, 2, 4, 8, 16, 32, n, nx2...), et l'on a donc deux courbes qui s'éloignent rapidement l'une de l'autre. D'où la nécessité de décisions politiques qui imposeront de mettre la science en rapport étroit avec l'économie : redresser la première

courbe par l'amélioration des conditions de la production, abaisser la seconde par des politiques de limitation des naissances. Il met ainsi fin à la conception libérale du progrès, marquée par le « laissez-faire. »

Hegel est lui aussi un trouble-fête, il est surtout un doctrinaire, au sens où il élabore la notion d'*Aufhebung*, déjà évoquée, et qui passera dans Marx. Hegel, beaucoup moins admiratif de Rousseau que ne l'était Kant, partage toutefois avec l'auteur de l'Émile un fort ressentiment envers l'*Aufklärung*, dont il dit que « ce fut la platitude absolue ». Sa critique s'adresse à la pensée d'entendement caractéristique de la philosophie des Lumières : pensée purement analytique, qui détache ce qui est lié, ignore superbement les notions de totalité et d'organicité, et la vie en général. Pensée qui érige l'entendement en puissance absolue et pour qui « la mort est la vie de l'esprit »⁽⁴¹⁾. Or ce qui est supprimé, dépassé, est souvent aussi relativisé. Et c'est là que l'approche hégélienne du progrès se révèle d'une profondeur proprement inouïe. L'histoire des sciences nous en donne de multiples exemples : la géométrie d'Euclide n'est pas réfutée par celle de Riemann, elle en devient un cas particulier... Les sciences de la vie et leurs applications, pensons à la vaccination, montrent que paradoxalement l'injection d'un mal permet la création d'anticorps, qu'il peut y avoir « un petit mal pour un grand bien »⁽⁴²⁾, qu'il peut inversement y avoir « excès de bien » (l'accoutumance aux antibiotiques...), bref que la dialectique n'est pas une technique du discours, mais est avant tout quelque chose qui existe dans la réalité, matérielle comme humaine.

« Les choses progressent toujours par le mauvais côté », dira le jeune Marx. Telle est selon Hegel « la ruse de la raison ». La raison se sert de la passion. Le moulin à vent utilise la force aveugle du vent. On voudrait que l'émancipation des femmes ne se recommande que de femmes admirables telle que Marie Curie et de tant de féministes courageuses et convaincues. Mais Margaret Thatcher, Golda Meir, Indira Gandhi ont peut-être fait davantage pour l'émancipation féminine, à leur corps défendant. Dans l'histoire des sciences et des techniques, l'erreur n'est

⁴¹ Préface à la *Phénoménologie de l'esprit*, 2. Voir aussi dans le tome II de la *Phénoménologie de l'esprit*, le chapitre sur « Les Lumières ».

⁴² Comme le remarque Lucien Sève dans *Penser avec Marx aujourd'hui ; la philosophie ?*, (La Dispute, 2014), Lucien Sève, qui consacre toute une partie à la dialectique, remarque qu'un important savoir dialectique imprègne la culture populaire ; « Les extrêmes se touchent », « qui aime bien châtie bien », « plus ça change et plus c'est la même chose », « tant va la cruche à l'eau... », etc. Cette sagesse populaire souligne à sa façon les contradictions inhérentes à tout progrès.

⁴⁰ *Discours sur les Sciences et les arts*, 1750

pas toujours un écart regrettable, elle est souvent au principe même de la découverte. Exemple classique : les échecs de la technique, Galilée et les fontainiers de Florence, Semmelweiss et la fièvre puerpérale, Pasteur et la maladie des vers à soie...

Plus tragiquement, le progrès est corrélativement destruction : les orages pubertaires détruisent la douceur enfantine, l'expérience du pouvoir, disent les sociaux-démocrates avec empressement, détruisent les illusions, Rocard : « J'ai été un briseur de rêves », tirons-en la leçon qu'il faut savoir rêver. Faulkner montre bien la société sudiste détruite par la vulgarité nordiste. La mixité sociale, la mixité scolaire, détruisent des choses belles et paisibles. Tout cela alimente l'idée de décadence. « Ils sont beaux, ils vont mourir », dit Saint-Exupéry à propos des peuples nomades d'Afrique du Nord dans *Citadelle*. Des savoir-faire ouvriers deviennent à jamais obsolètes. La calligraphie. François Dagognet parle dans *La Raison et les remèdes* du geste chirurgical désormais ralenti à des fins d'enseignement et souvent fragmenté. Oui, si progrès il y a, il est contradictoire et dialectique. Mais nous sommes progressistes au sens où nous ne nous en tenons pas à ce constat. Dans le progrès, il doit y avoir intervention d'un sujet collectif muni d'un projet.

Des dialectiques redoutables

L'analyse des mutations de la société française au 24^e congrès du Pcf, celle des mouvements du monde au 25^e, notre analyse actuelle de la situation globale du monde, témoignent d'une mise au premier plan de la question de notre progressisme, qui ne doit pas rester de principe ni se cantonner dans les questions sociétales, mais doit être global et intégrer la prise en charge des contradictions, mais sur une base de gauche et sur une base de classe.

Le mouvement des sociétés a cessé d'aller « dans le bon sens ». L'optimisme affiché par ceux qui disaient au 27^e congrès que « la force de la politique est en train de l'emporter sur la politique de la force » a été tragiquement démenti. On le voit à l'échelle de la planète. On le voit aussi dans la société française. Notre progressisme était de l'ordre du constat, il est désormais de l'ordre de la volonté politique.

Mais revenons à l'exemple de la société française (qui vaut *mutatis mutandis* pour d'autres). Les progrès réels qui ont eu lieu, et qui sont en tout cas des données irréversibles, ont été pervertis par le capitalisme et la logique du profit : l'analyse des mutations que fai-

sait Georges Marchais dans son rapport introductif au 24^e congrès du PCF (1982) m'apparaît exemplaire. Après avoir observé que dans tous les domaines, la France avait changé de visage de façon extrêmement profonde depuis le milieu des années cinquante⁽⁴³⁾, Georges Marchais ajoutait : « Est-ce à dire que nous avons vécu une espèce de conte de fées et que notre patrie ressemblerait à je ne sais quel pays de cocagne ? Bien loin de là. Non seulement les progrès réels n'ont pas résolu tous les problèmes, mais encore la logique du profit a limité, tronqué, voire inversé ces progrès eux-mêmes. Elle a fait naître et mûrir une crise profonde de la société. »

Et il précisait immédiatement sa pensée : « Par exemple, au lieu d'améliorer la condition de l'homme et de la femme au travail, l'introduction des progrès scientifiques et techniques a souvent débouché sur la déqualification massive ; sur la généralisation du travail en miettes, répétitif et ennuyeux, sur l'augmentation du nombre des ouvriers et ouvrières qualifiés. Au lieu d'alléger la charge de travail, les progrès de la production et de la productivité ont surtout accru l'exploitation. »

De la même manière, la féminisation a débouché sur une surexploitation des travailleuses, dans l'entreprise et au-dehors. A l'extension de la scolarisation ont correspondu une aggravation de la sélection sociale et une très grave crise de l'école. L'urbanisation intensive a entraîné une marginalisation du monde rural, ainsi qu'un dérèglement des modes de vie et des relations sociales et familiales dans les villes, en particulier dans les grandes cités. De puissant moyen d'information, de communication et de culture, la télévision est devenue, pour une grande part, moyen de manipulation, d'obscurantisme, de standardisation des idées, d'isolement.

Il n'y a rien à retrancher dans cette analyse, et les actualisations qu'on pourrait en faire prendraient la forme d'ajouts plutôt que de rectifications : il faudrait parler du chômage de masse et de la casse industrielle entraînés par la finance mondialisée et la dictature des marchés, de l'ubérisation désormais effective et de la dramatique crise de sens qui affecte nos sociétés. Il faudrait dire quelque chose de plus sur les banlieues, et aussi sur la révolution numérique : la dématérialisation et la facilitation d'une partie du travail qui tend à

⁴³ Il donnait des éléments quantitatifs impressionnants : davantage d'universités construites en 25 ans que depuis le Moyen-Âge, accession massive des Français à l'automobile, à la télévision, au crédit, quadruplement de la consommation depuis la Libération...

éloigner la matière de l'opérateur. Le travail sur écran se généralise. La transmission des savoir-faire ouvriers perd de l'importance. En même temps et contrairement, les bases d'une réimplantation de certaines industries en pleine ville sont ainsi créées.

Car là où tout se joue de façon véritablement décisive, c'est au travail. Ce que j'ai dit au début en citant Marx et le chapitre 5 du *Capital I*, regardons-en la suite de nos jours. L'homme a cessé d'être une force productive directe: dans des sociétés telles que la nôtre, où le mouvement ouvrier a pu imposer des droits et des garde-fous, il y a des limites d'âge (remises en cause, car la facilitation du travail donne des idées au patronat : pourquoi désormais ne pas travailler plus jeune ? Plus vieux ?). Autant dire que c'est sur le terrain de l'homme au travail que la partie essentielle se joue. Avec pour nous une triple exigence :

- celle d'une appropriation par les nouvelles générations de processus de plus en plus complexes, diversifiés et intellectualisés ;
- celle qui consiste à prendre conscience que chaque progression d'une technique est commandée par des choix, choix de certaines options ou possibilités contre d'autres ;
- et la nécessité d'une gestion démocratique, en tout cas non autoritaire, de ces avancées.

Je reviens une dernière fois sur l'analyse de Georges Marchais : l'essentiel demeure d'actualité. La fécondité de ce noyau n'a pas été épuisée. Mais il faut souligner aussi ce qui était l'axe de l'analyse : l'inversion des potentialités dont les progrès scientifiques et techniques sont porteurs doit être dénoncée comme une injustice. C'est l'injustice elle-même. Notre combat pour le progrès est un combat pour la justice, c'est-à-dire pour le progrès au service des humains, non pas pour le progrès « en soi » ni pour « l'homme » réaffirmé en tant que valeur abstraite, mais pour un épanouissement effectif des potentialités de chacun et chacune. Pas de liberté sans moyens réels d'épanouissement et d'émancipation. Moyens matériels, moyens juridiques, moyens institutionnels, temps. Progrès sociaux aussi, qui ne doivent pas être subordonnés au progrès social ni substitué à lui, mais coordonnés avec lui. Les aspirations sociétales sont souvent premières dans les prises de conscience individuelles. L'aspiration au bonheur ne se divise pas. Mais comment faire droit à ces aspirations ? Comment passer de l'idée de progrès au progrès effectif ?

Cela pose la question de l'organisation. Le progressisme ne saurait se contenter d'être une aspiration, un progrès en idée. Il ne peut pas davantage consister dans un perpétuel démolissage. Auguste Comte l'avait bien compris, à son époque et à sa manière : héritier pour une part de la pensée des Lumières, il considérait que « tout progrès suppose un ordre préexistant », ce qui l'amenait et à renvoyer dos à dos ce qu'il appelait les deux « partis » (imaginaires d'ailleurs) : les révolutionnaires et les conservateurs, et à écrire un « appel » à ces derniers. En substance, Comte considère que les révolutionnaires ont raison d'être pour le progrès, mais qu'ils ont tort d'être contre l'ordre : « des machines de guerre ne peuvent d'elles-mêmes devenir des instruments de construction. » Symétriquement, les conservateurs ont raison d'être pour l'ordre mais tort d'être contre le progrès : tenants de « l'âge théologique », ils ne ressusciteront pas ce que « l'âge métaphysique » a détruit.

Sous une forme elle-même très spéculative et datée, Comte dit quelque chose d'intéressant pour nous : être progressiste, c'est être constructif et pas seulement se débarrasser de ce qui est obsolète. Mais que construire, et avec qui ? Là se pose le problème de la démocratie, conçue elle aussi non pas comme vœu pieux, mais comme fin et moyen.

Et cela m'amène à dire un mot sur le « dépassement de la forme-parti », ce serpent de mer : il y a là une question légitime. Mais ceux qui la posent, que proposent-ils en réponse ? Le plus souvent, de simples régressions : passer du parti au « mouvement » invertébré et donc éphémère, se rallier à un homme autour de slogans... L'archaïque revient à grande vitesse sous les apparences du nouveau si l'on n'y prend pas garde. Les partis sont en fait, comme toutes les institutions, des structures de résistance au temps, des instances de longue durée, avec une cohésion, une mémoire, une existence sociale, des locaux, de l'argent à gérer, des relais institutionnels, et c'est cela qui leur permet d'articuler des aspirations jusqu'à en faire des revendications. Tout dépassement, pour être effectif (je l'ai dit en commençant) suppose un critère de dépassement, et ce critère ne saurait être autre chose qu'une augmentation de la liberté effective des hommes, qu'un meilleur épanouissement, qu'un gain d'autonomie, qu'une intensification de leurs relations avec les autres hommes et avec la nature, qu'une progression dans le passage jamais achevé de l'espèce humaine au genre humain.

Je remarque que parmi ceux qui font le pas d'adhérer au PCF n'ont pas à être convaincus que ce faisant ils se donnent une liberté nouvelle. La nécessité de s'organiser leur apparaît, à bon droit, comme une évidence.

Il est illusoire de s'imaginer qu'on pourra faire l'économie d'un investissement exigeant et attentif de toutes ces questions, et il est probable que beaucoup de réponses seront à inventer de toutes pièces. Mais il est probable aussi que l'aspiration à la justice, au bonheur et à la pleine réalisation de ses potentialités est à même de fournir à chacun non pas une norme à laquelle il lui faudrait se conformer, mais un cap.

C'est pourquoi, tout bien pesé, je relis les vers de Victor Hugo cités par Maurice Thorez :

« Où va-t-il, ce navire ? Il va, de jour vêtu,
A l'avenir divin et pur, à la vertu,
A la science qu'on voit luire,
A la mort des fléaux, à l'oubli généreux,
A l'abondance, au calme, au rire, à l'homme
heureux,
Il va, ce glorieux navire. »

... et je me dis que je suis d'accord, à condition de ne plus voir dans le « glorieux navire » une force qui va, irrésistible et appuyée sur son inertie propre, mais un bateau en quelque sorte républicain, avec des choix à faire sur la route à suivre, sur la voilure et le choix des vents et des courants porteurs, avec du monde aussi en vigie et dans les soutes : moins assurée sans doute, mais au moins potentiellement plus fraternelle.

Note d'analyse de la nouvelle Convention Médicale 2017/2021

Par la CGT

NDLR : Nous donnons ici le texte d'analyse publié par la CGT sur la nouvelle convention médicale. Cette analyse nous est apparue comme étant le texte le plus pertinent publié sur ce sujet qui structurera longtemps la médecine ambulatoire. C'est pourquoi nous le donnons ici en document ainsi que la Déclaration faite lors du conseil d'administration de l'UNCAM.

Le jeudi 25 août 2016 le directeur de l'UNCAM et 3 des 5 syndicats représentatifs des médecins ont signé la 11^e convention médicale. Ce texte régit les relations tarifaires entre les médecins conventionnés (environ 115 000) exerçant à titre libéral, généralistes ou spécialistes des secteurs 1 et 2, praticiens hospitaliers exerçant en partie à titre libéral et fixe les tarifs opposables, consultations de référence, consultations majorées à 30, 46 et 60 €, les actes, les majorations et fixent les bases de remboursement aux assurés sociaux ainsi que la rémunération sur objectifs de santé publique – ROSP - (forme de prime d'intéressement), le contrat Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, les incitations financières dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux, etc.

L'application de cette 11^e convention médicale est en sus des 10 conventions précédentes pour les dispositifs non supprimés ou modifiés. À cette convention médicale s'ajoutent les dispositifs législatifs et réglementaires présents et à venir gérés par l'État et les ARS.

Au conseil de l'UNCAM du 21 janvier 2016, la CGT avait demandé un autre projet d'orientations à négociations avec les médecins afin :

- de prendre en compte les besoins et les attentes des assurés sociaux et des patients,
- de prendre les mesures afin de participer à l'amélioration de l'état de santé de toute la population en développant les actions de prévention aussi bien en lien le monde du travail et de l'environnement que dans la vie quotidienne,
- de lutter contre les inégalités sociales et celles d'accès aux soins, sachant que les mesures incitatives ont prouvé leurs limites et en mettant en œuvre des mesures désincitatives voire d'installer un numerus clausus d'installation,

- d'imposer l'application des tarifs opposables et de lutter contre les dépassements d'honoraires qui ne cessent de croître en nombre même si effectivement les dépassements leurs plus excessifs ont subi quelques reculs,
- de faire, auprès des assurés sociaux et des patients, la lumière et la transparence sur l'ensemble des rémunérations : les paiements à l'acte, les forfaits, les rémunérations et avantages accessoires intégrés à la convention médicale mais aussi les éléments pris en charge par l'État,
- de combattre la remise en cause de notre système de santé par cette loi dite de « modernisation » qui en fait remet en cause le service public hospitalier par la réduction de ses moyens et valorise l'exercice libéral.

Avoir une vision de l'ensemble des négociations à venir que ce soit celle avec les médecins mais aussi avec les chirurgiens-dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes afin d'avoir une approche globale et d'éviter les surenchères catégorielles. Une réelle reconnaissance des médecins dans leurs spécialités avec des rémunérations justes, réparables et transparentes. Une reconnaissance de leur rémunération comme tous travailleurs de notre pays et quel que soit son statut. Une reconnaissance basée sur l'excellence et la volonté de l'atteindre pour le bien de tous et non pas un système de bonus financiers pour atteindre des objectifs orientés et fixés d'avance.

Constatant le gouffre entre le projet d'orientations et les besoins des assurés sociaux, la CGT avait émis un avis défavorable au mandat qui nous était soumis et fixé dans le cadre des directives du ministère de la santé.

En effet, cette négociation avait fait l'objet d'une injonction de la ministre de la santé pour en fixer

le cap. Elle écrivait que les prochaines évolutions conventionnelles :

« doivent permettre la mise en place d'une politique de rémunération des différentes spécialités médicales qui contribue à renforcer l'attractivité et la reconnaissance de l'exercice libéral ».

Avec 3 objectifs :

« meilleure valorisation de la pratique et de l'expertise médicale et le soutien à la modernisation de l'organisation des soins de ville »,

« renforcer la prévention et le rôle de des médecins dans les actions de promotion de la santé, dépistage et sensibilisation de leurs patients à la bonne gestion de la santé »,

« garantir l'accès aux soins pour tous les Français sur l'ensemble du territoire ».

Tout en restant dans le cadre des réformes structurelles engagées par la loi de modernisation de notre système de santé et dans un cadre compatible avec la maîtrise des dépenses d'assurance maladie... ONDAM à 1,75 % pour 2016, 2017 et 2018.

Les consultations sont à ce jour à 23 € et dans les faits compte tenu des majorations, ROSP, cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie, et autres rémunérations, cette consultation coûte 31,87 € à l'assurance maladie... Au 1^{er} mai 2017 cette consultation de généraliste sera augmentée à 25 € (8,6 %), au 1^{er} juillet 2017 celle de spécialiste passera de 28 € à 30 € (+ 7 %) et la mise en œuvre de consultations complexes et très complexes à 30, 46 et 60 €. Les différents niveaux de prise en charge étaient déjà complexes et deviennent avec cette convention illisible pour les patients, qui n'y comprennent plus rien. Tout cela n'améliore pas l'accès aux soins... Au 1^{er} mai 2017, combien coûtera à l'assurance maladie une consultation de référence payée 25 € par le patient ?

Selon le communiqué de l'assurance maladie, « dire que la consultation à 25 € est une hausse sans incidence pour le porte-monnaie des patients » l'assurance maladie reconnaissant *que* 5 % de la population n'a pas de complémentaire santé et que leur reste à charger augmentera. Mais c'est ignorer que pour les 95 % autres, la charge des complémentaires augmentera et sera sans aucun doute répercutée sur les cotisations. Au final ceux sont toujours les assurés sociaux par leurs cotisations, la population par les impôts et les malades par le reste à charge qui paieront l'addition. Ceci est d'autant plus vrai que la participation des complémentaires sera d'autant plus importante que nombre de consultations et actes sont revalorisés ou

ajoutées avec un ticket modérateur (70 % du montant remboursable) qui reste le même. Que de plus cette convention médicale propose aux complémentaires une participation de 300 millions d'€ au lieu des 150 précédemment versés sous forme de taxes. Les complémentaires santé ne pourront pas rester inactives. De fait, leurs charges augmenteront et nous pouvons nous attendre à des vagues d'augmentation au fur et à mesure de la mise en œuvre de cette convention.

Si l'assurance maladie estime un investissement de 970 millions, en sus des 300 millions de transfert des complémentaires pour participer à cette convention, quelle est l'estimation des montants supplémentaires que les complémentaires devront engager et avec quelles conséquences ? La ministre avait fait le pari dans le cadre des contrats labellisés que le plafonnement des remboursements des complémentaires santé inciterait les médecins pratiquant des honoraires libres à baisser leurs tarifs et que l'accès aux soins s'améliorerait ainsi. Force est de constater, 8 mois après sa mise en œuvre, que le pari est perdu. Le recul forcé des remboursements par le plafonnement de ceux-ci entraîne une perte de choix pour ces patients, qui doivent désormais opter pour un médecin en fonction de leurs moyens. Certes, les français peuvent aussi choisir de se faire soigner à l'hôpital public ou chez des médecins ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires. Mais, dans ce cas, il faut souvent qu'ils s'arment de patience... Pire, dans des cas extrêmes, ils peuvent aussi renoncer temporairement à se faire soigner

En soi, les montants des consultations et actes peuvent être acceptables par la population à deux conditions essentielles :

Que la transparence des revenus directs et indirects des médecins soit mise en œuvre, que les avantages et rémunérations annexes soient connus de tous afin d'être informé en toute objectivité et combattre l'obscurantisme entretenus sur ce domaine.

Que le service rendu corresponde aux attentes et besoins de patients en matière de santé. Que l'engagement des médecins soit plein et entier et dénué de tout mercantilisme.

Le patient face au médecin est dépourvu de moyens de gestion de sa maladie et s'il est vrai qu'une véritable relation de confiance est établie, force est de constater qu'un corporatisme a été installé. Que celui-ci est entretenu par l'État dans sa volonté exacerbée de promouvoir l'exercice libéral et dans le même temps de réduire les moyens des services publics hospitaliers qu'ils

soient sanitaires ou médico-sociaux. Que ce même corporatisme des médecins revendique et continue à revendiquer :

- la liberté tarifaire (ouverture du secteur 2 à tarifs non opposables),
- la liberté d'installation et accepte à peine des mesures financières incitatives en zones sous denses en médecins (pour rappel ces zones sous denses sont en augmentation qu'elles soient rurales, semi-urbaines et même urbaines par le manque de médecins mais aussi de médecins à tarifs opposables). Nous rappelons que les mesures incitatives en œuvre depuis de nombreuses années n'ont pas permis de lutter contre les déserts médicaux et qu'un numerus clausus d'installation serait peu coûteux et efficace, de plus en plus d'acteurs du monde de la santé et de la politique le reconnaissent,
- la volonté de combattre la mise en œuvre du tiers-payant généralisé,
- la volonté de remettre en cause cette convention lors de prochaines échéances électorales pour avoir encore plus de libéralisme.

Seul un chirurgien libéral sur 4 a signé un contrat d'accès aux soins permettant de limiter les dépassements d'honoraires et moins d'un tiers dans l'ensemble des médecins. Ces taux sont encore plus faibles dans les grandes agglomérations, la même où les tarifs des médecins sont les plus élevés. Selon le Bloc, syndicat majoritaire de chirurgiens et obstétriciens, participant à ces négociations, « l'assurance maladie s'est rendu compte de ce problème, et a assoupli le contrat d'accès aux soins pour y attirer le plus de médecins possible, afin d'éviter l'explosion du reste à charge des patients » mais en attendant, les Français subissent de plein fouet ces dépassements et inégalités d'accès aux soins.

Mais curieusement, nous constatons que cette convention, au lieu de faire un réel diagnostic national, un état objectif des besoins en matière de santé pour la population, en termes de promotion de la santé, de prévention primaire et secondaire, de dépistage, d'accompagnement des patients, de lutte contre les maladies chroniques, de permanence des soins, l'instauration de réels « parcours de soins » pour remplir ces missions de services publics à donner lieu à des revalorisations conséquentes et des actions ciblées sur certaines pathologies, patients et médecins.

Ces consultations ciblées et valorisées financièrement sur quelques pathologies sont une réponse très

partielle et peuvent apparaître opportunistes et ceci pour 2 raisons :

1 / en ne ciblant que quelques pathologies, emblématiques pour certaines, mais en privilégiant celles-ci, ne sommes-nous pas dans un recul annoncé pour d'autres, faudra-t-il faire le constat lors de la prochaine convention médicale de changer ces choix ?

2 / la prise en charge des pathologies chroniques doit être l'œuvre d'un accompagnement global et dans le temps que ce soit en prévention, en soins, en accompagnement de ces malades.

L'approche de ces consultations fait le choix de cibler le curatif, alors que nous sommes demandeurs d'anticipation, de promotion et d'éducation sanitaire, de prévention afin que toute pathologie évitable soit réellement combattue dès la connaissance du risque et non pas dans le constat de la maladie. Elles portent la vision de consultations ciblées en quittant la prise en charge de la globalité de la prévention. Cette convention ressemble plus à une véritable reconnaissance de l'exercice libéral et plus particulièrement du médecin de premier recours avec un saupoudrage de mesures suffisamment conséquentes vers des médecins spécialistes.

Nous sommes demandeurs, avec un contrôle et un engagement fort des médecins, d'un pacte de responsabilités sur la prise en charge globale de leur patientèle, de l'amélioration de l'état de santé de leurs patients, de la mise en œuvre de stratégie globale de prévention, de réponses en anticipation aux attentes de la population, de la volonté de participer à une veille sanitaire et d'être déclencheur d'alerte afin de répondre aux plus tôt aux problèmes de santé. Alors que cette convention fait l'objet du déploiement de la philosophie d'encore plus de libéralisme, de la philosophie du chiffre, de l'accompagnement du tout financier, de l'application d'objectifs et d'encadrement essentiellement financier et très peu en termes d'amélioration de l'état de santé. En soi c'est la commande qu'avait passée la ministre de la santé.

La CGT est dans une toute autre logique, cette convention médicale ne répond pas aux attentes des assurés sociaux et malades, elle ne concourt pas à la réponse aux besoins de santé et d'amélioration de celle-ci et nous ne pouvons pas l'approuver.

Déclaration CGT au Conseil de l'UNCAM du mardi 30 août 2016 Concernant la Convention Médicale 2017/2021

Le Conseil de l'UNCAM (CNAMTS, MSA, RSI) est appelé ce 30 août à formuler un avis concernant le résultat de la négociation pour une nouvelle convention médicale, signée par 3 des 5 syndicats représentatifs des médecins. Cette convention fixe les tarifs de remboursement (consultations, actes de radiographie, de chirurgie...) et les autres rémunérations directes ou indirectes (forfaits, rémunération sur objectifs de santé publique, aides financières à l'installation, etc.).

Au Conseil de l'UNCAM du 21 janvier 2016, sur injonction du ministère de la Santé, la direction de la CNAMTS avait présenté ses orientations de négociations. La CGT les avait rejetées. Dans son explication de vote, les conseillers CGT avaient exposé un autre projet de négociations porté par une ambition d'en finir avec la néfaste politique comptable de maîtrise des dépenses de santé, sa logique du chiffre, d'objectifs et d'indicateurs pour seules références, de transferts d'activités et de responsabilités sur les professionnels de santé et plus particulièrement des médecins.

Poursuivant leur intervention, les conseillers CGT avaient démontré que la poursuite de la montée des inégalités dans l'accès aux soins et à la santé, imposait une nécessaire transformation du système de santé. Ainsi que la sortie des logiques du tout curatif pour enfin s'ouvrir à une politique globale de prévention, d'éducation et de promotion de la santé qui devrait être le fil conducteur de toutes les stratégies d'organisation du système. La redistribution de plus d'un milliard d'euros pour des intérêts particuliers qui viendront se soustraire par d'autres réductions d'offres de soins dans le cadre du PLFSS de 2017 reste contestable et ne réglera rien des défis posés à notre société dans son combat contre les processus d'exclusion. Aussi, la crise traversée depuis des décennies par la médecine libérale ne se solutionnera pas seulement par un pourcentage d'augmentation du prix à payer des consultations, mais bien par l'intégration de la médecine de ville à une stratégie globale de santé pour toutes et tous et la

remise en cause d'un paiement à l'acte exclusif, responsable en partie de la crise. Nous en sommes loin.

Aujourd'hui le directeur général communique en positif, satisfait d'avoir réussi une mission difficile assurant peut-être un avenir à la CNAMTS face à un ministère de la Santé toujours plus entrepreneurial. La CGT ne participera pas à ce concert de satisfécits. Rien des grands défis de la promotion de la santé n'est abordé. Aucune réelle mesure visant le déclin des dépassements d'horaires, responsable de l'exclusion des soins, fléau moral et éthique pour tous professionnels de santé attachés à leur métier, n'est engagée.

La prévention quant à elle se réduit une fois encore aux fléaux du tabac et de l'alcool hors de tout contexte, oubliant délibérément la santé du monde du travail ; de l'environnement et de la vie quotidienne et cette approche globale des enjeux du social, de la santé et de l'économique.

Enfin, nous en terminerons sur cette prétendue hausse de la tarification sans incidence sur les frais de santé des patients au dire de la direction de la CNAMTS. C'est faire peu de cas des exclus du champ des complémentaires santé qui vont subir de plein fouet cette mesure. C'est ignorer que pour les autres la charge des complémentaires santé augmentant, les cotisations vont à nouveau s'envoler, percutant de plein fouet un pouvoir d'achat des ménages déjà en berne. Avec cette convention, le gouvernement et la direction de la CNAMTS tournent le dos aux intérêts des assurés sociaux et perpétuent un système clientéliste. La CGT ne l'accepte pas et va poursuivre sa campagne de reconquête d'une Sécurité sociale de haut niveau et pour l'organisation d'un système de santé respectueux des femmes et des hommes qui œuvrent au quotidien à donner à toutes et tous des soins de qualité.

Réalisation, Impression:
 PublicImprim

Dépôt légal : novembre 2016

 **IMPRIM'VERT®**