



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°21
juin
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:

1 ^{er} juillet, avis de mis à mort de l'organisation sanitaire dans le pays Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Sécurité sociale et Mutualité Par M ^{me} Nora Tréhel et M. Marc Zamichiei	Page 9
Construire la sécurité d'emploi et de formation Par M. Sylvian Chicote, Inspecteur honoraire du travail	Page 16
Les GHT : Une restructuration d'ampleur Par M. Jean-Luc Gibelin, Directeur d'hôpital & Vice-Président de la Région Midi-Pyrénées, Languedoc Roussillon	Page 27
CRISPR-Cas9 : quel drôle de nom pour une technique qui suscite tant d'espoir et tant de craintes! Par le D ^r Michel Limousin	Page 28
Le devenir de la médecine du travail, retour vers le passé : hygiénisme et eugénisme social Par les D ^{rs} Alain Carré & Dominique Huez, vice-présidents de l'Association Santé et Médecine du travail	Page 30
Billet d'humeur du D ^r Fabien Cohen : Victimes des « low-cost » : les « sans dents » sont les laissés pour compte de l'Assurance maladie	Page 34

Le dossier : à propos du système de santé ambulatoire

Crise de la démographie médicale : le fruit d'une politique malthusienne criminelle Par la rédaction des Cahiers	Page 36
Urgences hospitalières : miroir grossissant des dysfonctionnements de notre système de santé Par le D ^r Christophe Prudhomme, Porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France, Membre de la direction de la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale	Page 40
Création de l'Institut de recherche Jean-François Rey L'interview du D ^r Hélène Colombani, Présidente de l'Institut, par le D ^r Claire Meignan, médecin généraliste en centre de santé à Orly & Vitry	Page 44

La recherche en médecine générale : Intérêt, historique et perspectives Par le D ^r Gladys Ibanez, Présidente de l'Institut de recherche de la Société de Formation Thérapeutique des Généralistes	Page 47
Le point de vue du médecin sur le « bon » médecin généraliste : Étude des caractéristiques des patients influençant les qualités du « bon » médecin généraliste Par les D ^{rs} Donabedian C, Simon C, Pautas E, Ibanez G	Page 50
Attitude des soignants envers une femme enceinte déprimée Par les D ^{rs} Feddaoui W, Lagadec N, Gaouaou N, Magnier AM, Ibanez G	Page 59
La loi travail vue sous l'angle de la santé Par le D ^r Nadine Khayi	Page 64
<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 68
<hr/>	
<i>Les notes de lecture</i>	
<hr/>	
« Neuroscepticisme » de Denis Forest (Ithaque, 2015) par le D ^r Michel Limousin	Page 72
<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 75
<hr/>	
<i>Documents</i>	
<hr/>	
Un soutien important, une instance disciplinaire mal à l'aise! Texte d'Alain Carré, Coordonnateur de la pétition pour l'association santé et médecine du travail	Page 84
Charte éthique des centres de santé	Page 86

Éditorial

1^{er} juillet, avis de mis à mort de l'organisation sanitaire dans le pays

En ce premier juillet en application de la Loi Touraine, la carte du pays est restructurée en termes d'organisation de l'offre de soins. Les Groupements hospitaliers de territoires sont maintenant installés.

Il y en aura 135 à la place des 1 200 établissements sanitaires publics et du millier d'établissements médico-sociaux publics. C'est une restructuration sans précédent. Dans le silence, comme tous les mauvais coups... Les hôpitaux publics perdent en quelque sorte tout ce qui leur restait d'indépendance et de possibilité de s'exprimer ou d'exprimer un avis non conforme. Bref, d'exister en tant que personne morale. Ils deviennent des services appendiculaires de superstructures pilotées directement par les ARS.

Seuls quelques établissements psychiatriques à la suite de luttes importantes échappent à la règle de l'obligation d'adhésion à un groupement. Et certains, en sursis, ont encore quelques mois pour se décider s'ils finaliseront leur démarche avec tel ou tel GHT.

Cette évolution forcée, qui témoigne du mouvement d'inflation législative en matière de réformes hospitalières, suscite à juste titre de fortes inquiétudes parmi les professionnels de santé, autant qu'elle marginalise élus locaux et partenaires sociaux.

Pourtant les établissements de santé sont inscrits depuis longtemps dans une démarche coopérative, ils travaillent, et entretiennent des relations étroites avec la médecine de ville et les autres partenaires du champ sanitaire, social et médico-social.

Toutefois, l'économie même de la réforme, guidée par l'objectif de réduction des dépenses publiques de santé inscrit à l'ONDAM pour plus de 10 milliards d'euros, poursuit davantage une logique budgétaire qu'une logique de meilleure organisation territoriale de l'offre de santé publique. La rentabilité de l'offre de soins et la « rationalisation » du secteur hospitalier priment sur la recherche de l'excellence médicale. D'autant qu'en amplifiant la concentration des services médicaux de pointe dans certains établissements de santé, les futurs GHT ne permettront pas de lutter contre la désertification médicale des territoires périurbains et ruraux. Comme le souligne la Fédération

Hospitalière de France (FHF), « *cette réforme ne prend pas en compte la réalité et la diversité des situations locales* »....

Attachés à la réponse aux besoins de la population, les Cahiers de santé publique & de protection sociale participeront la résistance face à ce recul imposé par la loi Touraine. Ils informeront. Ils montreront qu'un autre politique est possible.

Il faut développer le service public de proximité, les coopérations hospitalières réellement mutuellement avantageuses, cesser la privatisation du système de santé, aller résolument vers une Sécurité sociale qui rembourse à 100 % les soins prescrits, mettre en place un pôle public du médicament et un pôle public de l'autonomie...

Il faut une politique de santé et de protection sociale réellement de gauche!

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Prochain dossier à paraître :

N°22 de septembre 2016 : Propositions pour les présidentielles de 2017

Articles

Sécurité sociale et Mutualité

Par M^{me} Nora Tréhel et M. Marc Zamichiei

NDLR: Marc Zamichiei est un responsable mutualiste, il a représenté la mutualité à la CNAMTS. Il préside aujourd'hui une union de mutuelles gestionnaires de réalisations sanitaires et sociales. Nora TREHEL est une responsable mutualiste. Elle dirige aujourd'hui une importante mutuelle interprofessionnelle. Au titre de la mutualité, elle a été notamment membre de l'UNOCAM, et a siégé en section du C.E.S.E.

La Sécurité sociale et plus largement la protection sociale collective occuperont-elles la place qu'elles méritent dans le débat public à la veille des élections présidentielles de 2017?

En tant que dirigeants mutualistes nous souhaitons y contribuer, non pas avec des réponses toutes faites aux questions posées, mais avec la volonté d'éclairer les enjeux et certains éléments du débat concernant notamment la complémentaire santé et la place et le rôle respectifs de la Sécurité sociale et de la mutualité.

Avec la conviction également que ces sujets méritent des réflexions croisées, continues, plus intenses, entre acteurs syndicalistes, mutualistes et associatifs du mouvement social, mais aussi entre ceux-ci et les partis politiques.

Avec la certitude enfin que tout ne viendra pas de la politique et que la capacité d'innovation des acteurs sanitaires et sociaux permettra de construire sans attendre des alternatives qui changeront notre protection sociale.

La Sécurité sociale en question

En 1945 la création de la Sécurité sociale fut la réponse à un projet politique porteur de justice sociale et de cohésion sociale. Sans constituer un modèle indépassable, cette Sécurité sociale concrétisait la volonté de « prolonger en temps de paix la solidarité du temps de guerre », selon l'expression de Pierre Laroque qui joua un rôle majeur dans sa conception et sa mise en œuvre, avec le ministre Ambroise Croizat.

Cette solidarité collective nationale a été ultérieurement fortement ébranlée. Les causes en sont multiples, exogènes et endogènes. Les transformations du capitalisme, la mondialisation, la façon de concevoir la construction européenne ont eu des impacts majeurs.

La révolution néolibérale est parvenue à faire progresser l'idée que les institutions fondées sur la solidarité sont un obstacle à « l'ordre spontané du marché » et à l'expression de la liberté individuelle. Aujourd'hui les discours moralisateurs sur la fraude supposée des assurés sociaux ou sur l'assistanat des bénéficiaires des minimas sociaux sont légion. Ils ne peuvent cependant faire oublier une vérité essentielle: les individus, ou du moins l'immense majorité d'entre eux par opposition à la minorité qui s'accapare les richesses, sont victimes de la violence économique et sociale. C'est la société qui leur est redevable et non l'inverse. S'ils ne disposent pas d'un socle de droits sociaux élevé, leur possibilité de vivre dignement, de faire des choix, de maîtriser leur avenir, en un mot leur liberté est vaine.

Les impératifs de liberté et de sécurité doivent être liés. Mais cette sécurité, pour le plus grand nombre, ne peut relever que de la solidarité collective. Ainsi que le soulignait le sociologue Robert Castel, « *pour ceux qui ne disposent pas d'autres « capitaux » non seulement économiques, mais aussi culturels et sociaux, les protections sont collectives ou elles ne sont pas* ».

Aux causes exogènes s'ajoutèrent des causes endogènes: attaquée, la Sécurité sociale a d'autant plus été touchée qu'elle était devenue vulnérable. Pilotée par l'État, réduite à un rôle gestionnaire, peu capable d'anticiper sur les évolutions démographiques et sociétales, elle a perdu son ambition originelle, sa dimension politique et émancipatrice. Elle peut la retrouver, mais il faut être lucide sur sa situation actuelle et bien mesurer l'ampleur et la complexité de la tâche.

La protection sociale est la grande victime du pacte de responsabilité 2015-2017

Celui-ci va entraîner un nouveau recul de la part des entreprises dans le financement du régime général. Cette part était de 60 % en 1983 et elle était déjà

tombée à 46 % en 2014. Les exonérations sociales supplémentaires du pacte de responsabilité ne réduisent pas mécaniquement les ressources de la Sécurité sociale car elles sont compensées par l'État. Mais ce sont les moyens de l'État qui sont alors réduits. Surtout, cette stratégie de baisse à marche forcée du coût du travail – sans apporter de véritable solution au problème de l'emploi – affecte la dimension collective de la Sécurité sociale, dont le financement par les entreprises est l'un des aspects.

Côté dépenses, le pacte de responsabilité se traduit par 21 milliards d'euros d'économies sur la santé et les autres prestations sociales. Le programme de stabilité 2016-2019, qui s'inscrit dans le cadre de la coordination des politiques économiques et budgétaires au sein de l'Union européenne, prévoit que les prestations sociales n'augmenteront plus que de manière très ralentie: +1,3 % en valeur en 2016 (avec une inflation de 0,1 %) et +1,5 % en moyenne entre 2017 et 2019 (mais avec une inflation de 1 %). L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie voit son taux de progression tomber à 1,75 %. Les prestations autres que la maladie et les retraites (famille, chômage, lutte contre la pauvreté,...) vont même baisser globalement de 0,3 % en 2016 et n'augmenteraient que de 0,4 % entre 2017 et 2019, ce qui constituerait en réalité une diminution en volume compte tenu de l'inflation.

Des évolutions structurelles

À ces données économiques s'ajoutent des évolutions structurelles, plus ou moins engagées, mais lourdes de conséquences dans tous les cas.

La première concerne la séparation entre assurance et solidarité, que vient de préconiser après bien d'autres, le Conseil d'analyse économique placé auprès du Premier ministre (janvier 2016). Il s'agirait de scinder la protection sociale, son financement, son organisation, sa gouvernance, en deux pôles. Le premier dit de solidarité, non contributif, financé par l'impôt, géré par l'État, concernerait la famille, la maladie et la lutte contre la pauvreté. Le second dit d'assurance, contributif, financé par des cotisations sociales, géré par les partenaires sociaux, concernerait les retraites, les indemnités journalières et le chômage.

Cette opposition entre assurance et solidarité a déjà été à l'origine des réformes d'indemnisation du chômage en 1983 et des retraites en 1993. Les conséquences en ont été désastreuses. Cette séparation conduit en effet, d'une part à réduire voire faire disparaître l'objectif de

solidarité dans les régimes fondés sur l'assurance, en leur ôtant toute action de redistribution. D'autre part, elle tend à accentuer les inégalités existantes et à oublier l'objectif de cohésion sociale.

Une seconde évolution vise l'articulation entre protection individuelle et protection collective. Celle-ci est illustrée notamment par la mise en place du compte personnel d'activité (CPA) dans la loi travail. Cette réforme porte toute l'ambiguïté du concept de « flexisécurité » vanté par la Commission européenne. Quel est l'objectif premier? Sécuriser les parcours professionnels dans un monde devenu objectivement plus mobile? Ou lever les freins à une mobilité encore accrue et en particulier faciliter les licenciements? Le CPA, tel qu'il se concrétise dans la loi, outre le compte de pénibilité, est essentiellement tourné vers la formation. Mais son élargissement potentiel à d'autres droits sociaux invite à pousser la réflexion. Quel est l'intérêt et quels sont les dangers de la mise en place de droits personnels, fongibles et pouvant être utilisés selon les préférences ou les contraintes individuelles du moment? Plus les droits sont individualisés, plus l'accompagnement des personnes, notamment les plus fragiles, est indispensable et suppose la mobilisation de ressources importantes. C'est d'ailleurs aussi un des aspects de la nécessaire réflexion critique autour de l'idée de revenu universel, récemment remise au goût du jour par le rapport du Conseil national du numérique (janvier 2016). Cette notion de revenu universel recouvre des propositions d'origine et de nature très différentes. L'une d'entre elles consisterait à remplacer toute une série de minima sociaux, sous condition de ressources, par un revenu accordé à tous sans condition. La plus forte probabilité est que celui-ci soit cependant davantage un revenu de subsistance que d'existence. La vigilance est de mise pour deux raisons essentielles. En premier lieu, l'objectif légitime d'un emploi qualifié pour tous risquerait de passer par pertes et profits. En second lieu, on assisterait à un transfert de responsabilité de la société vers l'individu: à partir du moment où la société conférerait à un individu un revenu inconditionnel, il reviendrait naturellement à ce dernier de s'en débrouiller sans autre exigence... On comprend pourquoi des libéraux sont favorables à une telle réforme.

Une troisième grande évolution est la financiarisation du social. Celle-ci est déjà à l'œuvre avec la gestion de la dette sociale et l'intervention d'opérateurs à but lucratif dans le champ de la protection sociale. Mais cette tendance s'accroît et prend des formes

nouvelles. Premier exemple : la création dans le champ de la retraite supplémentaire des fonds de pension à la française, avec le projet de loi Sapin sur la vie économique (mars 2016). Second exemple : le lancement de contrats à impact social par le ministère de l'économie sociale et solidaire (mars 2016). Cet appel à projets s'inspire du « social impact bond » imaginé par David Cameron au Royaume Uni et là encore applaudi par les libéraux en France. L'objectif est de permettre aux porteurs de projets d'innovation sociale de nouer des partenariats avec des investisseurs privés, quel que soit leur but, lucratif ou non. Si les résultats sont atteints, l'État – ou les collectivités ou le promoteur public – rembourse les investisseurs, éventuellement en leur payant une prime pour tenir compte des économies pouvant être réalisées, notamment en matière de versement des prestations sociales. Qui peut dès lors penser que l'État ne cherchera pas à se dégager financièrement ou que le contenu d'un programme financé avec un objectif de rentabilité ne sera pas affecté ?

Refonder la Sécurité sociale

Il est urgent de réhabiliter les valeurs de la solidarité contre l'individualisme et de refonder la Sécurité sociale et la protection sociale collective.

C'est aux citoyens qu'il revient de s'approprier un projet qu'ils auront contribué à construire, un projet éminemment politique, porteur de sens. Il n'est pas utopique de vouloir s'engager dans cette voie, si l'on en croit le sondage (Elabe, octobre 2015) réalisé par La Mutuelle Familiale à l'occasion du colloque qu'elle organisait le 6 novembre 2015, en partenariat avec le journal l'Humanité, pour le 70^e anniversaire de la Sécurité sociale. Parmi les résultats de ce sondage, on soulignera que 63 % des Français se sentent proches d'une conception de la Sécurité sociale comprise comme « un investissement pour la société française ». Et 61 % estiment que c'est en premier « les citoyens, chacun d'entre nous » qui ont un rôle important à jouer pour assurer l'avenir de notre système de protection sociale.

Quatre grands objectifs doivent selon nous être poursuivis :

- Contribuer à la réduction des inégalités sanitaires et sociales, au progrès et à la justice sociale, dans une approche préventive et promotionnelle et non seulement réparatrice et indemnitrice de la protection sociale.
- S'inscrire dans une logique de développement durable, en tenant compte de la cohérence des en-

jeux économiques, sociaux et environnementaux. L'exigence environnementale vaut également pour le financement de la protection sociale : réformer les cotisations sociales pour tenir compte de la dimension sociale des politiques entrepreneuriales, inciter à ne pas externaliser les coûts, notamment dans le cas des émissions polluantes, élargir le financement à toute la valeur ajoutée produite, reconnaître la mieux-value sociale et environnementale des entreprises vertueuses.

- « Refaire société » en redonnant toute sa portée au principe « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins », en garantissant l'universalité des droits, en s'engageant dans la construction d'une « société de semblables » selon la belle expression de Léon Bourgeois. Une société dont tous les membres, différents, se sentiraient réellement responsables et interdépendants, car bénéficiant de ressources équitablement partagées et de droits communs.
- Mettre en place de nouvelles formes de démocratie représentative et participative, afin de permettre à chacun de s'approprier réellement et dans la durée la Sécurité sociale. Celle-ci ne doit en aucun cas être réduite à une institution. L'élargissement des bases de financement, l'universalité des prestations plaident pour que les citoyens, directement et/ou dans la diversité de leur représentation – syndicats, mutuelles, associations... – deviennent réellement les auteurs et les acteurs de la Sécurité sociale.

La prise en charge des dépenses de santé

C'est dans cette problématique générale que nous souhaitons approfondir les questions de la prise en charge des dépenses de santé, du « marché » de la complémentaire santé et des relations entre Sécurité sociale et mutualité. Ceci nécessite au préalable de disposer d'un état des lieux précis.

Comment a évolué le financement de la consommation des soins et des biens médicaux au cours de la période récente ?

La part de la Sécurité sociale était de 76,8 % en 2006. Elle est tombée à 76,1 % en 2012 pour remonter légèrement depuis et atteindre 76,6 % en 2014. Celle de l'État, essentiellement à travers le financement de l'AME et de la CMU-C est stable, à 1,4 %. Mais il faut rappeler que ce sont les organismes complémentaires qui, à travers une taxe, financent 85 % de la CMU-C. La part des organismes complémentaires est passée de 12,8 % en 2006 à 13,7 % en 2012 et 2013

avant de redescendre à 13,5 % en 2014. La part laissée à la charge directe des ménages était de 9 % en 2006. Elle est de 8,5 % en 2014.

Logiquement, on devrait se réjouir de la récente remontée du taux de prise en charge de la Sécurité sociale. Mais celle-ci est minime et on reste loin du plus haut historique. La part du financement de la Sécurité sociale (51 % en 1950) a progressé au fur et à mesure de l'extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population. Elle a atteint un pic de 80 % en 1980.

En réalité, il y a certes une bonne nouvelle mais aussi de mauvaises nouvelles dans cette remontée du taux de prise en charge par la Sécurité sociale. Celle-ci en effet est due essentiellement à deux facteurs : le poids croissant des affections longue durée (ALD) dans la structure des dépenses de l'assurance-maladie et les coûts des médicaments dits innovants. Le taux de prévalence des ALD explose : +38 % entre 2004 et 2014 ! Les ALD correspondant pour leur plus grande part à des maladies chroniques, on mesure ici l'ampleur de la crise sanitaire. Ni le vieillissement de la population, ni les progrès médicaux qui maintiennent plus longtemps des malades en vie, ni le dépistage des maladies ne suffisent à expliquer cette évolution. La crise sanitaire est là, elle est due principalement à des facteurs de risque environnementaux et aux modes de vie.

Du fait de cette montée des ALD, qui sont prises en charge à 100 % sur la base des dépenses remboursables par l'Assurance maladie, les taux moyens de remboursement de celle-ci sont très variables selon les assurés sociaux et la nature des soins. D'après les dernières données disponibles (2012), ils sont ainsi de 88,6 % pour une personne en ALD, et de 61,3 % pour une personne qui ne l'est pas. Mais selon la nature des soins, ces taux varient davantage. Pour une personne en ALD, ils sont de 95 % pour les soins hospitaliers et de 84,4 % pour les soins de ville. Pour une personne non ALD, ils sont de 88,1 % pour les soins hospitaliers et de 51 % pour les soins de ville. Ce dernier chiffre interpelle. En effet près de la moitié des assurés sociaux relève de cette catégorie des non ALD, non hospitalisés. Leur besoin de soins ou de biens médicaux n'est donc plus pris en charge par l'Assurance maladie qu'à hauteur de la moitié environ de leur dépense. Dans la mesure où ils cotisent comme l'ensemble des assurés sociaux, ne peut-on craindre que la Sécurité sociale perde une certaine légitimité à leurs yeux ? Une parenthèse mérite également d'être ouverte concernant le reste à charge des personnes en ALD. Leurs soins

étant pris à charge à 100 % par la Sécurité sociale on pourrait penser que ce reste à charge est plus faible que celui des autres assurés sociaux. Il n'en est rien. Selon une récente étude de la Caisse nationale d'assurance maladie le reste à charge moyen annuel d'un assuré social (calculé sur une période de 6 ans entre 2008 et 2013) est de 470 euros. Mais pour les soins de ville, une personne non ALD a un reste à charge de 277 euros tandis qu'une personne en ALD atteint 434 euros. Et pour les soins hospitaliers, une personne non ALD a un reste à charge de 580 euros tandis qu'une personne en ALD atteint 821 euros.

Une personne en ALD n'a donc aucune raison non plus d'être satisfaite de cette situation. Ceci s'explique par le fait qu'elle est davantage exposée au système de soins et donc à des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale : franchise médicale, participation forfaitaire de 1 €, forfait hospitalier et dépassements d'honoraires et de tarifs...

De manière plus globale, sur un total de 190,6 milliards d'euros de dépenses de soins et de biens médicaux (2014), les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale et l'État s'élèvent à 43,7 milliards d'euros, qui se répartissent ainsi :

- Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires, franchises : 21 milliards d'euros (48 %).
- Dépassements d'honoraires médicaux et de tarifs (optique et dentaire essentiellement) : 14,5 milliards d'euros (33 %).
- Dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement (médicaments non remboursables, certains soins dentaires...) : 8,2 milliards d'euros (19 %).

Sur ces 43,7 milliards d'euros, les organismes complémentaires prennent en charge 25,7 milliards et les ménages directement 16,1 milliards.

À quoi correspondent ces dépenses ?

Pour ce qui concerne les mutuelles, il est possible d'en avoir une vue exacte : 58 % de leurs dépenses correspondent à la prise en charge du ticket modérateur en ville (50 %) et à l'hôpital (8 %). Ce sont des dépenses complémentaires à celles de la Sécurité sociale, dans la limite des tarifs opposables. Le reste, ce sont des dépenses que l'on peut qualifier de supplémentaires (au-delà ou en dehors des tarifs opposables) : dépassements de tarifs en optique (12 %) et en dentaire (10 %), forfait journalier hospitalier (6 %) et chambre

particulière (5 %), dépassements d'honoraires médicaux en ville (4 %) et à l'hôpital (4 %).

La structure des dépenses des sociétés d'assurance est semblable à celle des mutuelles. Celle des institutions de prévoyance fait une part plus importante aux dépenses supplémentaires : cela est dû à la « générosité » des contrats collectifs obligatoires. Les autres biens médicaux, dont l'optique, représentent ainsi 26,5 % des prestations des institutions de prévoyance contre moins de 20 % pour les mutuelles et les sociétés d'assurance.

La structure des dépenses des ménages révèle également une part plus importante de dépenses supplémentaires, en particulier les médicaments non remboursables (le poste médicaments représente 33 % des dépenses des ménages contre 18 % pour les organismes complémentaires) mais aussi les participations forfaitaires et franchises que les organismes complémentaires ont l'interdiction de prendre en charge.

Le marché de la complémentaire santé

Les mutuelles développent leur activité de complémentaire santé sur un marché de plus en plus concurrentiel, réglementé et taxé (ces taxes collectées pour le compte de l'état représentent près d'un mois et demi de cotisation) Elles sont aussi placées, comme les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, sous le régime des directives d'assurance européennes. Ces directives concourent aux objectifs généraux de l'Union européenne, c'est-à-dire à la mise en place d'un marché unique des biens, des services et des capitaux. Elles prennent en considération les activités et non le statut juridique des opérateurs. Depuis le 1^{er} janvier 2016, la directive Solvabilité 2, transposée dans le droit français en avril 2015, est entrée en application. Elle met l'accent sur la préservation de la rentabilité et la diversification des risques. Elle a d'importantes conséquences sur les règles prudentielles, l'organisation et la gouvernance, les relations avec l'Autorité de contrôle et le public.

Sur le plan national tout est fait pour exacerber la concurrence entre opérateurs par la multiplication des procédures d'appel d'offres, de recommandation, de labellisation des contrats, avec à la clé une segmentation accrue du marché allant à l'encontre des besoins de mutualisation des risques et donc des principes de solidarité. Désormais, il n'existe pas moins d'une dizaine de mécanismes d'accès à la complémentaire santé (CMUc, ACS, Ani, etc.). Une des évolutions les

plus significatives a été la généralisation de la complémentaire santé obligatoire dans les entreprises privées à compter du 1^{er} janvier 2016. L'objectif a été clairement affiché par le gouvernement : construire, comme pour les retraites, un deuxième étage de protection obligatoire. Le premier étage ne serait plus le pilier mais deviendrait le plancher du système et place serait laissée à un troisième étage, dit surcomplémentaire, par nature très inégalitaire.

Alors que toute l'évolution de la protection sociale en santé tendait vers davantage d'universalisme il s'agit là d'une véritable régression conceptuelle mais aussi sociale : les personnes qui ne sont pas ou plus insérées dans le monde du travail passent au second plan. Sans compter les disparités maintenues voire accrues entre salariés du privé et entre ceux-ci et fonctionnaires.

Dans ce contexte, les mutuelles restent le principal acteur de la complémentaire santé. Mais elles connaissent un recul sensible et continu de leurs « parts de marché ». De 60 % en 2001, celles-ci sont tombées à 52,9 % en 2015. Ce recul se fait au profit des sociétés d'assurance, des bancassurances pour qui ce marché est devenu stratégique. Elles sont passées de 19 % de parts de marché en 2001 à 29,2 % en 2015. Pendant la même période les institutions de prévoyance ont connu comme les mutuelles un recul, de 21 % à 17,9 %.

Les mutuelles sont confrontées à plusieurs risques :

- Une perte de diversité du tissu mutualiste, du fait de la concentration des opérateurs. Plus de deux mutuelles sur trois ont disparu depuis 2001.
- Une diversification insuffisante de leurs activités dites d'assurance, dont la santé représente 84 %. Ce qui a longtemps été une force peut devenir une faiblesse dans le cadre de Solvabilité 2.
- Une perte de spécificité, avec la constitution de groupes rassemblant des opérateurs de nature différente. Une nouvelle frontière va-t-elle s'affirmer entre opérateurs à but lucratif (sociétés d'assurances) et opérateurs à but non lucratif (mutuelles du code de la mutualité, mutuelles d'assurance, institutions de prévoyance) ? Mais s'il existe bien une spécificité commune entre mutuelles, les alliances avec les institutions de prévoyance posent des questions plus complexes : celles-ci ont une gouvernance paritaire distincte de la démocratie mutualiste et elles entretiennent souvent des liens étroits avec les sociétés d'assurance (dirigeants opérationnels issus du monde de l'assurance, réassurance...)

- Un modèle économique en question malmené par la marchandisation de la complémentaire santé : si les mutuelles satisfont largement aux exigences prudentielles, leurs résultats techniques sont plus contrastés. Ceci s'explique notamment par le poids croissant des contrats collectifs obligatoires qui sont depuis plusieurs années structurellement déficitaires pour tous les opérateurs.

La spécificité mutualiste

Les mutuelles jouent aujourd'hui un rôle irremplaçable pour l'accès aux soins de plus de la moitié de la population française. Mais elles ne se définissent pas, pour autant, par leur activité de complémentaire santé et cette dernière ne peut elle-même être identifiée à de l'assurance. Le contrat mutualiste est fondamentalement différent du contrat d'assurance :

- Le mode de propriété : une mutuelle est détenue par ses adhérents, une assurance privée par ses actionnaires.
- Les objectifs : une mutuelle doit satisfaire les intérêts de ses adhérents, une assurance privée recherche la rentabilité du capital investi.
- Le lien entre la personne couverte et l'organisme : dans le cas d'une mutuelle, le lien est fondé par l'adhésion qui permet de participer à la vie de la mutuelle et à la définition du contenu des garanties ; le contrat d'assurance est l'engagement juridique par lequel l'assureur s'engage à couvrir le risque et le souscripteur à en payer la prime.
- Le mode de gestion de l'organisme : une mutuelle est dirigée par des administrateurs bénévoles, élus par les adhérents et qui leur rendent compte ; une assurance privée est gérée par des managers qui rendent compte aux actionnaires.
- La définition du risque et sa gestion : dans une mutuelle les adhérents mutualisent le risque et, à travers les cotisations, couvrent collectivement leurs besoins ; dans une assurance privée, l'assuré cède un risque que l'assurance accepte en échange d'une prime.

Ainsi définies, les mutuelles ne constituent pas seulement une forme originale de solidarité. Elles sont également une véritable école de citoyenneté et de responsabilité, qui mérite d'être défendue et développée au moment où notre société connaît une profonde crise démocratique. L'activité des mutuelles est très large. Le code de la mutualité précise qu'elles mènent « une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide... afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. »

De fait, les mutuelles ont une action importante dans le domaine social. Elles sont également le principal acteur privé dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, avec l'objectif de protéger la santé de tous et non seulement de garantir l'accès aux soins. Les mutuelles gèrent quelque 2 500 réalisations sanitaires et sociales (3,8 milliards d'euros de chiffre d'affaires) : cliniques, centres de santé médicaux, dentaires et infirmiers, magasins d'optique et d'audioprothèse, établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, pour la petite enfance...

Ce champ d'activités, dont l'exploitation est complexe dans le contexte économique et social actuel est néanmoins propice au développement d'innovations sanitaires et sociales. Celles-ci contribuent à construire des alternatives en matière de prévention, d'accompagnement des personnes, de prise en charge coordonnée, d'utilisation des nouvelles technologies...

Conformément à leur longue histoire, c'est cette capacité d'innovation au service de leurs adhérents qui constitue la valeur ajoutée des mutuelles. Pour elles, l'enjeu n'est pas de se développer au détriment de la Sécurité sociale. C'est au contraire de coopérer pour réduire les inégalités en santé, pour renforcer la prévention, pour promouvoir la santé dans son sens le plus large, c'est-à-dire le bien être des personnes. Les mutuelles, du fait même de la nature du lien qu'elles entretiennent avec leurs adhérents et de leurs objectifs, ont de nombreux atouts pour avancer dans cette voie.

Complémentaire et/ou supplémentaire santé

De nombreux projets de réforme visent aujourd'hui à modifier les conditions de prise en charge des dépenses de santé, y compris en remettant en cause le principe même de la complémentaire santé. La création d'un bouclier sanitaire est toujours à l'ordre du jour (direction du Trésor – avril 2015). Il s'agirait de supprimer le régime médicalisé des ALD. En contrepartie, au-delà d'un certain niveau de reste à charge – éventuellement variable selon les ressources des assurés – la Sécurité sociale garantirait une prise en charge à 100 %. Si cette prise en charge se faisait sur la base des tarifs opposables actuels, la question des dépenses dites supplémentaires resterait entière et il n'est pas certain que les intéressés pourraient se passer d'une mutuelle.

De plus, la substitution d'une logique médicale par une logique économique remettrait en cause un des principes datant de la création de la Sécurité sociale : la prise en charge à 100 %, sur la base des

tarifs opposables, des maladies graves et/ou chroniques nécessitant un traitement prolongé et coûteux. Enfin le principe de prestations servies selon les besoins serait remis en cause si celles-ci étaient placées sous conditions de ressources, comme cela fut le cas en 2015 avec les allocations familiales.

Un autre projet de réforme vise à créer un panier de soins essentiels, pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Il entraînerait la disparition de la protection complémentaire, ne laissant subsister qu'une protection supplémentaire (Conseil d'analyse économique – janvier 2016). Tout dépend ici du contenu de ce panier de soins car c'est à ce niveau que se situeront les arbitrages et non plus entre protection obligatoire et protection complémentaire. Si ce panier de soins essentiels doit permettre l'accès de tous à des soins de qualité, c'est près d'une trentaine de milliards d'euros de ressources supplémentaires dont l'assurance maladie aurait besoin (ticket modérateur et l'essentiel des dépassements d'honoraires et de tarifs actuels à travers un relèvement de la base de remboursement).

On nous dit que cela correspond grosso modo aux ressources affectées actuellement à la complémentaire santé (cotisations, primes, aides publiques...). Mais on nous explique plus rarement comment on transforme des ressources volontaires en prélèvements obligatoires dans le contexte national et européen actuel.

Très probablement, le contenu du panier de soins essentiels serait défini à ressources constantes, voire légèrement abondées en recyclant les diverses aides actuelles pour l'accès à la complémentaire santé. Il n'est pas certain dans ces conditions que la situation s'améliore sensiblement. Par contre subsisterait une complémentaire santé qui ne bénéficierait plus d'aides publiques, alors qu'elle continuerait de jouer un rôle important pour l'accès aux soins, notamment à travers la prise en charge des dépassements d'honoraires et de tarifs.

Cette complémentaire santé serait alors réservée aux plus aisés. Elle ne serait plus réglementée comme est l'est aujourd'hui. On se trouverait alors dans la pire des situations, celle de l'existence de deux systèmes étanches de protection sociale en santé, aux règles différentes, avec inévitablement la mise en place de filières de soins réservées et la certitude d'un accroissement des inégalités.

La proposition d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale, dans les conditions actuelles, n'est donc pas exempte d'ambiguïté. Mais elle mérite

réflexion pour d'autres raisons également, pas seulement pour des questions de ressources, encore que son coût n'apparaisse pas anodin. On peut en effet s'interroger aussi sur les investissements qui sont les plus susceptibles de faire reculer les inégalités sociales de santé. Certes, combattre les renoncements à des soins et à des biens médicaux est un objectif majeur et sa nécessité est impérieuse. Cependant les inégalités sociales de santé ne proviennent pas pour l'essentiel des conditions d'accès au système de soins. Elles sont liées à l'organisation sociale elle-même, de plus en plus inégalitaire, et à l'absence de politiques de prévention des risques efficaces tant sur le plan individuel que sur le plan collectif.

Par ailleurs, même si on reste dans le cadre du système de soins, la question de la solvabilisation de la dépense ne peut être abordée de manière isolée : il faut, d'un même élan, améliorer la prise en charge par la Sécurité sociale, organiser différemment le système de soins, réguler plus efficacement les dépenses, et rendre égal l'accès à une couverture complémentaire solidaire par une solution universelle que serait un crédit d'impôt.

Des cercles de solidarité

Dirigeants mutualistes, nous sommes des militants de la Sécurité sociale et nous ne nous accommodons pas de la dégradation et de la dénaturation de celle-ci. Mais il faut tout autant défendre la mutualité et promouvoir ce mouvement social qui partage les mêmes valeurs que la Sécurité sociale.

La solidarité ne s'identifie pas qu'à la seule solidarité nationale, qui fonde le principe de la Sécurité sociale. Ainsi que le préconise le juriste Alain Supiot il faut lier les différents « cercles de solidarité ». Cela concerne la solidarité familiale. Tous les débats autour de la perte d'autonomie soulignent l'importance des aidants pour la prise en charge à domicile et la nécessité donc d'aider les aidants.

Cela concerne également la mutualité. Celle-ci a besoin de la Sécurité sociale pour se développer. La Sécurité sociale a besoin de la mutualité pour conforter son action et ne pas laisser le terrain libre aux assurances privées. Les difficultés que connaissent, chacune de leur côté, la Sécurité sociale et la mutualité, ne doivent pas conduire au repli sur soi. Au contraire, elles appellent un partenariat renouvelé et ambitieux.

Construire la sécurité d'emploi et de formation

Par M. Sylvian Chicote
Inspecteur honoraire du travail

Souvent citée mais rarement développée, l'idée de la sécurité de l'emploi ou de la formation constitue un vecteur essentiel de l'alternative politique visant le dépassement du marché du travail. Elle constitue un des axes, avec notamment celui d'une Sécurité sociale renouvelée, d'un nouveau modèle social progressiste à construire. Opposable à des projets gouvernementaux comme celui de la Ministre El Khomri répondant aux souhaits du patronat, elle offre une contre-cohérence concrète et de progrès inscrite au cœur des luttes sociales. Ce texte en donne les axes principaux.

Plus de 40 ans de crise structurelle du capitalisme, jalonnée de multiples soubresauts, ont conduit au désastre que nous connaissons : dans tous les pays développés un chômage de plus en plus massif et durable qui gangrène toutes les fibres des sociétés, qui génère l'insécurité généralisée, qui met en cause les rapports humains et la cohésion sociale et désespère la jeunesse. Nulle part on ne voit la perspective d'une quelconque amélioration durable. Tous les gouvernements successifs ont juré qu'ils avaient les solutions, qu'on allait voir ce qu'on allait voir. Tous ont échoué lamentablement.

La raison des échecs tient à ce que toutes les solutions proposées et appliquées ne poursuivent qu'un seul but : préserver et augmenter les taux de profits, les marges, les retours sur investissements des actionnaires. Or, en raison de l'accumulation inouïe des capitaux, cette sacro-sainte rentabilité du capital investi ne peut que baisser. Pour conjurer cette tendance, qui s'était accentuée dès les années 70, le choix a été fait d'aggraver l'exploitation du travail, de freiner comme jamais les dépenses utiles pour les populations : investissements, emploi, formation, recherche, salaires, protection sociale, services publics... tout est rationné et sacrifié. Le taux de profit est devenu le seul critère de gestion des entreprises. Ce ne sont donc pas les dépenses sociales utiles qui posent problème mais ce sont les charges financières qui sont trop élevées et qui étouffent les entreprises.

Et les dirigeants ont le culot de présenter leurs recettes comme étant destinées à lutter contre le

chômage alors qu'elles produisent l'effet inverse : moins de ressources pour le développement des salariés et les populations, encore plus d'argent accumulé par les actionnaires d'où plus d'exigence de rentabilité, plus de réduction du coût du travail et à l'arrivée plus de chômage. Une véritable spirale infernale, une fuite en avant vers l'abîme.

Le capitalisme est devenu incapable de faire progresser la société comme il a pu le faire pendant longtemps bien qu'au prix de sang et des larmes. Il semble sclérosé comme l'étaient dans les années 80 les pays qui se réclamaient du socialisme. Pour la France le résultat c'est plus de 8 millions de personnes touchées par l'absence d'emploi ou le sous-emploi (quand on ajoute aux 5 767 000 chômeurs inscrits à Pôle Emploi dans les diverses catégories, 1 320 000 personnes allocataires du RSA non inscrites à Pôle emploi ainsi que 1 241 000 personnes, au moins, travaillant à temps partiel de manière contrainte). C'est-à-dire que près d'un quart de la population potentiellement active est, en totalité ou partiellement, victime du chômage. Plus du double des chiffres annoncés chaque mois par le Ministre.

La plupart des dirigeants politiques, le Medef, les médias, les économistes libéraux font chorus pour dire que la France est une exception et que partout ailleurs c'est beaucoup mieux grâce aux réformes « courageuses » de nos voisins sur le marché du travail, sur le droit du travail et sur les retraites. La vérité c'est que le drame du chômage frappe autant nos voisins que nous, parfois plus comme dans l'Europe du Sud et de l'Est. Chaque pays possède ses méthodes pour masquer la réalité. Certains confinent les femmes à la maison. D'autres effacent ceux qu'ils considèrent comme inemployables. D'autres encore sortent des statistiques ceux qui n'ont travaillé ne serait-ce qu'une heure dans le mois ou ont créé des millions de mini-job et de contrats « zéro heure ».

Même l'Allemagne et la Grande Bretagne, toujours montrés en exemple à suivre, font aussi pire que la France. Avec des taux d'emploi apparents plus élevés

qu'en France et des taux de chômage affichés à 5 % ils semblent moins concernés par le chômage; mais si on prend en considération les durées de travail moyennes réelles plus élevées en France et l'âge de la retraite plus élevé chez ces deux voisins, ainsi d'ailleurs qu'aux États-Unis, leurs taux d'emploi, leurs niveaux de chômage sont très comparables aux nôtres.

Il n'y a pas d'alternative disent-ils. C'est faux. Mais la censure dans les grands médias fonctionne à fond. Ils taisent les autres solutions proposées depuis longtemps par des forces politiques, notamment communistes, ou syndicales, par des économistes et d'autres intellectuels.

Dans le projet présenté ici nous avons rassemblé et mis en cohérence de nombreuses propositions progressistes et radicales alternatives.

L'ambition c'est l'éradication progressive du chômage en promouvant l'emploi et la formation de chacun dans un véritable système de sécurité mobile d'emploi ou de formation. Il s'agirait avec ce projet, aussi révolutionnaire que le fut la Sécurité Sociale à la Libération, d'éradiquer progressivement le chômage et la précarité comme naguère on a pu éradiquer l'insécurité engendrée par les difficultés dues à la maladie ou à la vieillesse, grâce à la mutualisation des financements. Avec ce système on favoriserait une mobilité choisie et ascensionnelle, dans la sécurité des revenus et des droits de chacun. Chaque travailleur pourrait alterner, de sa sortie de formation initiale jusqu'à sa retraite, emplois stables et correctement rémunérés et formations permettant d'accéder à de nouveaux emplois, avec la garantie d'une continuité de revenus et de droits élevés.

Ce faisant, un volant permanent de salariés serait en formation se substituant progressivement ainsi au volant de chômeurs actuel jusqu'à éradiquer le chômage, tandis que mobilité, cohésion sociale, emploi et productivité pourraient progresser ensemble.

Il s'agirait avec la création de nouveaux droits de faire en sorte que tous les salariés aient droit à une formation qualifiante pour qu'ils puissent accéder à des emplois gratifiants et évolutifs, et pourvoir les emplois libérés par la réduction du temps de travail, les retraites et la croissance sociale et écologique. La qualification de tous s'accompagnerait d'une augmentation générale des salaires pour la satisfaction des besoins sociaux, la reconnaissance des qualifications et la

relance de la consommation intérieure, moteur de la croissance.

En même temps on pourrait libérer de très nombreux emplois grâce à une nouvelle réduction du temps de travail réel pour tous et le retour à la retraite à 60 ans tout en répondant aux aspirations des salariés à plus de temps libre, à de meilleures conditions de vie et de travail. On sécuriserait aussi les emplois en s'opposant efficacement à toutes les formes de précarité et de dumping social par la conversion des contrats à durée déterminée et intérimaires en emplois stables et en luttant contre les licenciements et les externalisations (sous-traitance abusive, délocalisations, ubérisation).

Ces grands objectifs sociaux, la création de millions d'emplois grâce à un nouveau type de croissance sont possibles à condition de s'en donner les moyens financiers, de s'attaquer à la dictature des marchés financiers avec la création d'un nouveau type de crédit pour les entreprises, d'un pôle financier public, de fonds régionaux pour l'emploi et de nouvelles règles de calcul des cotisations sociales. Il ne suffit pas en effet de répartir autrement les richesses créées mais il est indispensable d'orienter autrement l'utilisation de l'argent pour qu'il serve au développement créateur d'emploi.

Ces grands objectifs sociaux, la création de millions d'emplois sont possibles à condition, aussi, de mettre en cause les pleins pouvoirs des dirigeants d'entreprise, de démocratiser les entreprises en dotant les salariés et leurs comités d'entreprise de réels pouvoirs de décision dans les gestions et en prenant en compte les intérêts des populations dans les territoires.

Proposition de révision de la constitution

Nous suggérons d'abord, pour garantir la réalisation des objectifs, une modification du préambule de la Constitution concernant le rôle social des entreprises, les pouvoirs d'intervention des travailleurs et le rôle du crédit et des institutions financières. Avec, par exemple, les trois dispositions suivantes que le parlement pourrait adopter :

1° De nouveaux critères de gestion des entreprises au service de l'intérêt général

« L'activité économique des entreprises de production de biens ou de services, qu'elles soient privées ou publiques, à but lucratif ou non, a pour finalités le bien être des producteurs, la sécurité de l'emploi et de la formation, la satisfaction des besoins des citoyens, la préservation de l'environnement. Les choix de gestion des entreprises sont guidés par ces buts qui priment toute autre considération ».

2° La démocratisation du fonctionnement des entreprises

« La loi détermine les conditions dans lesquelles les travailleurs exercent un pouvoir de décision dans la gestion des entreprises et dans la détermination collective des conditions de travail, sans que le droit de propriété ne puisse être opposé. »

3° Des institutions financières pour le développement et l'épanouissement humain

« Le crédit est un bien commun du peuple. Les institutions financières constituent un service public national dédié au développement économique et à la sécurisation de l'emploi et de la formation. La loi détermine les activités qui ne permettent pas la réalisation de ces objectifs et les interdit aux institutions financières. »

La proposition de loi soumise au débat comporte sept séries de propositions visant l'éradication progressive du chômage.

1. Sécurisation du contrat de travail
2. Conventions individuelles de sécurisation de l'emploi, de la formation et des revenus. Emplois réservés à certaines catégories.
3. Lutte contre la précarisation des emplois : licenciements, CDD, intérim, externalisations abusives (sous-traitance et ubérisation)
4. Durée et organisation du temps de travail, retraites
5. Formation, qualifications et salaires
6. Pouvoirs dans les entreprises et dans les territoires
7. Incitations financières.

Ces réformes pourraient être mises en application immédiate pour les unes, progressivement pour d'autres, de telle manière que réformes sociales, formations, embauches, accroissement des ressources avancent ensemble, se nourrissent mutuellement en s'appuyant sur un changement radical de l'utilisation de l'argent et sur les pouvoirs d'intervention nouveaux des travailleurs. Une spirale vertueuse, ascensionnelle se substituerait à la spirale infernale actuelle dans laquelle les libéraux de toutes étiquettes entraînent le pays.

1. Sécurisation du contrat de travail

Le contrat de travail doit dans son principe être un contrat de travail à durée indéterminée et à temps plein et revêtir la forme écrite. Au demeurant la forme écrite est prévue par une directive européenne ; à cela un ministre avait répondu que le bulletin de salaire suffisait pour respecter cette obligation ce qui est inexact. La modification unilatérale des clauses du contrat de travail par le chef d'entreprise est pour les salariés une source très perturbante d'instabilité, non seulement de

leurs conditions de travail mais aussi de leurs conditions de vie personnelle et de famille quand elle porte sur les horaires ou sur le lieu de travail. Certes les tribunaux ont construit une jurisprudence sur les modifications des clauses essentielles du contrat de travail mais celle-ci reste incertaine, très fluctuante dans le temps et dans l'espace. En fait les salariés ne savent jamais l'étendue de leur droit à refuser une modification et s'exposent toujours dans ce cas à un licenciement pour faute.

Dans aucune autre matière du droit, une des parties au contrat ne peut imposer à l'autre une modification des termes du contrat. Cette exception est présentée comme le corollaire du lien de subordination et du pouvoir d'organisation du chef d'entreprise. Nous voulons justement faire reculer ces pouvoirs spéciaux. On rendrait donc obligatoire l'écriture dans le contrat de travail des clauses relatives à la qualification, à l'emploi tenu, au salaire, à la durée et aux horaires de travail, au lieu d'exécution du travail, sans possibilité de modification unilatérale par l'une ou l'autre des parties.

2. Conventions individuelles de sécurisation de l'emploi de la formation et des revenus/emplois réservés à certaines catégories

Des millions de travailleurs alternent emplois précaires, souvent mal payés, et faible indemnisation de périodes de chômage. Cela permet de maintenir en permanence un fort volant de chômage qui ne coûte rien au patronat puisque les prestations sont payées à partir de cotisations prélevées sur les richesses produites par l'ensemble des salariés. Ce volant de chômage pèse à la baisse sur les salaires, freine les luttes, exerce sur tous les salariés une pression pernicieuse jusqu'à la conclusion parfois d'accords régressifs sous la menace de la perte d'emploi. De plus ce système crée des effets pervers en installant de nombreux jeunes dans un mode de vie au rabais. Les organisateurs de ce système osent ensuite désigner leurs victimes à la vindicte populaire.

Pour contribuer à sortir d'un tel désordre il est proposé :

- Que chaque personne ayant terminé sa formation, ou à tout moment de sa carrière professionnelle, puisse solliciter son immatriculation auprès du service public de l'emploi sans avoir à s'inscrire périodiquement comme chômeur. Il serait un usager du service public de l'emploi dont il utiliserait les services et auprès duquel il pourrait faire valoir ses droits à chaque fois qu'il en aurait besoin comme chacun le fait actuellement auprès des organismes de la Sécurité sociale.

- Chaque personne pourrait aussi demander de conclure avec le service public « *une convention de sécurisation de l'emploi, de la formation et des revenus* ». Les emplois ou les formations proposés dans le cadre de cette convention se substitueraient à la panoplie des emplois aidés qui, sous prétexte d'insertion, offrent une main-d'œuvre à prix réduit au patronat grâce à des exonérations de cotisation et à une prise en charge d'une partie des salaires par les finances publiques.
- Cette convention garantirait des revenus maintenus au niveau du salaire antérieur en cas de formation et des revenus de remplacement fortement relevés pendant les périodes d'attente d'une activité. Avec un minimum pour ceux n'ayant jamais travaillé. Les nouvelles garanties s'appliqueraient sous condition du respect des engagements relatifs au choix du type d'emploi ou de formation pris lors de la conclusion de la convention. Il ne s'agirait donc pas d'un hypothétique « *revenu de base universel* ». Les idées qui circulent à ce propos, d'une sorte de RSA versé sans condition, sont certes généreuses mais signifient en vérité un renoncement à l'éradication du chômage en faisant une croix sur une partie de la population condamnée à l'inactivité.
- Les jeunes et les habitants des quartiers les plus pauvres sont beaucoup plus touchés par le chômage et l'emploi précaire, subissant des discriminations de toutes sortes : absence d'expérience, origine, nom de famille et même l'adresse. On enregistre parfois chez les jeunes de ces quartiers des taux de chômage insupportables dépassant les 50 %. En conséquence il est proposé de réserver une partie des embauches aux jeunes et aux habitants des Zones Urbaines Sensibles afin de contribuer à combattre les discriminations dont ils sont victimes. On peut considérer que de telles mesures ne sont pas satisfaisantes mais les situations que l'on connaît le sont encore bien plus ce qui justifie des mesures exceptionnelles, d'autant plus qu'il semble inévitable que tant que le niveau du chômage restera très élevé les discriminations perdureront.

3. Lutte contre la précarisation des emplois : licenciements, CDD, intérim, externalisations abusives (sous-traitance et ubérisation)

A.- Licenciements :

a) L'abus des licenciements aujourd'hui

Depuis des dizaines d'années l'utilisation massive des licenciements qu'ils soient économiques ou autres ont plongé des millions de personnes dans le chômage et contribué ainsi à la fragilisation de la société par

l'extension continue du nombre de sans-emploi. Les licenciements et fermetures d'entreprise se sont poursuivis à un rythme infernal malgré la loi de janvier 1993 instaurant la nullité des licenciements en l'absence de plan social sérieux et l'usage souvent rigoureux qu'en ont fait les tribunaux. Au lieu de protéger les salariés et le tissu économique et social, les gouvernements successifs ont, depuis une dizaine d'années, obéi aux injonctions patronales en facilitant davantage les licenciements grâce à des suppressions successives d'une grande partie des quelques protections du Code du travail. C'est en particulier le cas avec les accords de méthode dérogatoires, et les lois ANI de 2013 et Macron de 2015 que nous proposons donc d'abroger sur ces points. Le contrôle en amont ne concerne qu'une petite partie des licenciements et, si les tribunaux contrôlent la portée des reclassements, ils sont très réticents à examiner le bien-fondé de la décision de licenciement économique elle-même. Une fois le licenciement prononcé les travailleurs ne peuvent jamais obtenir la réintégration mais seulement des indemnités très insuffisantes. Au total les actionnaires parviennent presque toujours à leurs fins sauf dans quelques cas où des luttes déterminées font reculer le chef d'entreprise. Dans la plupart des cas l'affaire se termine par la négociation d'indemnités relevées souvent financées par les budgets publics c'est-à-dire par les citoyens.

b) Des réformes pour tarir l'hémorragie

On ne peut plus continuer comme cela à regarder se vider les capacités de production de nos régions. Les opérations de licenciement doivent par conséquent être sévèrement encadrées. Nous ne visons pas ici le maintien de productions obsolètes, de mauvais emplois pénibles ou répétitifs qui peuvent bien disparaître mais au profit d'emplois qualifiés enrichissant pour les individus. Ce que nous voulons c'est que les licenciements deviennent des exceptions, a fortiori s'ils ne s'accompagnent pas de reclassements de qualité. Nous proposons d'abord une nouvelle définition du licenciement économique qui en fasse vraiment le recours ultime. Puis, que dans ce cas, le reclassement constitue une véritable obligation. Il s'agirait de faire en sorte que toute restructuration d'entreprise soit anticipée et maîtrisée grâce à l'intervention des salariés dans les gestions, pour l'efficacité sociale au lieu de la rentabilité financière, en jouant sur la diminution des coûts du capital qui pèsent sur l'entreprise tels que dividendes, intérêts, prix de transfert, amortissements accélérés, loyers, royalties... Les restructurations ne se traduiraient jamais par la mise au chômage des salariés, avec notamment de bons reclassements choisis et

l'accès accru à des formations de qualité. Il faut pour cela accroître les possibilités de contre-proposition des représentants du personnel et la prise en compte effective de celles-ci. Des pouvoirs nouveaux pour les CE s'appliqueraient aux projets de licenciement avec un pouvoir de suspension lorsque le chef d'entreprise refuse de prendre en compte les contre-propositions. Jusqu'à la médiation d'une institution représentative locale composée d'élus, de syndicats et d'organisations patronales locaux et des incitations financières.

c) Sanctions des licenciements abusifs

Actuellement les abus de licenciement même les plus graves se traduisent au mieux par des indemnités lesquelles, le plus souvent, ne couvrent pas la totalité des préjudices subis. C'est particulièrement le cas pour les travailleurs âgés qui risquent de ne pas retrouver d'emploi avant de pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite. La véritable réparation consisterait à la réintégration dans l'entreprise. Nous suggérons donc la possibilité pour les victimes de licenciement opéré sans cause réelle et sérieuse, ou en méconnaissance des obligations légale, de demander et d'obtenir sous astreinte la réintégration dans l'entreprise. Pour rendre opératoire la reconnaissance des abus, l'attribution d'indemnité et le droit à réintégration il est impératif d'élargir les possibilités d'intervention devant les tribunaux pour les salariés comme pour les organisations syndicales. Doit aussi être abrogé le dispositif de rupture conventionnel du contrat de travail imaginé en 2008. Ce système présente en effet des défauts majeurs. D'abord la convention met l'employeur à l'abri de tout risque judiciaire, il donne lieu à de fortes pressions sur le salarié à qui on donne le choix entre une rupture pour faute grave et l'acceptation de la convention. La présentation de la convention est aussi très souvent précédée d'une période au cours de laquelle on mène la vie impossible au salarié pour le pousser à accepter la convention. Enfin il est l'occasion de multiples fraudes aux allocations-chômage en faisant miroiter aux salariés ces revenus de remplacement, la fraude étant particulièrement fréquente pour des salariés âgés qui sont placés dans une sorte de préretraite qui ne coûte rien à l'employeur. Enfin la complexité des questions relatives aux licenciements économiques justifierait la création de chambres spécialisées auprès de chaque section des conseils des prud'hommes.

B. Contrats à durée déterminée et intérimaires

Si on totalise CDD, intérimaires, contrats aidés, temps partiels subis ce sont 4 millions de personnes qui sont touchées par les emplois précaires. Pour les

jeunes la précarité est devenue la règle, en particulier pour les moins qualifiés. La précarisation des travailleurs constitue une orientation stratégique à l'heure de la domination des marchés financiers. Elle permet de renforcer l'exploitation par la rentabilité optimum de chaque heure de travail et d'affecter les énormes profits ainsi dégagés aux placements financiers et à la spéculation. Comme forme de chômage, elle pèse fortement sur les salaires et les conditions de travail, elle génère une insécurité sociale permanente, dans et hors le travail, qui renforce les pouvoirs exorbitants des employeurs, des actionnaires, des créanciers, sur la vie et l'avenir de populations entières. Elle sème la division entre travailleurs encore couverts par certaines garanties et travailleurs précaires. La défense et le développement des droits dont bénéficient les salariés dotés d'un emploi stable sont plombés par le caractère massif de la précarité. L'emploi sous ses formes les plus précaires est un des multiples effets néfastes du chômage de masse en même temps qu'il est une des causes du sous-emploi, parce qu'il intensifie le travail entraînant un moindre besoin de travailleurs pour une même production. D'autre part en réduisant la masse des salaires, l'emploi précaire contribue à limiter la demande intérieure et donc la croissance.

Nous proposons par conséquent un encadrement des contrats de travail à durée déterminée et intérimaires de telle sorte que ceux-ci cessent d'être utilisés comme mode de gestion permanent de l'entreprise, que les salariés ne soient plus la variable d'ajustement qu'ils sont actuellement.

À cette fin :

1. On limiterait les cas de recours et surtout on limiterait à 5 % de l'effectif de chaque établissement le nombre de contrats à durée déterminée et d'intérim conclus sous le motif de surcroît temporaire d'activité. On en finirait ainsi avec les pratiques abusives de certaines entreprises dont le nombre et la fréquence du recours à des travailleurs précaires, jusqu'à la moitié de l'effectif permanent, et parfois plus, n'a rien à voir avec le surcroît temporaire d'activité.
2. On limiterait les renouvellements à un seul et la durée totale du contrat à 12 mois.
3. Le droit à l'indemnité de précarité serait dû à tous les salariés concernés et quel que soit le motif de conclusion du contrat.
4. L'action en requalification devant le Conseil des Prud'hommes serait ouverte même après l'arrivée du terme du contrat et l'exécution du jugement facilité par le recours à l'astreinte.

5. Le recours à ces formes d'emploi précaire serait conditionné à une consultation et à un avis conforme annuel du comité d'entreprise portant sur les modalités d'utilisation.

C. Sous-traitance et travailleurs sans droits

Il fut une époque où le recours à la sous-traitance répondait à des justifications techniques. Ce temps est révolu. Comme pour les emplois précaires, l'obsession de la rentabilité financière a conduit les entreprises, notamment les plus grandes, à sous-traiter à tout va. Éclatements des collectifs de travail, externalisation de plus en plus de fonctions de l'entreprise que ce soit à l'extérieur des locaux ou sur site, nombre d'usines ne sont plus que des sites d'assemblage, le rêve de certains étant des usines sans ouvriers. Certaines de ces pratiques tombent normalement sous le coup de la loi quand le sous-traitant ne fournit que de la main-d'œuvre. Dans des activités comme celles de la construction, de la maintenance, des travaux publics, des transports c'est la sous-traitance dite en cascade qui s'est développée avec trois, quatre et davantage de niveaux; à la clef une pression sur les prix tout au long de la chaîne et en bout de course des TPE étranglées qui trichent sur les salaires et les droits des travailleurs et des prestations intra européennes au rabais. Ces pratiques ont un but commun: abaisser le coût du travail au profit des prélèvements du capital, en excluant le maximum de salariés de l'application des accords d'entreprise, en utilisant les salariés des sous-traitants comme variable d'ajustement, en faisant exploser les solidarités et la force des salariés par leur dissémination.

La forme la plus aboutie et caricaturale de ce bouleversement des rapports sociaux consiste à mettre des costumes de travailleurs indépendants sur des travailleurs dépendants. Il est maintenant convenu de désigner ce phénomène sous le vocable d'« ubérisation » connu du public depuis le conflit des taxis. Il s'agit en fait de salariés qui n'ont plus aucun droit, plus aucune limite de durée du travail, plus aucun salaire minimum, plus de congés, plus de droit à la retraite, plus aucune protection contre le licenciement, plus de droit aux allocations-chômage, plus rien. Exactement comme au XIXe siècle, le secrétaire général de la CGT à tout à fait raison. Les promoteurs de cette nouvelle forme de surexploitation ont de la suite dans les idées. Cela a commencé dès 1994 avec la présomption de non-salariat pour les travailleurs inscrits à la chambre des métiers ou au registre du commerce par l'ultra libéral Madelin; sur proposition communiste cette présomption fut abrogée en 2000 à l'occasion des lois

Aubry mais réintroduite en 2003 par une loi Fillon. Par la suite un rapport De Virville proposait de laisser à chacun le « libre » choix du statut, salarié ou indépendant. Nouvelle escalade dans la déréglementation avec le projet Valls-El Khomery qui qualifie d'indépendants tous les travailleurs qui, pour travailler, passent par une plate-forme numérique.

Nous contestons radicalement ces funestes orientations. Avec trois mesures.

- Curieusement le code du travail n'a jamais défini ce qu'est un travailleur salarié bénéficiaire de la législation sociale. C'est la jurisprudence des tribunaux qui s'en est toujours chargée. Traditionnellement en s'en tenant à une définition fondée sur le lien de subordination juridique, en requalifiant au besoin les contrats à partir de la réalité de la relation contractuelle. Puis une évolution s'est produite avec l'émergence du concept de dépendance économique (*cass. crim. 14-27132 du 17/11/2015; cass. civ. 14-23638 du 15/12/2015 et 14-23320 du 20/01/2016*).; à juste raison, car le salariat est avant tout un rapport social avant d'être une simple référence juridique. Nous proposons à notre tour une présomption de salariat reposant à la fois, ou alternativement, sur la subordination juridique et la dépendance économique. (*articles 7-I et 7-II*).
- Encadrement du recours à la sous-traitance par sa limitation légale à deux degrés et son contrôle par les travailleurs en soumettant le recours à la sous-traitance à l'avis conforme du comité d'entreprise qui a toute compétence pour apprécier les besoins et possibilités de l'entreprise. (*articles 7-III et 7-IV*)
- Lutte contre le travail illégal et le dumping social pratiqué à partir des prestations de services internationales, par un pouvoir de suspension de la prestation par l'administration en cas de non-respect des obligations légales et conventionnelles. (*articles 7-V et 7-VI*)

4. Libérer des millions d'emplois grâce à une réduction réelle de la durée du temps de travail et le droit effectif à la retraite à 60 ans

A. Durée du temps de travail

La diminution du temps de travail est une revendication des salariés depuis toujours. Elle exprime l'aspiration à disposer de plus de temps libre hors du temps contraint par le travail dépendant; pour les travailleurs exposés à des travaux pénibles elle permet de limiter l'usure physique prématurée; c'est en même temps un moyen de contribuer à l'éradication du chômage. Du côté de l'actionnaire l'enjeu est fondamental puisque

c'est par le temps de travail effectué au-delà de ce qui est nécessaire pour payer le salaire fixé qu'il peut réaliser son profit. Cela explique pourquoi la question du temps de travail est le cheval de bataille numéro un du Medef qui mène une lutte acharnée pour son augmentation comme ses ancêtres pronostiquaient la ruine du pays si on limitait le travail des enfants. À l'époque des lois Aubry le Medef a manœuvré pour un texte à son avantage. Il a obtenu une série de concessions portant sur l'annualisation, le forfait jours, les astreintes, le temps partiel, l'absence d'obligation d'embauche, les heures supplémentaires et les allègements de cotisations sociales. Il a ensuite pesé pour que les accords lui soient favorables. On comprend dès lors que le bilan des lois Aubry soit très contrasté. L'effet sur le chômage fut très limité lequel est rapidement reparti à la hausse. La droite revenue au pouvoir a conservé tout ce qui intéressait les patrons et a bloqué le mouvement de baisse du temps de travail en accordant les allègements de cotisations aux entreprises restées à 39 heures et en étendant le système du forfait jours.

Les résultats financiers sont tout à l'avantage des actionnaires dont les cotisations sociales ont baissé de près de 20 milliards d'euros. Sur la période 1997/2002 la valeur ajoutée s'est accrue de 18 %, les effectifs de 11 %, le coût du travail de 19 %, les prélèvements du capital de 35 %. Contrairement à la légende les 35 heures n'ont donc pas coûté un sou aux entreprises. Par contre les dividendes et intérêts les ont privés de ressources importantes. La richesse de notre pays, le volume et la part des profits dans la valeur ajoutée et la réforme du crédit que nous proposons par ailleurs autorisent une réduction importante du temps de travail avec maintien des salaires et embauches correspondantes. La demande intérieure augmentée grâce à de nouveaux revenus aurait de plus un effet bénéfique pour les carnets de commandes et donc pour l'emploi. La durée du travail des salariés à temps complet est en moyenne de 39,5 heures au moins. De 37,5 heures si on compte les temps partiels et de moins de 30 heures si on prend en compte les chômeurs. Contrairement à une autre légende on travaille plus en France que chez nos voisins : en comptant les temps partiels : 35,3 heures en Allemagne, 36,5 en Grande Bretagne, 36,9 en Italie, 37,2 en moyenne dans l'Union européenne.

Comme contribution à l'éradication du chômage, qui touche à des degrés divers plus de huit millions de personnes, la réduction du temps de travail reste incontournable car la croissance, même améliorée, ne

pourra jamais y suffire. Nous fixons l'objectif d'une durée de travail hebdomadaire de 32 heures sans réduction des salaires (*Articles 8-II et 8-XXXIV*). Mais comme nous partons en réalité de plus de 39 heures nous devons progresser par étapes. La réduction du temps de travail, la formation, les investissements, les embauches doivent, pour l'efficacité, progresser ensemble.

Dans l'immédiat il s'agirait de faire en sorte que les 35 heures soient une réalité pour tous les salariés à temps complet. Pour y parvenir nous proposons de réformer les dispositifs légaux qui freinent la baisse du temps de travail pour tous et gèlent de très nombreux emplois. Avec quatre mesures urgentes :

1°) Réintroduire dans le temps de travail tous les moments nécessaires à la production comme les pauses de courte durée, d'habillage et de déplacement professionnel (*Articles 8-II, 8-III, 8-IV*). Pour les déplacements professionnels notons que la Cour de justice européenne considère depuis un arrêt du 10 septembre 2015 que le temps de déplacement domicile travail représente du temps de travail effectif pour les salariés itinérants.

2°) Abroger le forfait-jours des ingénieurs et cadres. Cette invention a maintenu ces salariés dans des durées de travail très élevées et gelé des centaines de milliers d'emplois de toutes catégories (*Articles 8-I et 8-XX*). La France a été condamnée à plusieurs reprises par des instances européennes pour ces pratiques.

3°) Limiter les heures supplémentaires aux circonstances exceptionnelles en abaissant le contingent annuel à 94 heures par an, en augmentant le taux de majoration du salaire. (*Articles 8-VIII à 8-XII et 8-XXII*).

4°) Mettre en place dans toutes les entreprises des moyens de contrôle des horaires automatisés y compris du travail accompli sur support numérique en dehors des locaux de l'entreprise sachant qu'un employeur, sauf urgence justifiée, ne serait plus autorisé à contacter un salarié en dehors de ses horaires de travail. (*Article 8-XXXIII*).

D'autre part nous souhaitons revenir sur des dispositions légales qui ont fortement dégradé les conditions de travail, d'emploi, de vie personnelle et de famille. Cela concerne :

1°) L'amplitude maximum de la journée de travail limitée à 2 heures en plus de la journée de travail effective et la durée hebdomadaire limitée à 43 heures (*Articles 8- XVII et 8-XVIII*).

2°) L'annualisation qui doit comporter, pour ne pas perturber anormalement la vie de famille, un calendrier précis et non un simple programme indicatif, un avis conforme du CE en l'absence d'accord et un délai de prévenance des modifications du calendrier porté de 7 à 30 jours (*articles 8-XX à 8-XXIV*)

3°) La réduction du temps de travail sous forme de jours qui doit cesser d'être un outil de flexibilité aux mains des employeurs pour devenir un libre choix par les salariés qui seuls pourraient en prendre l'initiative et selon un calendrier précis. (*Articles 8-XXIV et 8-XXV*).

4°) Le travail à temps partiel doit être mis en œuvre uniquement pour répondre à un véritable libre choix des salariés, le contrat doit être précis et non modifiable unilatéralement. Doivent être abrogées les dispositions qui rendent caduque le minimum de 24 heures et les dérogations aux coupures et heures complémentaires maximum. (*Articles 8-XXVI à 8-XXXI*).

B. Retraites

La question des retraites est celle de la durée du travail à l'échelle d'une vie. Le droit à la retraite à 60 ans si longtemps réclamé par les travailleurs a été conquis en 1981. Depuis les libéraux de tous bords ont mené une offensive permanente pour revenir sur cet immense progrès. Ils sont en grande partie parvenus à leurs fins avec une succession de contre-réformes portées tant par des gouvernements de droite que par de prétendus gouvernements de gauche. Ce ne fut pas sans difficulté puisque ces contre-réformes ont provoqué de très importantes luttes sociales, preuve de l'attachement des citoyens au droit à la retraite. Tout le monde, ou presque, souhaite partir en retraite, au plus tard à 60 ans. D'ailleurs, pour des raisons diverses plus de la moitié des personnes âgées de 55 à 64 ans sont sans emploi. Paradoxalement, les employeurs, partisans du recul de l'âge de la retraite, refusent d'engager des seniors, organisent le départ de leurs salariés âgés, fraudent massivement les Assedic par le truchement des ruptures conventionnelles. On sait bien, à force de l'entendre martelé, que l'argument massue pour le recul de l'âge de la retraite c'est la révolution démographique, l'augmentation de l'espérance de vie qui rendrait impossible le financement des retraites. L'argutie est infantile, ridicule. Évidemment que, comme pour toute prestation sociale, il faut prévoir le financement. Mais il y a deux façons de l'envisager. Celle des libéraux qui n'ont en vue que la dépense, sans augmentation des ressources; cela conduirait, à terme, à la retraite à 70 ans. Et celle qui consiste à considérer que l'allongement de la durée de vie est un grand progrès humain,

la question du financement des retraites devant être posée en termes de solidarité entre les générations ce qui est d'ailleurs le fondement même du droit à la retraite. Vient alors l'obligation de consacrer une part croissante des richesses créées par le travail, d'une part au financement de l'éducation des jeunes et, d'autre part, au financement du droit au repos des anciens. Chaque individu profitant à son tour de cette solidarité intergénérationnelle de la naissance à la mort. Pour les actionnaires cette façon de voir les choses est inacceptable puisque tout ce qui va à la solidarité entre les humains limite leurs prélèvements parasites.

Allonger la durée de vie au travail est de plus intolérable quand des millions de personnes, de jeunes, attendent désespérément un emploi. Tout recul de l'âge de la retraite provoque une nouvelle flambée de chômage. Le recul de chaque année c'est sans doute autour de 300 000 emplois gelés pour les jeunes. Au contraire le retour à la retraite à 60 ans libérerait immédiatement des centaines de milliers d'emplois. C'est ce que nous proposons à l'article 9 de ce projet.

5. Pour l'épanouissement de chacun et l'emploi, le droit pour tous à de plus hauts niveaux de qualification et de salaire

A. Développement de la formation professionnelle

La France ne part pas de rien en ce qui concerne la formation professionnelle. Notre pays s'est doté depuis longtemps de systèmes de formation initiale et continue développés. Nous accusons cependant un retard important devant les défis que pose l'avancée des technologies et à présent les exigences de la révolution informationnelle. Si bien que nous constatons des difficultés de recrutement dans certaines filières dues à la dévalorisation de certains métiers et à l'insuffisance des moyens affectés à la formation. Une des réponses des gouvernements et des chefs d'entreprises est, au lieu d'investir au niveau nécessaire, de piller les ressources humaines d'autres pays. Cette orientation a pour résultat de brider les capacités de développement de ces pays et, en France, de maintenir dans l'exclusion des millions de personnes dépourvues d'une qualification suffisante. Un haut niveau de qualification constitue aujourd'hui l'atout principal pour le développement économique et social. Il est une des conditions de l'épanouissement des capacités humaines. La qualification de tous est indispensable pour pourvoir les emplois créés par la croissance écologique et sociale que nous voulons et ceux libérés par la baisse du temps de travail et les départs en retraites. La formation

continue tout au long de la vie doit être envisagée comme un moment inséparable de la production des biens et des services. C'est d'ailleurs cette conception qui justifie le titre de notre projet de « sécurité de l'emploi **ou** de la formation » et le droit pendant les périodes de formation du maintien intégral du salaire y compris pour ceux sans emploi avec un minimum égal au SMIC. (*Article 10-V*).

Nous présentons en même temps une série de réformes tendant à élever la quantité et la qualité des actions de formation continue. Il s'agirait de doubler les moyens de la formation et de les mutualiser davantage :

1°) Pour accroître le nombre de salariés de chaque entreprise pouvant partir en formation chaque année il faudrait doubler, porter à 5 % de l'effectif le nombre de salariés pouvant bénéficier en même temps d'un congé individuel de formation et les stages de formation pourraient atteindre une durée de deux ans. (*Articles 10-II, 10-III et 10-IV*).

2°) la part minimum des financements par les entreprises serait également doublée pour atteindre 2,5 % de la masse salariale. (*Article 10-I, alinéa 1*).

3°) Une plus grande mutualisation des moyens permettrait d'accorder la priorité d'accès aux actions de formation aux personnes privées de toute qualification. (*Articles 10-I, alinéas 2, 3 et 4*).

4°) Pour que les formations soient réellement choisies et ne soient plus seulement celles décidées par les chefs d'entreprise, le comité d'entreprise devrait participer, au-delà de la simple consultation, à l'élaboration du plan de formation de l'entreprise qui ne pourrait être mis en application qu'après son avis conforme. (*Article 13-VI*).

5°) Enfin, pour en finir avec les gâchis, l'argent public et l'agrément des stages ouvrant droit à la formation seraient réservés aux organismes publics de formation et aux organismes privés à but lucratif. (*Article 10-VII*).

B. Reconnaissance des qualifications dans le salaire

Les qualifications acquises ne sont pas reconnues dans le salaire. Rares sont les conventions collectives qui fixent des salaires minima en fonction des diplômes sanctionnant les formations initiales et continues ou la validation de l'expérience. Nous voulons remédier à cela en fixant des salaires minima par grands niveaux de qualification. (*article 11*)

6. Une utilisation de l'argent destinée à l'éradication du chômage

À défaut de moyens financiers, d'une autre utilisation de l'argent l'éradication du chômage n'est pas possible. D'énormes fonds publics sont actuellement gâchés en cadeaux au patronat et à sa gestion de rentabilité financière, prétendument pour l'emploi. Cela concerne particulièrement les réductions et suppression de cotisations sociales et celles du Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi plus les fonds de financement public des salaires avec la prime pour l'emploi. En réalité cela entraîne la baisse des dépenses en salaires ce qui joue contre l'emploi et contre la demande globale, contribuant au chômage ainsi qu'à la rentabilité financière ses gâchis spéculatifs. Cette pratique a été utilisée et développée par les gouvernements de droite comme de gauche (ou prétendus tels). De ce point de vue il ne suffit pas de proclamer le besoin d'un contrôle de l'utilisation des fonds publics ou de prévoir des remboursements (très rarement réclamés) en cas de licenciement ou de délocalisation. En effet le contrôle des emplois, qui de toute façon auraient été créés ou qui sont compensés par des destructions d'emplois ailleurs, n'empêcherait pas les effets négatifs de la baisse des coûts salariaux. S'agissant des fonds publics une autre utilisation est devenue indispensable. Au lieu des exonérations de cotisations sociales, de baisses d'impôts, de prise en charge de salaires par les fonds publics, des subventions à fonds perdu, nous proposons :

1°) La constitution d'un Fonds National et de Fonds Régionaux pour l'Emploi et la Formation qui prendraient en charge tout ou partie des intérêts des crédits destinés à des investissements industriels, de recherche et autres, avec des taux d'autant plus abaissés, jusqu'à des taux zéro, voire négatifs, que seraient programmés des créations d'emplois stables et des formations. Le Fonds National serait alimenté par le redéploiement progressif des réductions de cotisations dans des proportions décidées régulièrement par les lois de financement de la sécurité sociale ainsi que par le redéploiement des réductions d'impôts. Les Fonds Régionaux seraient alimentés par des délégations de crédit du Fonds national. On en finirait ainsi avec des gâchis tels que des PME doivent subir des taux élevés pour des investissements utiles tandis que des opérations purement financières de grandes entreprises bénéficient de taux d'intérêts très bas. (*articles 11-I et 11-III*).

2°) Des prélèvements fiscaux et sociaux modulés, relevés pour pénaliser les profits et l'accumulation financière, la baisse des salaires, les suppressions et précarisation des emplois. Concernant les cotisations de Sécurité sociale il s'agirait d'inventer un dispositif qui établisse une modulation fondée sur la part des salaires dans la valeur ajoutée totale des entreprises. Ainsi plus l'entreprise aurait d'emplois, plus elle paierait de bons salaires et moins elle paierait de cotisations. À noter que cela serait très différent de cotisations assises sur la valeur ajoutée laquelle ne serait qu'une nouvelle TVA et n'aurait aucun effet sur l'emploi puisqu'une valeur ajoutée élevée peut être obtenue avec de faibles effectifs et des bas salaires. (*article 11-II*).

3°) La constitution d'un pôle financier public mettant en réseau les institutions publiques existantes et de nouvelles banques nationalisées. Il contribuerait à impulser des orientations nouvelles dans tout le secteur bancaire et financier. Outre l'élan donné à un nouveau type de crédit il s'agirait de lutter contre les actions spéculatives y compris par la séparation réelle des banques de dépôt et d'investissement.

Au-delà, une autre orientation de la Banque Centrale Européenne contrôlée par les pouvoirs politiques serait le plus décisif pour le soutien à un nouveau type de crédit. Au lieu de son orientation actuelle de maîtrise de l'inflation et pour l'Euro fort qui favorise les placements financiers et les délocalisations la BCE jouerait un rôle de premier plan pour des crédits à des taux d'autant plus abaissés que les investissements feraient d'emplois et de formations. La BCE financerait en particulier un fonds de développement social, solidaire et écologique européen.

7. Démocratisation des entreprises, nouveaux pouvoirs pour les travailleurs dans les entreprises et pour les citoyens dans les territoires. Conventions et accords, principe de faveur

A. Nouveaux pouvoirs dans l'entreprise

Exécutants de la dictature des marchés financiers, représentants des actionnaires, les chefs d'entreprise ont aujourd'hui les pleins pouvoirs. Le patronat confond allègrement l'entreprise et ses actionnaires, l'entreprise et son chef. Or l'entreprise c'est avant tout l'ensemble des travailleurs qui la compose et la font vivre. Ces travailleurs, de l'ouvrier à l'ingénieur qui créent les richesses n'ont pas droit à la parole; si, pour la forme, on leur demande parfois leur avis, on en tient rarement compte. Il en va de même dans les territoires qui sont confinés à leurs mises en concurrence pour

satisfaire le critère du profit immédiat à coup de subventions, de cadeaux et d'avantages de toutes sortes. À l'heure où l'exigence de démocratie est une aspiration largement partagée, l'entreprise reste une institution monarchique. Dès qu'il s'agit de l'entreprise, dès qu'il s'agit d'envisager des pouvoirs d'intervention des travailleurs et des citoyens dans la gestion, la démocratie est un mot tabou. Cela est d'autant plus insupportable que la concentration du capital, la dimension atteinte par les grandes entreprises, leur situation monopolistique leur donne un pouvoir immense sur leurs salariés, les PME et les populations des territoires dans lesquels elles exercent, jusqu'à tendre au totalitarisme.

Il est temps de faire prévaloir sur la course au profit, des critères de gestion d'utilité sociale, favorables à l'emploi, à la formation, au bien-être des travailleurs, à l'intérêt général. Pour cela il faut des droits nouveaux d'intervention et de décision dans la gestion des entreprises pour les salariés et leurs représentants. Au plan des territoires, au lieu de la mise en concurrence, nous avons besoin d'institutions qui permettent aux collectivités territoriales d'intervenir sur le développement économique en faveur de l'emploi, de la formation et des populations. Le pouvoir de consultation du comité d'entreprise existe depuis plus de 60 ans. Dans la pratique, soit le CE n'est pas consulté conformément à la loi, soit le chef d'entreprise passe outre son avis. Le chef d'entreprise a toujours le dernier mot et décide en fonction des critères qui lui sont dictés par les marchés financiers et les actionnaires. Nous proposons que les comités d'entreprise soient dotés d'un pouvoir de contre-proposition effectif, les directions d'entreprise seraient tenues d'examiner vraiment les propositions des représentants des salariés et de les prendre en considération après débats. Dans le cas contraire les comités d'entreprise disposeraient alors d'un droit de suspension contraignant le chef d'entreprise à revoir ses projets. (*articles 12-I à 12-V*). Dans certains domaines tels que le plan de formation, le recours aux emplois précaires et à la sous-traitance, les heures supplémentaires, le temps partiel, l'avis conforme du CE serait requis. (*Articles 12-VI et 12-VII*). Enfin le comité d'entreprise devrait être informé de la politique des prix pratiqués par l'entreprise et en particulier sur les prix de transfert pratiqués entre les diverses entités du même groupe. (*Articles 12-VIII et 12-IX*).

B. Nouvelle institution dans les Régions

Dans les domaines stratégiques, comme les licenciements collectifs, les fermetures de site, les délocalisations, les grands investissements, qui concernent le

présent et l'avenir des populations du territoire dans lequel l'entreprise est établie, une nouvelle institution examinerait les projets du chef d'entreprise et les propositions du comité d'entreprise et jouerait un rôle de médiation. Ces Commissions Régionales pour l'Emploi et la Formation se substitueraient à des instances existantes et seraient composées d'élus de la Région, de représentants des organisations syndicales de salariés et d'organisations patronales locales. Outre leur mission de médiation, ces commissions joueraient un rôle central pour l'emploi en Région. Elles seraient associées au service public de l'emploi. Elles seraient l'instance de diagnostic, d'étude et de consultation pour les projets régionaux, elles fixeraient des objectifs chiffrés annuels de créations d'emplois et de mises en formation. Elles assureraient le suivi des conventions individuelles de sécurisation de l'emploi. Les demandes de prises en charge par les Fonds Régionaux Pour l'Emploi seraient soumises à leurs avis conforme. Elles analyseraient l'impact des politiques publiques de l'emploi et de la formation. Elles procéderaient à l'agrément des organismes de formation.

C. Conventions collectives et accords d'entreprise

Nous voulons que les conventions et accords de branche et les accords d'entreprise soient soumis au principe de l'accord majoritaire. C'est-à-dire des accords signés par des organisations syndicales représentant la majorité des électeurs aux élections professionnelles ce qui semble un principe de base de toute démocratie au lieu d'accords ou une minorité impose ses vues à la majorité. Il faut enfin en revenir au principe de faveur dans une hiérarchie des normes. De l'accord d'établissement à la loi en passant par l'accord d'entreprise, de groupe, de branche et interprofessionnel, aucun ne devrait comporter de clauses moins favorables aux salariés que les accords, lois et règlements de niveaux supérieurs.

Les GHT : Une restructuration d'ampleur

Par M. Jean-Luc Gibelin

Directeur d'hôpital & Vice-Président de la Région Midi - Pyrénées, Languedoc Roussillon

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

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

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

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

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

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

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

Cela va aussi rendre de plus en plus l'exercice « multi-site » et surtout éloigner les « décideurs » des lieux de mise en œuvre... À une nuance près d'importance, les vraies décisions ne seront pas prises au niveau des établissements supports des GHT encore moins des sites annexes mais seront de fait dans la feuille de route arrêté par le DG ARS au directeur de l'établissement pivot du GHT.

Ce n'est qu'un premier éclairage des multiples conséquences de l'accumulation des lois et de l'accélération avec HPST et la loi Touraine. Nous aurons l'occasion d'y revenir au cours de la montée en charge de la mise en œuvre de ces lois dans les prochains mois.

CRISPR-Cas9 : quel drôle de nom pour une technique qui suscite tant d'espoir et tant de craintes !

Par le D^r Michel Limousin

Nous l'avons déjà évoqué ici⁽¹⁾ : les biotechnologies posent autant de questions sur l'avenir de l'homme qu'elles portent d'espoir dans le progrès. Mais ce qui est nouveau, c'est la rapidité de leur développement. Elles ne sont pas l'avenir, elles sont le présent et le CRISPR-Cas9 en est un exemple stupéfiant.

De quoi s'agit-il ? Le CRISPR-Cas9 est une technique rapide, efficace et peu onéreuse développée par la Française Dr Emmanuelle Charpentier directeur de recherche au Max-Planck Institut et l'Américaine Dr Jennifer Doudna de l'Université de Berkeley ; elle permet une action sur l'ADN et donc le génome. Cas9 (CRISPR associated protein 9) est une enzyme spécialisée pour couper l'ADN avec deux zones de coupe actives, une pour chaque brin de la double hélice. Cette enzyme peut être utilisée pour modifier facilement et rapidement le génome des cellules. Cas9 est une enzyme présente dans la nature : elle est associée aux séquences CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Palindromic Repeats ou « courtes répétitions palindromiques regroupées et régulièrement espacées ») dans l'immunité adaptative d'un microbe bien connu : le *Streptococcus pyogenes*. En effet celui-ci utilise cet outil pour détecter et détruire l'ADN étranger (par exemple lors de l'invasion de son propre génome par de l'ADN de bactériophages ou de l'ADN plasmidique) et ainsi se protéger. Cas9 découpe alors cet ADN invasif. Passant d'une fonction naturelle d'origine bactérienne dans l'immunité à une fonction technologique, la protéine Cas9 est utilisée par l'homme comme un outil du génie génétique pour induire des cassures double brin dans l'ADN. Ces ruptures peuvent conduire à l'inactivation complète d'un gène ou à l'introduction de nouveaux gènes. Leur caractère pratique et peu onéreux en fait un véritable outil du mécano génétique d'aujourd'hui.

Les premières applications ont été réalisées sur des animaux et notamment des primates. Grâce à Crispr-Cas9 et son coût de développement réduit, des

scientifiques ont déjà créé des applications qui peuvent poser questions. Par exemple on a créé des vaches sans cornes qui donc ne se blessent pas entre elles. Autre exemple : une équipe américaine a aussi réussi à rendre un moustique résistant au paludisme et prévoit de le libérer dans la nature pour transmettre ce gène de résistance à l'ensemble de l'espèce et ainsi lutter contre le paludisme. L'imagination des chercheurs va ouvrir des champs extraordinaires d'application que nous ne développerons pas ici (mucoviscidose, diabète, cancer, Sida, peut-être Alzheimer). Non seulement la porte est ouverte à des modifications individuelles du génome dont on pourrait espérer qu'elles permettent des guérisons de maladies génétiques mais aussi à des modifications du génome de l'espèce humaine (via les gamètes) transmissibles aux générations suivantes. C'est bien ici que se posent les problèmes éthiques.

Ainsi le 18 avril 2015, des chercheurs de Canton ont publié un article dans *Protein & Cell* annonçant avoir utilisé la technique CRISPR-Cas9 pour modifier génétiquement des embryons humains. Selon Junjiu Huang, qui a dirigé ces recherches, cet article aurait été refusé par *Science* et *Nature* à cause des problèmes éthiques que de telles recherches posent. Autre événement : en janvier 2016, la Grande-Bretagne a autorisé la manipulation génétique sur des embryons humains à l'Institut Francis Crick de Londres. Cela permettrait d'étudier le début du développement de l'embryon et d'identifier ce qui provoque la réussite ou l'échec d'une fécondation in vitro mais relance néanmoins le débat sur la finalité de telles études.

En décembre 2015, au vu des multiples questions de sécurité et d'éthique, une réunion organisée par l'Académie américaine des Sciences et de la Médecine, l'Académie Chinoise des Sciences, et la Société Royale de Londres, a recommandé un moratoire. Malgré cela, repoussant les accusations d'eugénisme, des bioéthiciens et des scientifiques ont soutenu que si des anomalies dans des gènes particuliers causant des conditions fatales et débilitantes pouvaient être corrigées dans un embryon, alors elles devaient l'être. Les inventeurs de cette technique se sont prononcées pour le moratoire.

¹ M. Limousin, La révolution des biotechnologies : Les Cahiers de santé publique, N° 5, janvier 2012, p. 34

La France a pris position: l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) s'est saisi de la question (7 avril) ainsi que l'Académie des sciences (29 avril). La crainte porte sur un développement de l'eugénisme sur l'embryon et les cellules germinales.

Distinguons à ce stade de la réflexion deux problèmes. Le premier est que cette technique n'est pas encore développée avec suffisamment de sécurité pour que des mutations non voulues « hors cible », ne soient introduites malencontreusement dans le génome. Ce serait la porte ouverte à des catastrophes génétiques non prévisibles. Le second problème est que même si ces erreurs techniques étaient corrigées par un progrès technologique à venir, le risque de modification du génome des humains est réel. Le Conseil consultatif national d'éthique présidé par le Dr Jean-Claude Ameisen s'est également saisi de ces questions.

Le seul texte international contraignant est la Convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine établie en 1997 à Oviedo. Le principe posé dans l'article 13 est que toute modification introduite dans le génome d'un individu à des fins thérapeutiques ne peut être transmise au génome de la descendance. La France a ratifié ce texte mais les États-Unis, la Grande-Bretagne et la Chine ne l'ont pas fait. Le Comité d'éthique de l'INSERM a émis une recommandation pour que la recherche y compris sur l'embryon soit poursuivie pour faire progresser la connaissance. Une première entreprise française d'« édition du génome » nommée Cellectis a déjà été créée. Les enjeux financiers pointent déjà le bout de leur nez. Et déjà des bagarres sur la propriété des brevets sont enclenchées par les États-Unis.

Dernier élément de réflexion: une application de cette technique au problème du SIDA a été tentée⁽²⁾. En effet si les traitements actuels du SIDA font disparaître la présence du virus dans le sang et font par là même disparaître les symptômes de la maladie, il n'en reste pas moins que le virus continue à se cacher de façon permanente dans le génome des cellules et donc garde la possibilité de se répliquer. La guérison complète des patients ne sera possible que lorsque ce virus caché dans leur ADN sera éliminé. L'idée d'utiliser cette nouvelle technique de neutralisation de cette séquence virale a été tentée en introduisant

une mutation du virus le rendant inopérant. Les expériences in vitro sur des cultures de cellules infectées par le virus ont montré une baisse de la production de virus (donc ça marche) mais que certaines cellules continuaient à produire le virus (donc ça ne marche pas complètement). On a pu démontrer que les mutations introduites s'accompagnaient de mutations supplémentaires non prévues et qu'ensuite du fait de ces mutations imprévues, le virus ainsi modifié n'était plus reconnu et que la découpe ne pouvait alors se faire. Il en résulte alors que le virus modifié légèrement continuait à se reproduire.

Tout ceci montre la complexité de la technique, les erreurs possibles, la non-maîtrise totale des effets secondaires parasites, et justifie en tout cas pour moi la nécessité de rester prudent sur les manipulations génétiques transmissibles aux générations à venir. Mais peut-on faire confiance à l'Homme? Va-t-on pouvoir résister au désir de modifier l'être humain? Surtout si les intérêts financiers ou individuels s'en mêlent... Ne faut-il pas mettre en place des règles éthiques claires et incontournables? Par exemple ne devrait-on pas recenser de façon exhaustive la liste des modifications introduites chez les individus identifiés pour suivre la situation de génération en génération?

Quid du principe de précaution? Autrement dit, qui va défendre les intérêts supérieurs de l'Humanité?

² Z. Wang et al., Cell Reports, 15, 481, 2016.

Le devenir de la médecine du travail, retour vers le passé : hygiénisme et eugénisme social

Par les D^{rs} Alain Carré & Dominique Huez,
vice-présidents de l'Association Santé et Médecine du travail

Les trois racines de la médecine du travail : pathologie professionnelle, hygiène, sélection médicale des travailleurs

Au départ est née la pathologie professionnelle. Les constats anecdotiques deviendront de plus en plus nombreux et argumentés avec le début de l'industrialisation au XIX^e siècle. Cette voie constitue une première racine de la médecine du travail : elle ne s'intéresse à la santé du travailleur que dès lors qu'elle est compromise. Toutefois, interpellés par les constats des médecins, les employeurs de l'époque confrontés à une responsabilité le plus souvent de nature civile ou assurantielle, outre l'influence qu'ils peuvent avoir à l'intérieur des institutions médicales, élaborent des stratégies autour de trois grands axes : le déni des atteintes à la santé au travail, l'endiguement de l'intervention publique, la minimisation des coûts⁽³⁾.

C'est au début du XX^e siècle et plus particulièrement pendant le premier conflit mondial, qui va justifier certaines pratiques au nom de l'intérêt national, que se mettent en place, dans les grandes industries productives qui naissent à l'époque, des médecines d'entreprise ou de main-d'œuvre dont la finalité est double curative et sélective. Il s'agit de maintenir la main-d'œuvre en état de produire d'où la mise en place de dispensaires de soins.

Les médecins sont chargés notamment de faire la promotion de bonnes pratiques d'hygiène : il suffirait, guidé par le médecin, que le travailleur ait de « bonnes pratiques personnelles » pour prévenir la pathologie professionnelle. C'est de cette racine que vont naître recettes de bonnes pratiques, et de comportements adaptés et leur inverse les mauvaises pratiques et les comportements inadaptés. Même si cela peut aujourd'hui paraître tristement cocasse, il suffit à l'époque de consommer du lait pour combattre le saturnisme ! Il s'agit de dénier au travail

sa responsabilité dans la survenue des pathologies professionnelles en mettant en avant la responsabilité du travailleur. C'est le facteur humain qui serait le maillon faible de la prévention.

La stratégie de minimisation des coûts implique de rationaliser la main-d'œuvre en sélectionnant les travailleurs les plus « aptes » et en excluant les « inaptes ». Le contexte idéologique de l'entre-deux-guerres marqué par l'eugénisme donne un soubassement idéologique et « scientifique » à ces pratiques dont on connaît maintenant les dérives racistes. De cette racine vont naître les pratiques de sélection des travailleurs sur des critères de « susceptibilité individuelle », « d'inaptitude » et « d'incapacité ». La médecine du travail n'existe pas encore et on parle à partir des années 1920 de médecine d'usine ou d'entreprise. Les consultations du médecin d'usine tournent autour du dépistage des maladies professionnelles, de conseils d'hygiène et de la sélection (« orientation ») du travailleur. Tout un courant professionnel va porter ce modèle d'exercice.

Ce n'est qu'au début des années 1930 qu'un autre courant, celui d'une médecine du travail fondée sur la prévention médicale, va se singulariser autour du D^r Guy Hausser qui dans un cadre syndical, celui de la CGT, met en place « l'Institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles ». C'est le travail qui devient ici le centre de l'exercice et la prévention du point de vue de la santé du travailleur son action principale. Le deuxième conflit mondial vient interrompre cette évolution⁽⁴⁾. La médecine d'usine connaîtra son apogée en collaborant à la sélection pour le service du travail obligatoire de Vichy.

Les débuts ambigus de la médecine du travail : l'aptitude et l'inaptitude

La médecine du travail, institution mise en place en 1946 dans le contexte du Conseil National de la Résistance reprend en partie le projet progressiste en

³ La santé au travail entre savoirs et pouvoirs XIX^e, XX^e siècle, ouvrage collectif sous la direction de Sophie Bruno, Eric Geekens, Nicolas Hatzfeld, Catherine Omnes ; Presses universitaires de Rennes, 2011.

⁴ Le D^r Hausser sera interdit d'exercice par le conseil de l'ordre des médecins de l'époque, au prétexte de ses origines juives, puis arrêté et déporté en 1942. Il mourra en déportation.

assignant au médecin du travail une mission d'ordre public social de protection médicale primaire de la santé au travail du point de vue exclusif de la santé du travailleur. Cette mission était restée inchangée jusqu'à ce jour. Toutefois cette institution va être influencée par son passé trouble. Notamment, sa mise en place reconduira les employeurs comme gestionnaires du fonctionnement de l'institution la tirant inmanquablement vers ses racines hygiéniste et eugéniste et la privant des moyens nécessaires à son déploiement.

Alors que la Loi assigne au médecin du travail la possibilité de proposer, dans l'intérêt de la santé du travailleur des transformations ou des mutations de son poste de travail, les décrets d'application réintroduiront la sélection médicale autour de l'aptitude et de l'inaptitude. Cela compromettra durablement l'exercice de la médecine du travail dans l'esprit des médecins et celui des travailleurs.

L'enseignement lui-même participera de ce dévoiement. Ce ne sont pas des praticiens en médecine du travail qui assureront l'enseignement, comme pour les autres spécialités médicales, mais des spécialistes en pathologie professionnelle. Ainsi en 1975, le manuel destiné aux étudiants de la spécialité, recommande de centrer l'examen médical autour de « profils d'aptitude » que doit satisfaire l'état de santé du travailleur ! C'est à un exercice dévoyé que seront confrontés les travailleurs pour lesquels la médecine du travail perd sa crédibilité.

Le renouveau à partir des années 1970 : la question du travail, la question du sujet

Les années 1970 après le choc de 1968 sont fertiles en revendications ouvrières d'amélioration des conditions de travail. Sont emblématiques de cette époque la lutte des OS ou des « Peñarroya ». Bien évidemment cela ne peut laisser indifférents des médecins du travail. Il faut ajouter également la montée en puissance de l'ergonomie et par conséquent de la prise en compte de l'activité de travail du travailleur. C'est aussi autour de la question de l'amiante que le clivage va se produire entre des praticiens qui suivent aveuglément la théorie de l'usage contrôlé de l'amiante prôné par le Comité permanent amiante, organisme lié aux industries de l'amiante, et des médecins du travail qui prennent au sérieux leur mission de prévention primaire. Cela va être à l'origine de réseaux interprofessionnels et professionnels dans lesquels les praticiens vont enfin pouvoir échanger et réfléchir sur leurs pratiques et construire un vrai métier. C'est dans ce cadre que se développe ce

qu'il sera convenu d'appeler pour mieux la contrôler une « pluridisciplinarité ».

C'est de ce travail en réseau que va se déployer un nouvel exercice strictement conforme à la mission d'ordre public social. Ces échanges vont permettre aux médecins du travail qui y participent de prédire au milieu des années 1980 les dégâts pour la santé des nouvelles techniques libérales de management dont ils sont consubstantiels. C'est autour de la question du sujet et de sa subjectivité qui génère des pratiques cliniques inter-compréhensives que va se construire l'intervention du médecin du travail pour donner à voir individuellement et collectivement et que va se déployer une « clinique médicale du travail ». En 1988, un enseignant en médecine du travail écrit ce que souhaite obtenir le patronat : « *il appartient essentiellement (au médecin) de rechercher l'adéquation entre l'homme et le poste de travail (...) Le médecin qui opte pour un exercice dans l'entreprise choisit par là même le monde de la rentabilité et du profit, source vive des entreprises puisque générateurs d'emploi. En tant que cadre de l'entreprise qui l'emploie, « son entreprise », il a à son égard des devoirs. Dans ce contexte contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle.* »

La réaction des employeurs: l'étranglement par les effectifs, la réforme comme moyen pour une transformation en médecine de sélection des travailleurs

Dès lors qu'il prétend exercer sa mission d'ordre public social un médecin du travail n'est pas seulement inutile il devient gênant. Les employeurs vont donc circonvenir la puissance publique pour l'inciter à « réformer » cette institution. La réforme de 2002, celle de 2010 et enfin celle en cours sont autant d'entraves à l'exercice. Alors qu'en 2002 la loi instituait une indispensable pluridisciplinarité dans les services de santé au travail les décrets de 2003 qui privent ses acteurs non-médecins d'indépendance permettra d'initier l'inflexion de services de médecine du travail renommés opportunément services de santé au travail vers un service aux entreprises et non dédié exclusivement à la prévention primaire médicale du point de vue exclusif de la santé du travailleur.

Enfin l'encadrement étroit des services que mettent en place les décrets d'application de la loi de 2010, rend illusoire l'exercice de l'indépendance des médecins du travail et rend encore plus marginal le contrôle social des représentants syndicaux sur l'institution.

Pratiquement, les médecins du travail réfractaires vont être l'objet de pressions coordonnées pour les faire rentrer dans le rang ou démissionner. Bien évidemment les étudiants en médecine fuient ce métier et une pénurie s'installe et s'aggrave qui justifiera (c'est la stratégie du pompier-pyromane) toutes les dérives au motif de la compenser.

En 2006, un rapport du conseil de l'ordre des médecins va apporter sa contribution à la stratégie des employeurs. On peut y lire : « *Il est interdit (au médecin) d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient. Il n'a pas non plus à « authentifier » en les notant dans le certificat sous forme de « dires » du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur.* ». C'est au motif de l'interdiction faite au médecin du travail de faire des diagnostics fondés sur sa compétence et les moyens mis en œuvre (ce qui est pourtant son rôle institutionnel) que les employeurs vont poursuivre les médecins qui font le lien entre la santé et le travail d'un travailleur.

L'institutionnalisation d'une nouvelle médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre: les lois « dialogue social » et « travail »

Les prémices de cette transformation radicale souhaitée par le patronat sont les 21^e et 22^e mesures de simplification publiée sous l'égide d'Emmanuel Macron : il faut « simplifier la visite médicale » en supprimant les visites périodiques dans un but « de sécurisation juridique des entreprises » et en finir avec les aptitudes avec réserves (aménagement de poste) « pour sécuriser l'employeur ». Ce sont ces deux directions que vont s'employer de concrétiser M. Rebsamen et M^{me} El Khomri.

L'examen du sort que fait subir la loi travail au droit des travailleurs à la protection de la santé au travail, est particulièrement démonstrative de la régression sociale qu'elle entraîne en ce qui concerne une médecine du travail au bénéfice de tous.

Le droit fondamental à la surveillance médicale régulière de la santé au travail ne concernerait plus qu'une frange des salariés.

Une première disposition concerne les visites médicales en médecine du travail qui assurent la pertinence de tout acte médical : sans examen médical périodique ouvert à chaque salarié, comment un médecin pourrait-il intervenir et comprendre alors ce qui se joue

pour la santé d'un salarié et formuler ses propositions ? C'est l'exercice d'une médecine du travail de première ligne, aux objectifs de prévention individuels et collectifs, dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés, qui est visé. La prévention médicale primaire n'est plus l'objectif des services de santé au travail.

Alors qu'actuellement tous les salariés sont confrontés à des organisations du travail, délétères ce qui implique une vigilance accrue des médecins du travail, le projet de loi réserverait les visites médicales aux seuls postes à risque qui ne prennent pas en compte d'ailleurs les organisations du travail générant des psychopathologies du travail ou des TMS. Pour les autres salariés, une « visite d'embauche » réalisée par d'autres personnels qu'un médecin du travail serait organisée. Puis, ils ou elles pourraient ne jamais plus rencontrer de médecin du travail.

Il s'agit de transformer la médecine du travail en médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre.

Ce projet consacre l'abandon du principe que la santé au travail relève de l'ordre public social. La loi de 1946 sur la médecine du travail institue un contrôle étroit de la puissance publique sur la médecine du travail laquelle repose sur trois grands principes :

- Son action se déploie dans l'intérêt exclusif de la santé de chaque travailleur.
- Le travail étant un facteur de santé, la possibilité du maintien au travail est un des objectifs de l'institution.
- Toute décision du médecin du travail qui aurait une influence sur la santé du travailleur est arbitrée par la puissance publique.

Le projet de loi a pour finalité de détruire cet édifice ainsi : le médecin du travail devrait dorénavant attester de « *la capacité du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise* » et « *de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté* ». Il s'agit clairement d'une sélection médicale par la santé sans projet de prévenir les conditions de travail dangereuses. Cela est contraire à l'exercice clinique des médecins du travail, en référence au code de la santé publique !

Actuellement, la mission du médecin du travail inscrite dans la loi est inverse. C'est le travail qu'il se propose d'analyser et modifier si besoin et non les éléments présents de la santé du salarié qui devraient être conformés à des tâches existantes potentiellement

dangereuses pour lui. En cas d'incompatibilité pour la santé il lui appartient de proposer des alternatives qui permettent le maintien au travail.

D'après ce projet le médecin du travail doit « éviter (...) tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers... ». Or, la relation médicale ne saurait concerner des tiers autrement que lorsque ceux-ci peuvent interférer avec la santé de ce patient. Ce qui doit être privilégié concernant la prévention médicale est la construction d'une relation médicale de confiance, essentielle pour les risques engageant la sécurité ou la sûreté! Un médecin construit un diagnostic individuel, ce qui ne permet pas des conclusions générales pertinentes sur des tiers hypothétiques. Tout acte médical a un caractère instantané et non prédictif et est impuissant en matière de prévention autre que celle de la santé du salarié examiné. On peut donc considérer que le seul objet de cette nouvelle mission impossible, est de décharger la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité.

Enfin, le médecin du travail peut mentionner dans son avis que « *que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé* » ce qui permettrait à l'employeur de licencier le salarié pour motif personnel sans que soit instruite la nécessité d'intervenir sur d'éventuelles causes professionnelles délétères qui en seraient l'origine, ni son éventuelle responsabilité de ce « grave préjudice à la santé ». Même si cette disposition donne de la visibilité à l'actuelle décision « d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise », elle permet aussi, sur ce motif, la sélection des salariés sur des critères de santé et non plus l'adaptation du travail à l'Homme. Ce n'est sans doute pas un hasard si ce projet de loi a été précédé par une intense campagne de plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre des médecins contre les médecins qui traquent par écrit les liens entre des processus délétères de travail et la santé des salariés. Malheur au médecin du travail qui accompagnerait cette décision d'un écrit rattachant ce risque grave aux conditions ou à l'organisation du travail!

La puissance publique serait dégagée de son obligation d'ordre public social

Une nouvelle disposition vise à supprimer l'arbitrage d'une contestation sur l'avis du médecin du travail par l'inspection du travail. Cela déchargerait la puissance publique de son obligation d'ordre public social et faisant de la santé du travailleur un élément

du contrat de travail, c'est-à-dire une variable d'ajustement de « l'employabilité ».

- Rappelons que la procédure actuelle consiste à saisir l'inspecteur du travail, lequel diligente une expertise médicale effectuée par le Médecin inspecteur régional du travail. Celui-ci rédige un rapport (avis) à destination de l'inspecteur du travail après rencontre avec le médecin du travail, examen du dossier médical et examen médical du salarié. Cette procédure donne possibilité à deux appels, l'un auprès du ministre, l'autre auprès du tribunal administratif. L'état est ici le garant du droit à la protection de la santé et du droit à travailler. Il relève de son obligation régaliennne d'arbitrer ce droit en cas de contestation.
- Le projet vise à retirer la compétence de la puissance publique en confiant la contestation au Tribunal des Prud'hommes et par son entremise à un expert devant les tribunaux, généralement sans aucune connaissance en santé au travail. Or, il ne s'agit pas d'un problème contractuel arbitré par le tribunal des prud'hommes mais d'un droit fondamental qui doit, par conséquent, être arbitré par la puissance publique. Quel expert serait plus qualifié que le médecin inspecteur du travail?
- Alors que l'État prétend simplifier les procédures en milieu de travail, il institue ici une procédure bien plus lourde dans une voie juridictionnelle elle-même en réforme, ce qui supprime une partie des droits des travailleurs.

Au total il s'agit d'accorder aux employeurs ce qu'ils revendiquent depuis la fin du XIX^e siècle:

- l'abandon de l'obligation constitutionnelle de l'État de garantir la protection de la santé de tous les travailleurs et d'assurer ce droit notamment par le contrôle des décisions qui le concerne;
- priver les salariés du bénéfice d'une prévention médicale régulière ouverte à tous, par l'abandon de la mission, existant depuis 70 ans, de prévention médicale des risques évitables que sont les risques professionnels et ainsi d'ôter toute visibilité sur la santé d'une partie des travailleurs;
- transformer la médecine du travail en médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre.

C'est à un retour vers l'invisibilité des effets du travail qui sera la conséquence de ces mesures. Reste à décider si le retour vers le passé est bien conforme à la Constitution de la République et au 11^e alinéa de son préambule: « *la Nation garantit (à toutes et à tous) la protection de la santé...* »

Billet d'humeur du D^r Fabien Cohen

Victimes des « low-cost » : les « sans dents » sont les laissés pour compte de l'Assurance maladie !

Ils étaient 2243, il y a quelques semaines à dénoncer le sort funeste que leur ont fait les cabinets dentaires de Dentexia. Une situation qui, à juste titre, a suscité des Unes indignées des médias, les craintes du public et des sanctions de la Justice. Comment, en effet, ne pas condamner ces centres que la Loi Bachelot ou HPST a permis dans sa volonté de privatisation des centres dentaires ? Comment ne pas s'indigner devant ceux pour qui la santé est devenue une marchandise, et dont le seul objectif est celui de la rentabilité au détriment de la qualité des soins, laissant pour compte ces victimes mécontentes, mal soignées voire mutilées ?

Ce scandale ne survient pas dans un ciel serein ! Derrière ces mal nommés « Low-Cost », se profile depuis des décennies, une politique menée par les pouvoirs politiques successifs qui ont fait de la santé bucco-dentaire le chantier expérimental de la privatisation du système de soins : faibles remboursements, place importante des assurances privées et des mutuelles, secteur II généralisé, absence de programme national de prévention. Les choses ne se sont pas améliorées dans la dernière période avec l'Accord National Inter-entreprises (ANI).

Si le rapport de la Cour des comptes sur les soins bucco-dentaires dresse un constat « accablant » du secteur, si pour ces magistrats, « *les engagements pris par la profession n'ont en effet jamais été à la hauteur des efforts consentis par l'Assurance maladie.* », c'est pour proposer de franchir une nouvelle étape : confier aux complémentaires de santé le remboursement des soins lourds pour concentrer ses moyens sur les actes de prévention et d'entretien. La Cour est aussi favorable à un développement plus large des réseaux de soins. Cette fuite savamment orchestrée par le Figaro, ces mises en cause des centres « Low-cost », viennent donc à point nommé à quelques mois de la prochaine négociation de la nouvelle convention nationale dentaire entre l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les trois principales organisations syndicales dentaires libérales. En vérité, la Cour des comptes tente une manipulation démagogique de la population, celle qui ne cesse de se restreindre sur ses soins bucco-dentaires

insuffisamment ou non couverts par la Sécurité sociale, et celle qui, pour une large partie d'entre elle, y renonce faute de moyens. Ce n'est pas « *la faillite des politiques publiques face aux professionnels* », mais le résultat d'une politique délibérée des Gouvernements successifs, avec la complicité pendant des années d'une majorité de ces professionnels. En vérité, la Cour des comptes ne vise qu'à un seul objectif, dans la ligne droite du Pacte de responsabilité et des LFSS successifs : confier aux complémentaires de santé le remboursement de ces soins bucco-dentaires, et permettre grâce à l'ANI et à l'amendement Le Roux de développer un large réseau de soins, pour ceux qui en ont les moyens, et des centres « low-cost » pour les autres.

Au-delà du seul secteur dentaire, c'est l'institutionnalisation de la médecine à plusieurs vitesses, qui est la stratégie en cours, et dont la Cour des Comptes juge qu'elle ne va pas assez vite. Le Dentaire n'a jamais été que le cheval de Troie de la remise en cause de la Sécurité Sociale. Plus que jamais, il nous faut dénoncer de telles grossières manœuvres, et lancer un Appel à toutes les organisations syndicales, politiques, associatives et aux citoyen-ne-s, pour que la Sécurité sociale redevienne le seul outil pour satisfaire à 100 % les besoins de santé et pour assurer la solidarité entre générations, entre malades et non malades !

*Le dossier : à propos du système
de santé ambulatoire*

Crise de la démographie médicale : le fruit d'une politique malthusienne criminelle

Par la rédaction des Cahiers

Oui : criminelle. Cette politique va faire des morts et tout le monde le sait. Nous dénonçons cette politique malthusienne depuis des années mais personne n'écoute. Ou ne veut entendre.

De quoi s'agit-il? En 1971 par décret une politique de réduction du nombre de médecins formés en France a été mise en place par les pouvoirs publics. Il s'agissait à l'époque de réduire le nombre de médecins en formation qui était jugé trop important. Il y a eu un consensus entre le gouvernement et les syndicats de médecins libéraux. Chacun avait ses raisons.

Le gouvernement considérait que les dépenses de l'Assurance maladie étaient trop importantes et qu'il fallait les « maîtriser » de façon drastique. Il s'agissait de réduire l'offre de soins pour limiter les dépenses de la demande. Le but réel final était de réduire les cotisations patronales à l'Assurance maladie. C'était l'application d'une idée farfelue bien connue : ce sont les médecins qui sont responsables de l'augmentation des dépenses de santé dont ils sont les prescripteurs. Cette idée absurde et jamais démontrée en fait n'a été qu'un argument de communication facile et constamment retenu. L'objectif de réduction des dépenses n'a jamais été atteint car la demande a progressé irrémédiablement ce qui est normal somme toute dans une société en progrès. Mais cette politique a continué car c'est une stratégie de longue durée à effet retard : 10 années de formation pour un médecin implique que les effets ne commencent à se faire sentir qu'au-delà de ce terme et en fait il faut encore attendre 10 à 15 ans pour avoir un impact important : nous y sommes. Et comme personne n'anticipe, ce n'est que lorsque la situation est devenue insupportable que chacun s'est mis à réagir dans la panique générale. C'est à en pleurer de bêtise.

Il est à remarquer que sur un point secondaire on peut considérer que l'offre est effectivement inflationniste en France : c'est la question du paiement à l'acte. Lorsque le professionnel est payé à l'acte il peut avoir tendance à multiplier ceux-ci si la nécessité financière s'en fait ressentir... Or les différents gouvernements ont toujours continué paradoxalement à privilégier

ce paiement à l'acte en médecine de ville ; mieux ils l'ont étendu à l'activité hospitalière en créant la T2A (tarification à l'activité). Sous la présidence Sarkozy les établissements hospitaliers ont été poussés à la tarification à l'activité qui les a inévitablement conduits vers la recherche de financements supplémentaires parfois déconnectés des besoins de la population en cherchant des niches de rentabilité ; les cliniques commerciales à but lucratif excellent dans cette démarche. Le marché, chacun le sait, n'est pas un bon régulateur des dépenses de santé. Ainsi l'Assurance maladie a perdu une chance de voir ses dépenses maîtrisées voire est devenue une vache à lait. On peut s'interroger sur la pertinence d'un tel système ? Mais l'idéologie néolibérale n'est pas à une contradiction près.

Quant aux syndicats médicaux libéraux, ils ont soutenu l'idée du numerus clausus en se disant que moins il y aurait de médecins, mieux ceux-ci seraient payés. Et il faut bien le dire, ils ont eu raison de ce point de vue. On a ainsi vu dans cette même période se développer les honoraires libres comme jamais. On peut dire que le principe qui dit que « ce qui est rare est cher » a été vérifié. Les médecins sont maintenant courtisés et une surenchère des collectivités locales pour obtenir leur installation est en cours. Et de ce simple fait, les restes à charge des familles et le renoncement aux soins qu'ils induisent, progressent, creusant un peu plus les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales. Ce creusement des inégalités de santé fait enfin l'objet de nombreuses publications et n'est plus contesté.

Et les malades dans cette politique de réduction de l'offre n'ont pas été pris en compte. Nous sommes passés de plus de 10 000 médecins formés par an à environ 2 500 au plus bas ; aujourd'hui les chiffres sont à 8 500 et le déficit continue à se creuser quoi qu'on en dise. Ainsi le gouvernement actuel s'est auto-félicité d'avoir augmenté le chiffre d'une centaine cette année. Un médecin de plus dans chaque département dans 10 ans. C'est une honte ! Il y a quelques années déjà l'Ordre national des médecins proposait de passer rapidement à 9 500 médecins : objectif jamais retenu

par les pouvoirs publics. Le D^r Rault, responsable des questions de démographie à l'Ordre national des médecins parle d'une chute « *inexorable* » des effectifs. Le secteur le plus touché est la médecine générale : ils ne sont plus que 88 886 en 2016 soit 900 de moins qu'en 2015 et 8 000 de moins qu'en 2007. C'est ici la question de la médecine de premier recours sur l'ensemble du territoire. Il y a des situations locales plus sévères que d'autres : dans la Nièvre c'est moins 25 % en dix ans, dans les Yvelines moins 21 %. La densité est de 107,5 pour 100 000 habitants dans le centre quand elle est de 132,1 au niveau national. Il y a selon les dernières données du Conseil national de l'Ordre 198 144 médecins en fonction alors qu'il y avait plus de 202 000 médecins il y a peu.

On entend parfois l'argument : « et pourtant il n'y a jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui ! ». Ce ne serait donc pas un problème de nombre... Faux : le nombre de médecins est réellement en baisse mais surtout les besoins ont augmenté.

En effet, qu'en est-il des besoins de la population ?

1. En 40 ans grâce à une forte natalité et à l'immigration, elle a augmenté en nombre et donc les besoins ont augmenté en proportion, toutes choses égales par ailleurs. Au moment du décret de 71 : 51,9 millions d'habitants, en 83 : 54,5 millions et en 2016 : 66,627 millions d'habitants. Cette évolution n'a pas du tout été prise en compte.
2. La population a vieilli : les besoins des personnes âgées sont plus importants : c'est ce qu'on appelle la transition démographique.
3. Les maladies chroniques se sont développées et elles nécessitent plus de soins médicaux : c'est la transition épidémiologique.
4. Les besoins en médecine préventive restent largement insatisfaits alors que les possibilités d'intervention se sont démultipliées et que la population aspire de façon logique et cohérente à plus de prévention.
5. Les progrès scientifiques offrent des possibilités de soins beaucoup plus sophistiquées qu'avant ce qui nécessite des compétences élargies et des effectifs adaptés. De nouvelles compétences et disciplines se sont ainsi créées.
6. La recherche médicale demande aussi des effectifs nouveaux et importants.
7. L'enseignement de la médecine exige de nouveaux professionnels.
8. L'exigence légitime de qualité de la part des patients nécessite du temps et de l'écoute.

Tout ceci s'appelle le progrès et doit être pris en compte sauf à vouloir une société inégalitaire avec le secret espoir de voir la population régresser. C'est ce qui s'est passé en Russie après la fin de l'URSS : perte de plus de 10 millions d'habitants du fait de la crise induite et de la dégradation de la situation. C'est aussi ce qui se passe aux États-Unis où l'espérance de vie des habitants régresse. (Recul de l'espérance de vie de cinq ans des femmes aux États-Unis depuis la dernière crise financière de 2008 signalé par Erik Brynjolfson et Andrew McAfee dans « *Le deuxième âge de la machine – Travail et prospérité à l'heure de la révolution technologique* » (Édition Odile Jacob))⁽⁵⁾. Et nous pouvons constater en France que le même mouvement s'amorce...

Dernier point à prendre en compte : les conditions de vie et d'exercice des médecins. Le temps où ils travaillaient 70 à 80 heures par semaine est fini. Ils ne veulent plus vivre dans ces conditions à la fois défavorables pour leur vie personnelle et familiale mais aussi pour les patients. La féminisation de la profession, très importante, a modifié profondément les comportements tant des médecins hommes que femmes qui veulent aujourd'hui préserver leur qualité de vie. Une étude réalisée par l'IFOP et le Quotidien du Médecin début juin 2016 montre que 54 % des internes accordent une importance au temps réservé à la vie personnelle dans le choix de leur spécialité future, 50 % veulent travailler dans un lieu qui offre une meilleure qualité de vie ou proche de leur famille, que 49 % ne veulent pas travailler à l'avenir plus de 50 heures et 31 % plus de 60 heures (les internes travaillent en moyenne 60 heures par semaine), que 81 % des internes sont inquiets face au phénomène de burn out. Tout ceci est sensé. Bref cette nouvelle aspiration à mieux vivre n'est pas prise en compte par les pouvoirs publics dans leurs prévisions. Ils agissent en ignorant la réalité ou en la négligeant.

L'Ordre édite tous les ans un atlas de la démographie médicale auquel chacun peut se reporter. On note les tendances profondes. Par exemple à peine 15 % des jeunes médecins choisissent l'exercice libéral en 1^{re} intention. Le gouvernement n'en tient aucun compte en poursuivant une politique d'implantation des cabinets libéraux dans les Maisons de santé et en abandonnant les centres de santé où les médecins sont salariés. Les Maisons de santé libérales attirent des médecins plus

⁵ Les cahiers de Santé publique & de protection sociale N°19, janvier 2016, page 88

âgés (en moyenne 50 ans) qui exerçaient auparavant dans des cabinets individuels. Cela ne répond pas au problème démographique.

L'option qui consiste à essayer de régler le problème en important des médecins étrangers ne marche pas vraiment non plus. Ces médecins vont dans des structures salariées (75 %). Beaucoup ont des problèmes de langues et repartent chez eux. Enfin, il paraît illogique de récupérer les médecins venant de pays en grandes difficultés sanitaires. La France avait vocation à former des médecins en particulier en Afrique. Elle a mieux à faire qu'être un prédateur sanitaire. Au contraire, elle devrait avoir l'ambition de coopération internationale et aurait tout à y gagner. L'Europe nous permet de « piquer » les médecins de la Roumanie... Et déjà 12,6 % des médecins viennent de pays hors Union Européenne. Les chiffres sont plus importants en médecine spécialisée et en chirurgie qu'en médecine générale.

Devant la crise, une option a été retenue : celle de faire travailler les retraités : sur les 65 548 retraités, 14 665 sont en cumul emploi-retraite. Les marges de manœuvre sont réduites. En 2014, plus d'un médecin sur deux ayant fait valoir ses droits à la retraite a conservé une activité. On ne gagnera plus rien sur ce secteur.

Quelques données significatives complémentaires

Sur la période 2007/2015 le nombre de médecins inscrits en Ile-de-France a baissé de 8 %. Durant cette période 1 835 médecins ont quitté cette région dont 50 % étaient de jeunes professionnels. Même mouvement en Provence Côte d'Azur, en Bourgogne, en Champagne-Ardenne. Il n'y a que la région des Pays-de-la-Loire qui a connu une hausse de 6 % en rapport avec la progression démographique particulière de cette région (médecins venant d'Ile-de-France, de Bretagne et du Centre). Au total 57 % des départements voient leurs effectifs baisser.

Concernant l'âge des médecins en activité régulière, l'âge moyen est de 51 ans ce qui est élevé et cela indique qu'une accélération des problèmes est à prévoir. Les médecins de 60 ans et plus représentent 26,4 % des effectifs alors que les moins de 40 ans sont 17,4 %. Les chiffres pour le sous-ensemble des généralistes sont légèrement supérieurs.

En termes de densité, c'est l'Eure qui a les plus mauvais chiffres : 167 médecins pour 100 000 habitants et

la Nièvre qui enregistre la plus forte baisse passant de 233,9 à 192,5 en 8 ans suivie de la Creuse et du Cher. Les 37 départements qui ont la meilleure densité sont ceux qui hébergent une faculté de médecine. Les prévisions indiquent que d'ici 2020 (demain!), 63 départements auront une baisse du nombre de médecins inscrits.

Même si la médecine générale est la plus sinistrée, de nombreuses spécialités sont dans une véritable impasse. Les prévisions de nouveaux médecins en formation pour la période 2014/2018 sont de 45 par an pour l'hématologie, 170 pour la médecine du travail, 128 en médecine interne, 90 en médecine de réadaptation, 82 en néphrologie, 115 en neurologie, 133 en oncologie, 323 en pédiatrie, 526 en psychiatrie, 243 en radiologie, 89 en rhumatologie, 96 en santé publique, 212 en gynécologie obstétricale, 22 en neurochirurgie, 153 en ophtalmologie, 89 en ORL. Ces chiffres donnent à réfléchir. Ainsi en médecine du travail alors que 350 médecins prennent leur retraite par an, comment va-t-on faire avec 170 médecins formés. On va fermer les services. N'est-ce pas ce que souhaite le patronat ? Les chiffres de la santé publique montrent que la médecine scolaire est de fait condamnée, comme la médecine de PMI. Et que penser de 133 oncologues par an pour toute la France quand on connaît l'épidémie de cancers aujourd'hui... 526 psychiatres alors que plus de 2000 postes sont vacants dans les seuls hôpitaux publics. Veut-on la disparition des secteurs de psychiatrie publique ? La rhumatologie ? 89 médecins pour toute la France alors que nous venons de souligner le vieillissement de la population. 153 ophtalmologues : les délais de rendez-vous vont s'allonger...

Autres phénomènes

L'âge de première inscription à l'Ordre recule : 34 ans en moyenne, 33 pour les femmes et 36 pour les hommes. Les phénomènes d'activité de simple remplacement se prolongent. On sent une hésitation des jeunes à s'insérer de façon stable dans la vie professionnelle. Ceci traduit un malaise vis-à-vis de l'organisation sanitaire de notre pays. Le délai entre l'obtention du diplôme et l'inscription à l'Ordre est de 3,7 ans. Pour les médecins étrangers à diplôme européen le délai est de 13,1 ans et pour ceux qui ont un diplôme extra-européen, le délai est de 13,5 ans. Les médecins remplaçants (moyenne d'âge 41 ans) seront 11 900 en 2020, chiffre en augmentation constante essentiellement concentrés en libéral (96,3 %). Notons aussi une grande mobilité : un cinquième des médecins inscrits en 2010 ont déjà changé de région.

Parmi les nouveaux inscrits 61,6 % font le choix d'une activité salariée. En médecine générale 30,2 % sont tout de suite salariés et 5 ans plus tard ils sont 37,5 %. Cela traduit bien un mouvement de fond.

Les généralistes qui étaient 58 104 le 1^{er} janvier 2015 ont baissé de 10 % depuis 2007 (moins 17,1 % en Île de France!). Ils seront 54 179 en 2020 selon les prévisions de l'Ordre. La densité des généralistes était de 100,1 médecins pour 100 000 en 2007 ; elle est de 88,7 aujourd'hui. En Ile-de-France elle est de 73 médecins (soit moins 25 % depuis 2007).

Pour l'ophtalmologie, 57 % des bassins de vie n'ont pas d'ophtalmologues libéraux ou en exercice mixte. 15 % des bassins de vie enregistrent une baisse des effectifs. Pour la psychiatrie, 67,1 % des bassins de vie n'ont pas de psychiatres libéraux ou mixtes. Pour la gynécologie, les effectifs ont diminué de 31,3 % entre 2008 et 2015 (âge moyen 55,2 ans).

Conclusion

Le tableau général est clair : on va vers une catastrophe. Qui vous soignera demain ?

Des mesures d'urgence s'imposent :

- Remonter le numerus clausus à 11 000 médecins par an. Nous ne proposons pas sa suppression car la voie des examens (on est reçu si on a dix sur vingt) sera en douce régulée par les facultés en fonction de leurs capacités de formation actuelles. Nous préférons une vraie régulation d'État tant pour les admissions de première année que pour l'examen classant de 6^e année (internat) en fonction des besoins évalués. Ce sont les capacités d'accueil qui doivent être adaptées aux besoins et non l'inverse.
- Donner les moyens aux facultés de prendre en charge ces étudiants et créer les postes d'enseignants nécessaires.
- Donner la priorité au premier recours et repenser la ventilation des postes par discipline aujourd'hui décidée par l'État.
- Limiter la fuite des médecins vers des professions hors soins. Trop de docteurs en médecine exercent dans des secteurs hors soins (administration, industrie, communication, conseils etc.). Ceci ne correspond pas aux besoins de la population.
- Donner aux jeunes professionnels les postes salariés qu'ils attendent en particulier en créant des centres de santé là où les besoins se font sentir et favoriser les pratiques d'équipe. Favoriser l'accès aux postes hospitaliers et du secteur public.

- Revoir les conditions salariales des médecins mais arrêter toute fuite en avant vers les honoraires libres.
- Repenser la formation des infirmières pour pouvoir opérer des transferts de compétence. Ceci nécessite négociations, amélioration des conditions financières et matérielles et une revalorisation du statut des infirmières. Et il faudra donc augmenter le nombre d'infirmières en formation.
- Repenser la politique internationale en matière de coopération sanitaire.

Il n'est plus temps de tergiverser.

Urgences hospitalières : miroir grossissant des dysfonctionnements de notre système de santé

Par le D^r Christophe Prudhomme

Porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France
Membre de la direction de la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

Un peu d'histoire

De tout temps les urgences ont constitué une importante porte d'entrée à l'hôpital. L'appellation « service porte » pour le service d'hospitalisation dédié aux patients entrant à l'hôpital par le biais des urgences est en ce sens assez significative.

Lors de la mise en place de l'organisation hospitalière moderne issue des ordonnances Debré de 1958, les urgences sont restées le parent pauvre de l'hôpital qui se développait autour des spécialités d'appareil. Alors qu'auparavant, il existait deux grandes spécialités, la médecine et la chirurgie, avec des lits indifférenciés regroupés dans de grandes salles communes, l'hôpital s'est organisé autour de services fonctionnant avec une très grande autonomie.

Dans cette organisation, les urgences étaient au mieux considérées comme le service chargé d'effectuer le tri et de dispatcher les patients dans le service le plus adapté à leur cas. De ce fait, aucun médecin titulaire ne s'intéressait à cette structure dont le fonctionnement reposait sur les internes effectuant des gardes à tour de rôle. Ainsi, une des tâches les plus complexes était confiée à des médecins en formation, c'est-à-dire a priori les moins qualifiés ! Dans le même temps, face aux progrès des techniques de réanimation et aux besoins liés en particulier à l'explosion de la traumatologie routière à la fin des années 1960 (jusqu'à 16 000 morts par an), les anesthésistes-réanimateurs ont développé le concept des SAMU, c'est-à-dire les urgences extrahospitalières. Le développement de ce système original de prise en charge du blessé ou du malade sur le lieu de l'événement a abouti à une situation paradoxale. En effet, les patients les plus graves bénéficiaient d'une médicalisation précoce et d'une « régulation » de leur arrivée à l'hôpital, le plus souvent sans passer par le classique service des urgences.

La mise en place des SAMU avec le numéro d'appel unique pour les urgences, le 15, a retardé la prise

en compte de la nécessité de réorganiser en profondeur les urgences intra-hospitalières. Ce n'est qu'à la fin des années 1980, plus précisément en 1989, que le Pr Steg, membre du Conseil économique et social, publie un rapport très critique sur le fonctionnement des urgences en France. Son constat est sans appel et ses propositions « révolutionnaires » pour le monde hospitalier. En effet, il propose de « sénioriser » les urgences, c'est-à-dire de mettre des médecins diplômés dans les services d'urgences. Il s'agit d'un véritable pavé dans la mare. En effet, pour la grande majorité des médecins hospitaliers, les urgences sont devenues une source de perturbation pour l'activité de services de plus en plus spécialisés et centrés sur des patients sélectionnés par organe. Or dès le début des années 1990, le vieillissement de la population couplée aux progrès médicaux ont fait évoluer les besoins. Les patients sont de plus en plus âgés et atteints de polyopathologies. Ils se présentent aux urgences souvent pour des problèmes intriqués qui ne relèvent pas spécifiquement d'une spécialité. Beaucoup deviennent la « patate chaude » dont personne ne veut s'occuper.

Malgré tout, face aux besoins, le système s'organise avec de jeunes médecins qui prennent la relève des anesthésistes-réanimateurs pour faire évoluer les pratiques en se spécialisant dans le domaine de la médecine d'urgence. Cependant cette évolution n'a pas été vue d'un très bon œil par un monde médical hospitalier qui, après les années fastes du développement de l'hôpital moderne, avait tendance à se scléroser autour de services de spécialités balkanisés et repliés sur eux-mêmes. Cette attitude peut être en partie expliquée par les réformes successives auxquelles était confronté l'hôpital et dont la motivation était essentiellement financière. Mais le processus était en marche et les différentes luttes menées par ceux que l'on commençait à appeler « urgentistes » a abouti à la création de la compétence de médecine d'urgence avec l'ouverture en 1998 du premier concours de praticien hospitalier, permettant à ces praticiens de devenir enfin des médecins de plein droit à l'hôpital. Ce n'est donc que 10 ans

après la publication du rapport Steg que les services d'urgences avec les SAMU-SMUR ont pu recruter des médecins sous statut et commencer à constituer des équipes permettant d'offrir à la population la qualité qu'elle était en droit d'attendre.

Le tournant de 2002

Alors que face aux difficultés d'accès aux soins, le nombre de passages aux urgences connaissait une croissance régulière de 3 à 5 % par an, la décision du Ministre de la santé, Jean-François Mattei décide en 2002 de supprimer l'obligation des gardes pour la médecine de ville. Cette décision prise à la demande des médecins généralistes de ville confrontée à une crise démographique et sociologique s'est avérée catastrophique, ce que les médecins urgentistes avaient prévu et dénoncé immédiatement, en s'appuyant sur de multiples exemples étrangers.

La vie leur a donné raison : 12 millions de passages aux urgences en 2002, près de 19 millions l'an dernier. Face aux difficultés pour trouver un médecin en ville dans un délai raisonnable, les patients viennent par défaut aux urgences. Dans ce contexte, il est particulièrement scandaleux de les culpabiliser et de parler de « bobologie ». D'une part cette notion est hautement contestable, car face à une urgence ressentie et une urgence réelle, seul un examen médical permettra de trancher. Le patient se trompe souvent et surestime souvent des symptômes somme toute banals, alors que d'autres plus inquiétants sont souvent banalisés. D'autre part, ceux qui expliquent que les « gens viennent pour rien » aux urgences, sont les premiers à utiliser des passe-droits quand ils sont confrontés à cette situation pour éviter les délais d'attente.

Le tournant des années 2000 a été aussi celui de l'accélération des fermetures de lits alors que les besoins évoluaient sans que l'hôpital ne s'adapte. Il faut tout d'abord rappeler que plus de 150 000 lits ont été supprimés en 30 ans dans les hôpitaux. Si pour certaines activités, comme la chirurgie ambulatoire ou la prise en charge de certaines pathologies médicales, notamment cancéreuses, l'hospitalisation de jour peut être considérée comme des progrès, les besoins liés au vieillissement de la population n'ont pas été pris en compte.

En effet, si l'organisation de l'hôpital en service de spécialités a répondu aux progrès de la deuxième partie du XX^e siècle, aujourd'hui 60 % des dépenses de l'Assurance maladie couvrent les affections de longue

durée où la problématique est moins souvent de guérir que de maintenir dans le meilleur état de santé possible le plus longtemps possible. L'hôpital a donc besoin aujourd'hui d'un plus grand nombre de lits de médecine polyvalente pour prendre en charge ces patients poly-pathologiques de plus de 50 ans qui ne rentrent plus dans les bonnes cases de l'organisation hospitalière actuelle.

Par ailleurs la situation est aggravée par le développement des EHPAD sous-médicalisés qui transfèrent trop souvent leurs résidents vers les services d'urgence, du fait de l'impossibilité d'une consultation médicale et de l'absence de personnel infirmier la nuit. Cette situation est particulièrement scandaleuse dans un secteur où le privé lucratif a massivement investi avec un taux de rentabilité très important. Les tarifs à 3 000 euros mensuels, voire plus, sont monnaie courante pour des prestations de piètre qualité. Il faut signaler que la comparaison avec l'Allemagne – chère à nos politiques – montre que pour s'aligner sur le taux d'encadrement en personnel soignant, il faudrait doubler le nombre d'emplois dans ces établissements en France. De fait, comme nous le disons depuis de nombreuses années, les urgences hospitalières sont le miroir grossissant de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé. En amont, difficultés d'accès aux soins en ville, en aval, manque de lits pour hospitaliser les patients.

La situation actuelle

Nous sommes aujourd'hui dans une situation de tension et de rupture qui met la population en danger.

La fermeture de nombreux services d'urgence a concentré l'accueil des patients sur un peu moins de 700 hôpitaux, avec une augmentation de la charge de travail pour des équipes sous-dimensionnées, trop souvent dans des locaux inadaptés. La crise a connu une acutisation l'été dernier avec la fermeture de services, soit complètement, soit uniquement la nuit, par manque de médecins. Deux exemples sont particulièrement éclairants. Valognes dans la Manche, petit hôpital de proximité rattaché à l'hôpital de Cherbourg : faute de médecins, le service est fermé au cœur de l'été avec comme conséquence le report de l'activité sur Cherbourg dont le service est saturé. Cette situation était prévisible. L'équipe avait tiré la sonnette d'alarme auprès de la direction locale et de l'ARS sur les difficultés de recrutement et la situation très précaire de l'équipe médicale. La seule réponse a été le recours à l'intérim et quand les intérimaires n'ont plus accepté

de venir travailler dans ces conditions, la seule solution proposée a été la fermeture. Depuis quelques mois un centre de consultation non programmée assurée de manière précaire par un médecin généraliste retraité a remplacé le service d'urgence de Valognes. Le cas de Firminy est encore plus éclairant sur la duplicité de nos gouvernants. Avec 37 000 passages annuels, ce service a une activité dans la moyenne haute. Il a subi brutalement le départ de plusieurs médecins débauchés par une clinique privée qui venait d'obtenir une autorisation de l'ARS de créer un service d'urgences. L'hôpital de Firminy a donc été obligé, faute de médecins, de fermer son service d'urgence la nuit entre août et novembre 2015. La conséquence a été une chute de 25 % des admissions dans l'hôpital et la seule solution trouvée a été de demander aux médecins des différents services d'assurer la deuxième ligne de garde aux urgences.

Nous subissons donc deux effets qui s'amplifient. D'une part un problème de démographie médicale avec un nombre de médecins urgentistes insuffisant. D'autre part une aggravation des conditions de travail qui entraîne une fuite vers le privé ou vers des reconversions professionnelles. Cela survient dans un contexte de modification sociologique du monde médical, avec 60 % de jeunes médecins qui sont des femmes et globalement de jeunes médecins qui acceptent de moins en moins des conditions de travail avec des contraintes horaires lourdes dans des conditions qui ne cessent de se dégrader.

Le conflit de décembre 2014 a permis d'obtenir des avancées notables sur le temps de travail : décompte en heures, limitation du temps de travail posté à 39 heures avec un maximum de temps de travail global de 48 heures par semaine. Cependant les difficultés d'application liées aux contraintes financières et trop souvent à une partie du monde médical, n'ont pas complètement inversé la tendance pour stabiliser les équipes et recruter de jeunes médecins. Il faut bien comprendre que cette situation a été sciemment créée par les pouvoirs politiques pour accélérer les restructurations, sous couvert de l'argument du manque de médecins. Les restructurations prévues dans le cadre de la nouvelle loi Touraine et de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire font craindre la fermeture de près de 70 services d'urgences de proximité et d'un quart des SAMU qui seraient regroupés dans des structures régionales.

Quelques propositions pour l'avenir

Au regard des différentes réformes censées restructurer notre système de santé mais se concentrant en fait sur l'hôpital public avec des visées principalement financières, il faut clairement réaffirmer que seule une remise à plat de l'ensemble de l'organisation de l'offre de soins, prenant en compte à la fois la médecine de ville et l'hôpital, permettra de trouver des solutions.

En ce qui concerne la médecine de ville, la priorité est de redonner une place centrale au généraliste avec une transformation du mode d'exercice. Une régulation de l'installation dans des structures d'exercice collectif avec un plateau technique de base, associée à une autre mode de rémunération que l'acte, apparaît comme incontournable. Le modèle le plus pertinent semble être celui de centres de santé.

Cependant des évolutions sont nécessaires afin que ces structures puissent prendre en charge la journée et en début de soirée les urgences médicales et traumatologiques simples. Les évolutions techniques permettent aujourd'hui de disposer d'échographes simples de petite taille dont le maniement ne nécessite qu'une formation courte accessible à tout praticien – on parle même aujourd'hui de ces appareils comme des « stéthoscopes du XXI^e siècle ». Il est également possible d'utiliser de petits appareils permettant de disposer d'examens biologiques de base. Aujourd'hui les jeunes médecins sont en attente de ces évolutions et ne se retrouvent plus dans le système de la médecine libérale isolée en cabinet. Il apparaît envisageable qu'une organisation de ce type puisse diminuer le recours par défaut aux urgences hospitalières.

Pour ce qui est de l'hôpital, des réorganisations sont également nécessaires. Il faut cependant réaffirmer au préalable que du fait de la particularité de la France, avec des densités de population très variables selon les territoires et des contraintes géographiques incontournables, le nombre de services d'urgence restant actuellement constitue un seuil en dessous duquel il ne faut pas descendre, au risque de mettre la population en danger. Cela implique de stopper la fermeture des hôpitaux de proximité qui sont indispensables pour assurer un bon maillage du territoire et éviter un engorgement des établissements de référence disposant de plateaux techniques spécialisés.

Il en va de même pour les SAMU. L'unité territoriale qu'est le département est pertinente. Nous nous

opposons au regroupement des SAMU sur des plateformes régionales. La bonne solution est la collaboration des services publics de secours que constituent les pompiers et les SAMU au niveau départemental, en lien avec la permanence des soins en médecine de ville. Les évolutions techniques n'obligent pas forcément à un regroupement physique des centres d'appel, mais une interconnexion avec un suivi conjoint des interventions peut être une solution efficace.

En ce qui concerne les moyens humains, un référentiel publié par l'organisation professionnelle SAMU-Urgences de France est la base permettant d'assurer un fonctionnement adapté des services d'urgences et des SAMU-SMUR. Nous demandons que ces références deviennent normatives pour l'accréditation de ces activités dans les établissements. Il ne suffit pas de parler de sécurité et de qualité, il faut aussi s'en donner les moyens.

Pour compléter ce qui a été évoqué précédemment, la structuration hospitalière doit évoluer. S'il est possible de fermer des lits de chirurgie face au développement de l'ambulatoire, il est indispensable aujourd'hui d'utiliser ces capacités pour créer des services de médecine polyvalente, pour prendre en charge notamment les patients entrant à l'hôpital par les urgences. Cette proposition a d'ailleurs été reprise par la Fédération hospitalière de France, représentation institutionnelle des hôpitaux.

En ce qui concerne les EHPAD, l'urgence est une médicalisation avec la présence d'infirmières 24h/24. Mais au regard de certains exemples dans d'autres pays européens, il est licite de s'interroger sur ce modèle qui semble de moins en moins adapté. En effet, du fait du développement du maintien à domicile s'appuyant sur l'amélioration des conditions de logement et de la volonté des personnes âgées, l'entrée en établissement se fait avec un niveau de dépendance qui relève d'une prise en charge souvent lourde, plus proche de celles des unités de soins de longue durée hospitalières que de structures d'hébergement peu médicalisées. Cette question est prioritaire pour éviter l'arrivée dans des conditions peu acceptables de personnes âgées dépendantes dans les services d'urgences, alors qu'elles pourraient rester dans leur structure habituelle si une prise en charge adaptée pouvait y être organisée.

Enfin la question de la structuration des locaux des services d'urgence ne peut être ignorée. Depuis des

années des propositions ont été mises sur la table pour organiser des filières spécifiques et séparées pour les trois grandes catégories de patients :

- un circuit rapide de consultation pour les patients ambulatoires ;
- un circuit pour les patients couchés avec un nombre de box dimensionné en fonction du nombre de patients et du temps moyen passé aux urgences pour que personne ne soit obligé de rester sur un brancard dans le couloir ;
- enfin une filière sécurisée et isolée pour les patients présentant des troubles du comportement et/ou accompagnés par la police.

En guise de conclusion

Il est clair que tous les soi-disant « experts » qui ont proposé des solutions miracles depuis plusieurs décennies et qui continuent à sévir dans les médias persistent dans leurs erreurs et n'ont aucune légitimité. Ils ne sont que les auxiliaires zélés des libéraux qui déstructurent sciemment notre système de santé pour nous proposer en remplacement des services dans le cadre d'un marché très lucratif pour ceux qui auront les moyens financiers de se les payer. Face à la dégradation de la situation, lourdement ressentie par les patients, il est urgent que des réformes soient mises en œuvre, mais des réformes prenant en compte les constats et les propositions développées brièvement dans cet article.

Création de l'Institut de recherche Jean-François Rey

L'interview du D^r Hélène Colombani, Présidente de l'Institut,
par le D^r Claire Meignan, médecin généraliste en centre de santé à Orly & Vitry

D^r C. Meignan : D^r Hélène Colombani, Bonjour, et merci d'avoir accepté cette interview. Tout d'abord, permettez-moi de présenter un résumé de votre riche parcours. Vous êtes spécialisée en médecine générale et en santé publique. Directrice de la Santé de la ville Nanterre, des centres de santé municipaux polyvalents. Secrétaire Générale de la FNCS depuis 2011. Vous siégez au bureau de la Conférence de territoire des Hauts de Seine. Depuis 2014, vous représentez la FNCS dans l'EFPC (European Forum for Primary Care), au sein de l'Advisory boarding.

Vous œuvrez pour une approche globale des soins primaires et de la prévention, afin de favoriser le bien-être de tous les patients et de lutter contre les Inégalité Sociales et Territoriales de Santé. Et depuis peu, vous avez été élue Présidente de l'Institut Jean-François Rey afin de promouvoir la recherche en soins primaires dans les centres de santé.

D^r C. Meignan : Pouvez-vous nous dire maintenant ce qu'est le tout nouvel Institut Jean-François Rey ?

D^r H. Colombani : L'Institut Jean-François Rey a pour objet de développer des recherches spécifiques aux centres de santé. Les organisations de soins pluri-professionnelles se développent, ce sont des lieux d'innovation et de structuration du système de soins ambulatoires à partir des initiatives de professionnels et d'acteurs locaux. Les gestionnaires (la Fédération nationale des centres de santé FNCS) et les professionnels (l'Union syndicale des médecins de centres de santé USMCS) avec le soutien de la FNFCEPPCS (Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles en centre de santé) ont décidé, conjointement, de développer et de rendre visible cette expertise des centres de santé dans le cadre d'un exercice regroupé et coordonné des soins et impliquant les différents professionnels qui y travaillent.

D^r C. Meignan : Quelles en sont plus précisément les missions ?

D^r H. Colombani :

- Soutenir et impulser des projets de recherche au niveau des centres ou associant plusieurs centres.
- L'Institut Jean-François Rey favorisera les liens entre les chercheurs, les utilisateurs et les bénéficiaires.
- Il favorisera la structuration du système d'information des centres de santé, une base essentielle dans le développement de projets de recherche.
- Il favorisera également l'instauration d'une culture d'investigation scientifique dans nos centres notamment dans le cadre du développement professionnel continu des cliniciens impliqués dans leurs activités.

L'étude EPIDAURE-CDS, réalisée entre 2008 et 2011 par l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) dans 21 centres de santé polyvalents, a été une première étude de grande ampleur qui a montré que les centres de santé savaient se mobiliser pour la recherche. Cette étude a mis en évidence leurs spécificités structurelles, les caractéristiques sociales, économiques et démographiques des patients pris en charge, notamment la proportion élevée de personnes socialement vulnérables. Cependant, suite à cette étude, leurs promoteurs ont réalisé que beaucoup de sujets restent à étudier et peuvent faire l'objet de recherches. Par exemple, l'importance du mode d'organisation des centres de santé dans la réduction des Inégalités de santé : quel est l'impact de l'organisation multiprofessionnelle regroupée et ce qu'elle implique en termes d'organisation et de pratiques professionnelles associant des métiers multiples, l'intégration d'acteurs médicaux et sociaux et cela en lien avec le territoire ?

D^r C. Meignan : Y a-t-il d'ors et déjà un projet de recherche en cours ?

D^r H. Colombani : Depuis plusieurs mois, nous travaillons à un nouveau projet Epidaure 2 dans le cadre d'un groupe de pilotage. Nous souhaitons, dans cette étude, tester l'apport des centres de santé dans

l'accès aux soins préventifs secondaires (dépistage, suivi des maladies chroniques.). Notamment l'impact organisationnel (exercice regroupé et coordonné des soins) dans l'accès à la prévention. Il est admis que l'amélioration de l'accès à ceux-ci est l'un des éléments qui participe à la réduction de l'inégalité sociale et territoriale d'accès aux soins. Nous accueillons des populations plus vulnérables, comme l'a montré Epidaure 1. Arrivons-nous, du fait de notre organisation, à favoriser leur accès à des soins préventifs? L'objectif sera donc d'étudier l'accès aux soins préventifs des patientèles des centres de santé selon leurs caractéristiques cliniques et sociales afin de les comparer à une population témoin. Ensuite, nous analyserons les facteurs expliquant les différences au regard des pratiques des médecins, de l'organisation des équipes en interne et de leur articulation avec l'environnement. Et nous dégagerons éventuellement des leviers d'action généralisables pour réduire les inégalités sociales de santé en soins primaires. Nous avons déposé, début mars, un dossier de demande de financement PREPS (pour les projets de recherche sur les soins et l'offre de soins) auprès de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins). Une trentaine de centres de santé s'est déjà porté volontaire pour cette étude. En attendant la réponse, nous travaillons déjà à favoriser les conditions de mise en œuvre de ce projet, notamment à la structuration et consolidation du système d'information des centres de santé.

D^r C. Meignan : Pourquoi le choix du nom Jean-François Rey?

D^r H. Colombani : Il témoigne de la volonté de rendre hommage à celui qui inspira le mouvement des Centres de santé: le Dr Jean-François Rey. Il fonda les centres de santé mutualistes dans les Bouches du Rhône en 1950. Il posa les principes de la médecine d'équipe. Il a encouragé des démarches novatrices: les limites de la seule approche clinique et la nécessaire prise en compte des déterminants de santé pour une approche globale. Les conditions de vie et de travail jouent un rôle majeur dans la santé des individus, rendant nécessaire une articulation des soins et de la prévention dans une démarche ancrée sur le territoire. De même il a impulsé une vision du médecin ayant une responsabilité sociale. Son apport a aussi été déterminant dans la suppression du lien d'argent entre le patient et le malade. Un esprit sans cesse en mouvement, dans une recherche permanente de ce qui pouvait améliorer la santé des individus et diminuer les inégalités de santé. C'est le sens que

l'on souhaite donner à Institut de Recherche pour les centres de santé.

D^r C. Meignan : La recherche en centres de santé vous paraît-elle être une nécessité? Quel en est l'intérêt et dans quelles perspectives la mener?

D^r H. Colombani : La recherche en centre de santé s'inscrit dans une perspective plus globale de recherche en soins primaires qui était jusqu'ici presque complètement absente en France (environ 2 % de la bibliométrie mondiale). On disposait de recherches essentiellement réalisées en milieu hospitalier, très centrée sur le modèle biomédical et on parlait du principe que cela pouvait s'appliquer à la médecine ambulatoire. Ou alors, existaient des recherches très Santé publique s'intéressant à la santé des populations. Rares étaient les recherches sur les pratiques de soins en ambulatoire et donc leurs spécificités.

Plusieurs éléments ont contribué à faire évoluer cette situation. Le regain d'intérêt pour les soins primaires, dont on voit bien que leur « bonne » organisation conditionne l'efficacité du système de santé et des parcours de santé des usagers. Le développement de nouvelles approches « patient centré »: prévention, dépistage, éducation thérapeutique. Le modèle biomédical s'élargit et se trouve au carrefour de nouvelles disciplines: anthropologie, sociologie, géographie, environnement, démocratie sanitaire. Ce nouvel abord plus global qui conditionne la qualité des soins en ambulatoire nécessite de développer des axes de recherche propre.

Au sein de l'ambulatoire et des soins primaires, les CDS ont une position particulière: seules structures organisées pluri-professionnelles; une gouvernance avec un leadership qui facilite l'émergence de projet d'équipe; des activités de prévention s'inscrivant dans un territoire où ils tentent de répondre aux besoins de la population. Des systèmes d'information qui se structurent et sont potentiellement facilitant pour la recherche. Depuis plusieurs années, ils accueillent des externes, des internes de médecine générale, des chefs de clinique et créent des liens avec les départements de médecine générale; tout cela a apporté des dynamiques et des compétences au sein des centres de santé rendant ces structures légitimes pour développer des projets de recherche et amenant expertise et méthode au plus près des professionnels de terrain.

Déjà nombre de centres de santé participent à des recherches mais ne sont encore que rarement

initiateurs. Seule l'étude Epidaure 1, citée plus haut était centrée sur les CDS et la population qu'ils accueillent. L'objectif de l'Institut Jean François Rey sera de favoriser ces initiatives de développement de projets de recherche en centre de santé pour faire connaître leur modèle, leur savoir-faire. Celui-ci est susceptible de répondre aux enjeux des soins primaires de demain, à l'explosion des maladies chroniques, à la transition épidémiologique, à la diminution des inégalités de santé. La recherche peut nous aider à le mettre en évidence. L'enjeu est aussi de créer une recherche autonome en développant les compétences nécessaires au niveau des professionnels de santé qui s'affranchissent de lien de subordination avec le milieu hospitalier. Nous voulons être reconnus comme acteurs de la recherche en ambulatoire.

D^r C. Meignan : Sur quels moyens humains et financiers pensez-vous pouvoir compter pour faire vivre l'Institut ?

D^r H. Colombani : Cet aspect n'est pas le plus facile. Nous partons de rien. Dans un premier temps, nous allons répondre aux appels à projets: une première lettre d'intention dans le cadre des PREPS a été déposée auprès de la DGOS, la FNFCEPPCS nous sollicite pour une évaluation des formations qu'elle réalise. Nous cherchons les financements pour nos projets. Nous voudrions cependant, dès que nous arriverons à une certaine reconnaissance institutionnelle, pouvoir bénéficier de subvention de fonctionnement. Nous avons aussi la cotisation de nos adhérents, mais par souci de ne pas entraver l'accès, nous l'avons fixée à un niveau assez bas. Nous nous appuyons aussi sur la FNCS, l'USMC pour disposer de salles et organiser nos réunions de travail et sur leur mailing pour communiquer auprès des centres de santé. La FNCS avec l'appui de l'Institut Jean François Rey va organiser un séminaire fin octobre 2016 sur la structure des systèmes d'information pour faire de la recherche. Nous avons aussi commencé à nous appuyer sur les internes effectuant des stages en centre de santé pour augmenter le nombre de projets de thèses dont le thème concerne les centres de santé.

D^r C. Meignan : Dr Colombani, merci beaucoup pour vos propos passionnants. En conclusion, on comprend parfaitement bien que les centres de santé se dotent d'un nouvel outil riche de promesses. Leurs équipes et leurs gestionnaires vont, à coup sûr, s'emparer et guetter avec intérêt le lancement de l'étude Epidaure 2.

La recherche en médecine générale : Intérêt, historique et perspectives

**Par le D^r Gladys Ibanez, Présidente de l'Institut de recherche
de la Société de Formation Thérapeutique des Généralistes**

NDLR: Le D^r Gladys Ibanez est médecin généraliste au Centre médical de santé de Villejuif et Maître de Conférence à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris). Elle termine actuellement sa thèse de sciences en santé publique. Ses thèmes principaux de recherche sont les inégalités sociales de santé, et la santé mentale et environnementale dans le domaine des soins primaires qu'elle investigate dans les équipes 5 (EMAR) et 7 (ERES) de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique. Elle est Présidente de la SFTG Recherche et membre du Comité d'interface INPES-Médecine générale.

D'après la définition de la WONCA Europe¹, les médecins généralistes sont chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services.

La médecine générale occupe dans les systèmes de santé de nos pays une place particulière car elle est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. En 1961, White et al. ont publié un article dans le *New England Journal of Medicine* intitulé *The Ecology of Medical Care*². Les auteurs ont estimé que dans une population de 1 000 habitants, 750 signalaient une maladie, 250 consultaient un médecin, 9 étaient hospitalisés, 5 dirigés vers un autre médecin et 1 hospitalisé dans un centre universitaire. Ce travail a été réactualisé en 1997 et 2001, les auteurs ont trouvé des résultats similaires. La majorité des problèmes de santé les plus fréquents ne sont pas vus dans les soins secondaires ou tertiaires, même si ces niveaux de soins

se coordonnent et se complètent. Cela rajouté aux spécificités de la fonction (prévention, multi-morbidité, organisation des soins, etc.), les spécialités dites « d'organes » ne pouvaient qu'approcher les nécessités de la profession dans leurs études. Les recommandations de bonnes pratiques basées sur des études de patients « hospitalisés » ne coïncident que de façon hasardeuse et parcellaire aux enjeux de la médecine générale.

L'intérêt de la recherche en médecine générale est d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients par la production d'un savoir médical fondé sur des preuves, en perfectionnant la communication avec le patient et en optimisant les coûts de santé³. La recherche est aussi une condition nécessaire à l'existence d'une médecine de haute qualité. La médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine*) nécessite ces travaux de grande qualité, menée en médecine générale par des chercheurs incluant des médecins généralistes.

De nombreuses évolutions ont eu lieu ces dernières années en France pour conforter la discipline médecine générale comme une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques⁴. Cela a nécessité beaucoup d'énergie car depuis les ordonnances Debré à partir de 1958, la santé a été « découpée » en plusieurs spécialités d'organes pratiquées à l'hôpital et axées sur le soin technique. Cet hospitalo-centrisme et cette vision technologique de la santé ne laissaient aucune place à la médecine générale et plus largement aux soins primaires. Les premiers travaux de recherche en médecine générale étaient historiquement menés dans les sociétés de médecine générale (SFTG, SFMG) ou

les départements de médecine générale. En 2003, le taux de thèses d'internes en médecine générale dans la thématique médecine générale était de 5 %⁴. Il aura fallu attendre l'aboutissement de textes fondateurs comme la définition européenne de la discipline, la reconnaissance de la spécialité en 2002 et l'instauration du Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale lors de la réforme de l'internat en 2004 pour que réellement, la médecine générale fasse son entrée dans l'université médicale. Il s'en est suivi l'entrée de l'option médecine générale au sein de la sous-section 53-01 du Conseil National des Universités en 2006, la nomination de premiers chefs de clinique de médecine générale en 2007, les premières nominations de titulaires en 2009 et la création de la sous-section 53-03 spécifique de médecine générale dans le Conseil National des Universités en 2015. En France comme aux Pays-Bas, la création de la filière de médecins spécialistes en médecine générale formés à la recherche (filière universitaire de médecine générale – FUMG) et consacrant une partie significative de leur temps à des projets scientifiques a permis de renforcer de façon importante la dynamique de publications de travaux dans la discipline.

Qu'est-ce que la recherche en médecine générale? D'après le rapport de M. De Pourville, c'est d'abord une recherche clinique et épidémiologique, portant sur les problèmes de santé rencontrés en première ligne³. Elle vise à qualifier et à quantifier ces problèmes, en analyser si possible les facteurs déterminants, à en déduire des modalités d'intervention, à évaluer les prises en charge existantes de façon à énoncer des recommandations de pratiques adaptées au contexte de la médecine de première ligne. C'est aussi une recherche qui va emprunter aux méthodes des sciences humaines et sociales dans le but d'analyser les comportements des médecins, des malades et leur interaction. C'est enfin une recherche qui va emprunter aux méthodes d'économie de la santé pour analyser les consommations de soins et de projets appliqués à la santé.

Au niveau européen, le programme de recherche Horizon 2020 lancé en décembre 2013, a fixé les priorités pour le financement de la recherche et l'innovation jusqu'en 2020. Ce programme comportait trois piliers prioritaires et un programme transversal. Les piliers principaux étaient les défis sociétaux, l'excellence scientifique, la primauté industrielle et les programmes transversaux. Les défis sociétaux visaient notamment à l'amélioration de la santé et du bien-être tout au long

de la vie avec comme priorités : l'optimisation des performances des systèmes de santé ; la transformation des résultats scientifiques en traitements médicaux au bénéfice des personnes ; l'accompagnement du vieillissement des populations et l'amélioration de la compétitivité des industries pharmaceutiques et médicales.

En cohérence avec le programme européen de recherche Horizon 2020, la Stratégie nationale de recherche décidée par la loi du 22 juillet 2013 a fixé les priorités suivantes en France, presque toutes liées ou spécifiques à la médecine générale : prévention, organisation des soins, inégalités sociales de santé, multimorbidité, polyopathie, vieillissement handicap, santé mentale, santé environnement et innovations biomédicales. Cela est également cohérent avec les objectifs fixés par la Stratégie nationale de santé, qui visait à prioriser en France la prévention, l'organisation des soins et la démocratie sanitaire.

En médecine générale, l'EGPRN - European General Practice Research Workshop - a proposé un agenda de la recherche en médecine générale. Les priorités de la recherche s'appuyaient sur les 6 compétences au cœur du métier de médecin généraliste (1. Approche centrée patient/relation/communication ; 2. Premier recours/urgences ; 3. Approche globale/complexité ; 4. Continuité/suivi/coordination des soins ; 5. Éducation en santé/dépistage/prévention individuelle et communautaire ; 6. professionnalisme) et proposaient des recommandations spécifiques telles que : Développer et évaluer les modèles et les stratégies spécifiques de soins/soins centrés sur la personne, l'approche holistique, le modèle biopsychosocial, ou communautaire ; Promouvoir les études visant à évaluer l'efficacité et l'efficience des soins ; Promouvoir les études longitudinales et les études d'intervention ; Développer des critères de mesures pertinents et performants ; Promouvoir les études portant sur les stratégies diagnostiques et de raisonnement ; Et enfin comparer l'organisation et les actions menées dans les différents systèmes de santé européens.

Il est à présent nécessaire de mieux structurer la recherche de la médecine générale en France, par le biais de thématiques fortes et spécifiques ; par la labellisation INSERM/CNRS de structures de recherche en médecine générale et par la structuration du recueil des données en routine. Ce recueil nécessite une volonté des médecins, du temps et des bases de données permettant le recueil et le traitement d'informations médicales de qualité. Cela passe

également par le développement d'appels d'offres ciblés sur les soins primaires et sur la médecine générale. Et cela se fera avec les médecins généralistes, les médecins généralistes universitaires, les sociétés savantes et sociétés dédiées à la recherche en médecine générale et les patients. Mais également en collaboration avec les autres professionnels de santé de la recherche, des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Enfin, les réflexions éthiques devront être prises en compte dans la demande d'un médecin généraliste à son patient de participer à la recherche⁵ : Est-ce qu'un refus pourrait entraver la qualité des soins et de la relation au long cours ? Comment sera réalisé le recueil des données, quel potentiel de stigmatisation ? Qui (et comment) pourrait avoir accès au dossier médical, comment traiter les données sensibles (détresse psychologique, violence) et comment diffuser les résultats de ces études ?

Références

¹ Société européenne de médecine générale. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille 2002. <http://www.woncaeurope.org>

² WHITE K.L, WILLIAMS T, GREENBERG B. The ecology of medical care. *N Eng J Med* 1961 ; 265:885-92.

³ DE POUVOURVILLE G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions. Rapport ministériel, 2006.

⁴ TAHA A, BOULET P, BEIS JN, YANA J, FERRAT E, CALAFIORE M, RENARD V. État des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. *exercer* 2015 ; 122:267-82.

⁵ JONES R, MURPHY E, CROSLAND A. Primary care research ethics. *Br J Gen Pract.* 1995 Nov ; 45(400):623-6.

Le point de vue du médecin sur le « bon » médecin généraliste Étude des caractéristiques des patients influençant les qualités du « bon » médecin généraliste

Par les D^{rs} Donabedian C, Simon C, Pautas E, Ibanez G

Introduction

Quel est le point de vue des patients sur le bon médecin généraliste? Vaste question qui cherche à cerner les attentes des patients sur les qualités requises pour être un bon médecin généraliste. Elle repose sur l'essence de la relation médecin malade qui longtemps a été imprégnée de la vision paternaliste du modèle hippocratique et se voit évoluer vers un modèle dit de « partnership » (partenariat), où le patient devient acteur dans sa santé. L'Histoire de la médecine et l'apport des sciences humaines et sociales constituent de riches sources d'informations utiles à la compréhension de l'héritage socio-culturel de cette relation.

D'une exigence déontologique fondamentale de pratique médicale, l'ambition d'améliorer la qualité des soins est apparue comme un élément fédérateur autour duquel depuis une quinzaine d'années, patients, professionnels et pouvoirs publics semblent se retrouver. Selon la Haute Autorité de Santé, la formation continue et le recours aux recommandations de bonnes pratiques sont les conditions d'une médecine sobre et de qualité. Les contraintes multiples et divergentes peuvent conduire parfois à un décalage entre exercice idéalisé de la médecine et conditions réelles de la pratique. Dans la littérature, la démarche de qualité des soins est justifiée par le fait que les aspects « non cliniques » des soins et, en particulier ceux qui concernent la relation médecin-malade, participent à la notion de service qualité rendu. « What is the secret of quality? Very simple, it is love – love of knowledge, love of man and love of God. Let us live and work accordingly », affirmait le Pr A. Donabedian, Président de « l'International Society for Quality in Health Care ».

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié une étude internationale visant à mieux cerner les priorités des usagers de soins à l'aide d'un questionnaire pour mieux y répondre (« to be responsive to patients »). Huit domaines de qualités des soins non-cliniques se sont distingués de par leur importance selon

le point de vue des patients et regroupés dans le concept « Heath System Responsiveness ». Ces qualités sont d'une part interpersonnelle : dignité, autonomie, communication et confidentialité. D'autre part, les qualités organisationnelles sont la qualité des équipements, le fait d'avoir le choix, la liaison avec des réseaux sociaux et l'attention. En raisonnant sur la vision des patients, le concept anglophone « responsiveness » renvoie à la capacité de mieux répondre à leurs attentes.

Se préoccuper de la vision du bon médecin généraliste est un sujet d'actualité, témoignant d'une prise de conscience de l'importance de la communication dans la relation médecin-malade à l'échelle internationale. Cette relation, se place au cœur de cette médecine humaine, souvent idéalisée, mais dont on s'éloigne un peu plus chaque jour. Une solution prouve son efficacité dans l'amélioration de la communication entre médecin et patient car elle augmente la satisfaction des patients. Plus le patient est impliqué dans la relation médecin-malade, meilleurs sont les résultats concernant sa santé. La qualité de la relation médecin-malade est démontrée comme déterminante du degré de compliance aux traitements, du niveau de satisfaction du patient et est liée au degré de nomadisme médical. D'autre part, il a été montré que solliciter les patients sur la perception du bon médecin généraliste les aide à devenir plus investis dans cette relation. De récents essais cliniques rejoignent cette position en démontrant l'efficacité thérapeutique de facteurs liés au médecin dans la relation avec le patient. Certaines compétences relationnelles comme l'explication délivrée par le médecin et les aptitudes cognitivo-émotionnelles telles que la conviction, la suggestion, le renforcement positif, la réassurance, l'empathie ont montré une amélioration subjective de l'état de santé des patients, du statut fonctionnel et une diminution objective des chiffres tensionnels et de l'hémoglobine glyquée.

Pour une grande partie, patients et médecins généralistes partagent les mêmes opinions sur les bons côtés

et les côtés moins optimaux de la médecine générale. C'est une relation de confiance basée sur des compétences professionnelles. Des qualités d'écoute empathique, d'explications, de réassurance, de conseils sont indispensables. Des écarts de perceptions subsistent comme la disponibilité, la gestion du temps, la relation consumériste, les aspects transférentiels pouvant générer des conflits endommageant la qualité de cette relation. Ce travail a eu pour objectif premier de décrire les principales qualités attribuées par les patients à un médecin généraliste. Le deuxième était de décrire les caractéristiques de patients qui peuvent influencer sur les qualités attribuées au médecin généraliste et sur les domaines de qualités.

Méthodes

Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale prospective sur une cohorte de visiteurs de patients à l'hôpital qui ont répondu à un questionnaire sur le thème du bon médecin. Le recrutement a été réalisé auprès de 302 visiteurs de patients hospitalisés dans les services de Gériatrie Aigue et Soins de suite à l'hôpital Charles Foix à Ivry-sur-Seine jusqu'en février 2013. Ont été incluses, après leur accord, les personnes majeures, parlant le français et capable de répondre au questionnaire. Les personnes âgées de moins de 18 ans, les professionnels médicaux, les patients hospitalisés et les personnes ne comprenant pas le français ont été exclus. Ces critères permettaient de recueillir des données hétérogènes reflétant la pratique de différents médecins généralistes. Ils permettaient aussi d'interroger des sujets dont les capacités de réponses n'étaient pas altérées par une situation de vulnérabilité liée à l'hospitalisation.

Questionnaire

Une revue de la littérature a été réalisée sur la base de données PUBMED (en utilisant les termes « GOOD and DOCTOR » « GOOD and GENERAL PRACTICE » « PATIENT VIEW and PRIMARY CARE ») accompagnée d'une recherche complémentaire auprès de la WONCA (the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) et du CNGE (Collège National des Généraliste Enseignants). Les questionnaires de la littérature sur le même thème ont été sélectionnés :

- Le questionnaire EUROPEP (référence questionnaire + étude 2006) : 23 items sur cinq aspects des soins (relation et communication, soins médicaux, information et support de travail, continuité et

coopération, disponibilité, accessibilité) constituent une échelle validée et internationalement standardisée permettant aux patients d'évaluer les soins fournis par le médecin généraliste.

- Les questionnaires des thèses du D^r Krucien et du D^r Reix. Le Docteur Krucien a étudié le point de vue des patients sur l'offre de soins en médecine générale et dans quelles mesures les modifications de cette offre permettent de répondre aux exigences de la demande de soins, et plus particulièrement des patients poly-pathologiques. Le Docteur Reix s'est intéressé aux facteurs individuels de patients influençant les qualités du bon médecin dans un certain cadre.
- Le questionnaire dans le cadre du DIU de pédagogie du D^r Carmoi (Médecine Interne, HIA Val de Grâce). L'objectif était de déterminer le profil du « médecin idéal », généraliste ou spécialiste, selon l'avis des patients pour adapter la pédagogie médicale.

À partir des données précédentes, un questionnaire a été rédigé spécifiquement pour notre étude. Il permet l'évaluation des qualités attribuées au bon médecin généraliste selon le point de vue des personnes incluses. Le questionnaire se compose de deux parties. L'une définissant le profil du patient et l'autre comporte 25 questions concernant les qualités du bon médecin. Pour éviter un biais de recueil secondaire à la fatigabilité du répondant, quatre versions du questionnaire ont été distribuées. Chacune comporte les mêmes questions dans un ordre différent. La première version du questionnaire utilisait une seule échelle d'évaluation des qualités du bon médecin généraliste : l'échelle de Likert, qualitative. Les réponses possibles étaient au nombre de quatre : pas important, peu important, important, très important. Pour évaluer la clarté des questions, ce questionnaire a été testé auprès de quinze patients. Les réponses semblaient identiques, nous avons décidé de rajouter une échelle allant de 0 (peu important) à 10 (plus important). À la fin, une question sur les changements à apporter à la médecine générale de ville a été posée. L'anonymat a été préservé tout au long de l'étude.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été menées en collaboration avec la directrice de thèse, le Docteur Gladys Ibanez et validées par le Docteur Jean-Louis Golmard, médecin de santé publique. Ce travail a été complémentaire d'une autre thèse réalisée par le D^r C Simon. Le logiciel statistique exploité a été SAS version 9.1.

Dans un premier temps, les caractéristiques de patients et les qualités du médecin ainsi que domaines de qualités ont été décrites. Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide d'indicateurs de position (médiane, valeurs extrêmes, moyenne, écart-type). Les variables qualitatives sont décrites par des indicateurs de distribution (effectifs et pourcentages). Dans un deuxième temps, les associations entre les différentes caractéristiques des patients, les qualités du bon médecin généraliste et les trois domaines de qualité ont été explorées graphiquement à l'aide d'une analyse des correspondances multiples. Pour cela, les variables continues ont été dichotomisées en variables binaires pour faciliter les analyses multidimensionnelles. Dans un troisième temps, les patients ont été regroupés afin de dégager plusieurs « typologies » de patients. Cette typologie nécessite une analyse en clusters par une classification ascendante hiérarchique (CAH). Puis, des analyses univariées ont été réalisées afin d'apprécier l'association entre, d'une part, ces différents clusters, et d'autre part, les trois domaines de qualité d'un bon médecin généraliste. Les comparaisons entre les proportions des modalités des variables dans chaque cluster ont été faites à l'aide de tests du chi². Dans cette méthode exploratoire, le risque de première espèce alpha a été défini a priori à $p < 0.20$.

Résultats

Caractéristiques des patients

Au total, 302 questionnaires ont été remplis et saisis dans la base de données. Dans le tableau 1 sont décrites les variables avec l'effectif des répondants, le pourcentage sur le total des patients inclus, et les valeurs manquantes (VM). La classe d'âge la plus représentée a été l'intervalle de 51 à 69 ans avec 37.5 % de la population étudiée. Les femmes étaient majoritaires avec 64 % contre 36 % d'hommes. Les cadres et professions intellectuelles supérieures représentaient presque un tiers de la population étudiée (31 %).

Les patients ayant un suivi de plus de 20 ans avec le même médecin référent représentaient 17 % de la population interrogée. La majorité avait un suivi de moins de 5 ans (29 %). La durée maximale de suivi était 40 ans, la moyenne correspondait à 13 ans. 86 % des patients inclus venaient voir le médecin plus d'une fois par an. L'état de santé a été évalué. La majorité des répondants dit être en très bonne ou bonne santé (72 %). Les 28 % restants jugent leur état de santé moyen ou mauvais. Les patients déclarant prendre au moins un médicament par jour constituent plus de la moitié des patients soient 53 %.

Qualité du bon médecin

Le tableau 2 décrit la moyenne des notes obtenues par qualités du médecin généraliste. Le tableau 3 illustre la répartition des réponses aux différentes qualités du médecin. Les premières qualités ont été classées par ordre d'importance (pourcentage décroissant de réponses « très important » aux qualités citées).

Les qualités du médecin généraliste les plus appréciées par les patients ont été: le bon diagnostic, les explications claires, l'examen minutieux, la formation médicale continue et le fait de bien prendre en compte les antécédents. Les qualités les moins importantes attribuées au médecin généraliste ont été: travailler en cabinet de groupe, l'informatisation du cabinet, la lisibilité de l'écriture du médecin, les visites à domicile et le fait de former des étudiants.

Par la suite, les réponses ont été regroupées par domaines de qualités. Dans le tableau 4, la cotation des réponses par domaine de qualité est indiquée. Le domaine relationnel a obtenu la majorité des réponses « très important » avec 12 %.

Lien entre caractéristiques des patients et domaines de qualité

Compte tenu des valeurs manquantes, les analyses de correspondances multiples et la méthode hiérarchique ont porté sur 262 patients.

ACM caractéristiques de patients avec les domaines de qualités sur les 2 premiers axes

La figure 2 est une représentation graphique de l'ACM. La dimension 1, en ordonnée, correspond à l'état de santé des patients. Ce pôle positif de l'axe 1 correspond au mauvais état de santé et le pôle négatif au bon état de santé. La dimension 2, en abscisse correspond au statut de couverture sociale et de catégories socioprofessionnelles. Le pôle positif de l'axe 2 indique un statut social élevé, le pôle négatif un statut social bas.

Il en ressort que des liens entre facteurs individuels de patients et qualités du bon médecin généraliste ou domaines de qualités ont pu être mis en évidence: les sujets jeunes ont plutôt préféré les qualités techniques de leur vision du bon médecin généraliste. Les personnes ayant la Couverture maladie complémentaire ou appartenant à des professions non « cadres » ont plus souvent apprécié les aspects « organisationnels » du cabinet.

Les clusters de populations

Enfin, une classification hiérarchique ascendante (CAH) a été réalisée pour définir des profils combinés de patients, en lien avec des qualités attribuées au bon médecin. Par souci de clarté, ces qualités ont été étudiées en domaines.

La coupure au niveau du dendrogramme a permis d'obtenir 3 clusters ou groupes de population (figure 1). Chaque cluster contient un certain nombre d'individus avec des caractéristiques individuelles. Le nombre de patients par cluster est 105 pour le cluster 1 (cercle orange), 172 pour le deuxième cluster (cercle rouge) et 24 pour le dernier (cercle bleu). Le tableau 7 contient les caractéristiques individuelles de chaque cluster.

Plusieurs typologies de patients ont été mises en évidence. Le premier profil de patients composé de femmes, d'âge moyen à âgé, de catégories socioprofessionnelles minoritairement « cadre », qui avaient au moins un problème de santé a accordé une importance particulière à la distance cabinet-domicile, et à « se déplacer au domicile ».

Le deuxième profil de patients était composé de femmes ou d'hommes jeunes, avec une proportion importante de cadres, sans problème de santé et consultant peu leur médecin généraliste. Ces personnes accordaient une importance particulière à : « continue d'apprendre » et « examine avec précision ».

Le troisième profil de patients était composé de femmes ou d'hommes jeunes, avec une proportion de professions intermédiaires, d'ouvriers ou de personnes sans profession, présentant un état de santé mitigé et consultant régulièrement leur médecin généraliste. Ces personnes accordaient une importance particulière à : « explique le traitement », « prend en compte les conséquences psychosociales », « examine avec précision » et « respecte la confidentialité ».

Discussion

Limites de cette étude

Tout d'abord, le biais déclaratif lié à la sous-déclaration des problèmes de santé et du nombre de traitements a probablement diminué l'effet escompté de mettre en évidence des liaisons entre les variables. Un biais de sélection des individus interrogés à l'hôpital a probablement influencé les résultats. Il a été remarqué un biais de compréhension de certaines questions. Pour exemple, la notion de recommandations officielles n'a

pas été intégrée par tout le monde et une explication délivrée par C. Simon et moi-même a pu influencer les réponses. La même réflexion s'est faite sur la notion d'indépendance du médecin vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques.

Par ailleurs, les questions portant sur la distance cabinet-domicile et le coût de la consultation ont souvent porté à confusion et des incohérences de réponses ont été constatées. Il paraît nécessaire de repenser ces questions. Des formulations plus explicites comme : « quelle importance accordez-vous au fait que le cabinet du médecin soit proche de votre domicile? » et pour le coût : « quelle importance accordez-vous au fait que le tarif de la consultation ne dépasse pas 23 euros? » seraient envisageables.

De plus, la présence de valeurs manquantes a engendré une perte d'informations. Des variables comme la durée du suivi médical avec le médecin référent ont été supprimées alors qu'importantes de signification. La question ouverte sur la durée de suivi a été à l'origine d'une difficulté de représentation de celle-ci. Une question à choix multiple avec différents intervalles pourrait guider le patient. Finalement, l'analyse multidimensionnelle a porté sur 262 patients. Une dernière perspective d'amélioration du questionnaire concerne la précision du profil des patients. En effet, une question sur les préférences liées à l'origine ethnique aurait été intéressante sur le plan de l'observation des mouvances sociétales. D'ailleurs des études ont montré que les patients de la même origine que leur médecin avait plus confiance en lui. Le critère de foyer familial indiquant le nombre d'enfants à charge constituerait un élément qui intuitivement serait lié à une attirance vers les qualités relationnelles du médecin généraliste, au sens médecin de famille. De telles considérations pourraient nous enrichir sur les attentes de ce groupe de personnes.

Perspectives

En définitive, un bon médecin généraliste est celui qui aura la capacité de prendre en considération les attentes de ses patients, celles-ci évoluant avec le temps. Par exemple, il pourra mettre en avant ses qualités humaines, d'écoute et d'empathie face aux patientes et aux personnes de classes socioprofessionnelles défavorisées. Le concept empathique a été développé par Carl Roger dans les années 1960 comme une attitude à comprendre l'individu tel qu'il se vit et se perçoit dans son cadre de référence. C'est un sentiment moral qui vise à mieux communiquer et devient incontournable dans le savoir-faire de la considération de l'autre.

Balint a souligné que le médecin était un remède en soi. Encore faut-il disposer de l'ensemble des bons ingrédients pour répondre à la souffrance physique et/ou morale du patient. Il attache une importance à l'approche relationnelle plaçant le patient au cœur de l'acte de soins. En développant des compétences relationnelles face aux personnes en mauvais état de santé, le médecin fera preuve d'habiletés dans une consultation où le temps est à l'écoute et à la communication. Il paraît nécessaire d'accompagner sur le long terme les patients, notamment ceux souffrant de maladies chroniques, là où la relation médecin-malade prend tout son sens, s'inscrivant dans la durée.

L'acquisition d'un réseau de professionnels de santé et la possibilité de faire des visites à domicile sont des qualités à reconsidérer devant une demande sociale grandissante aujourd'hui (particulièrement chez les personnes âgées). Un aménagement facilité par le système de santé serait envisageable pour répondre à ces besoins.

Toutes ces qualités de communication, de savoir-faire et du savoir être entrent dans le cadre du professionnalisme médical. Des études soulignent la nécessité de soutenir au sein des facultés de médecine un projet éducatif basé sur l'éthique de la médecine familiale. Elles suggèrent d'évaluer le savoir, les habiletés pertinentes requises pour développer ce professionnalisme. Cette initiative témoigne d'un manque d'engagement des facultés et d'une faible sensibilisation des « résidents » (équivalents français d'internes en cours de spécialisation) à ce sujet car les outils existent mais ne sont pas exploités. Une autre étude évoque l'intérêt des sciences humaines et sociales (SHS), déjà présentes en médecine sous la forme « non instrumentale », pour permettre une auto-approche réflexive ainsi qu'une compréhension du rôle du professionnel dans la société. Elle précise que la représentation instrumentale des SHS comprenant l'étude de l'art appliqué ou de la littérature serait bénéfique sur le développement de l'empathie et la capacité à gérer l'ambiguïté. Ces outils auraient pour finalité de rendre les médecins plus humains. La fiction littéraire ou cinématographique en complément de l'enseignement médical théorique pourrait aussi aider à la compréhension des bouleversements générés par la maladie dans les différentes dimensions de l'existence, tant du côté des soignants que du malade et de son entourage.

Ainsi en incluant ces sciences humaines dans les programmes éducatifs de médecine, les médecins

deviendraient réellement experts dans le domaine du professionnalisme médical. Des perspectives permettant d'accéder à une large éducation sur le fait d'« Être humain », comme s'investir dans des initiatives au sein de la société, ou s'ouvrir à d'autres domaines culturels, constitueraient des qualités intrinsèques au bon médecin appréciées des patients.

Conclusion

À l'issue de cette étude, les patients estiment d'abord un médecin généraliste par ses qualités techniques avec au premier plan : la capacité à diagnostiquer et à traiter des maladies et ses qualités relationnelles. Des liens entre caractéristiques de patients et qualités du bon médecin généraliste existent comme le montrent les sous-groupes de populations identifiés précédemment. Une typologie de femmes qui consultaient souvent leur médecin préférait le domaine relationnel. Le domaine technique était associé au profil de patients en bonne santé, jeunes. Les patients bénéficiaires de la CMUc et de catégories socioprofessionnelles moins favorisées ont montré une préférence pour le domaine organisationnel.

La médecine est donc affaire de technique, d'organisation et d'homme et l'abord des problèmes humains constitue une part importante de son efficacité. Empédocle (490-435 av. JC) soutenait des quatre éléments, je cite : « Ainsi de l'Un sort le Multiple ». De l'unité du « Savoir-Être » professionnel naît donc la multiplicité des qualités et compétences dans les domaines relationnel, organisationnel et technique. L'acquisition de celles-ci est requise pour qualifier un médecin de bon médecin. C'est ce dont témoignent les attentes des patients dévoilées au travers des études épidémiologiques sur les soins en médecine générale depuis quelques années. À l'instar des autres compétences professionnelles, les compétences relationnelles, encore trop souvent considérées comme innées, manquent assurément à la formation des médecins. L'apport de la réflexion littéraire, la fiction et des sciences humaines et sociales constituerait une perspective enrichissante sur le plan humain pour la relation médecin-malade.

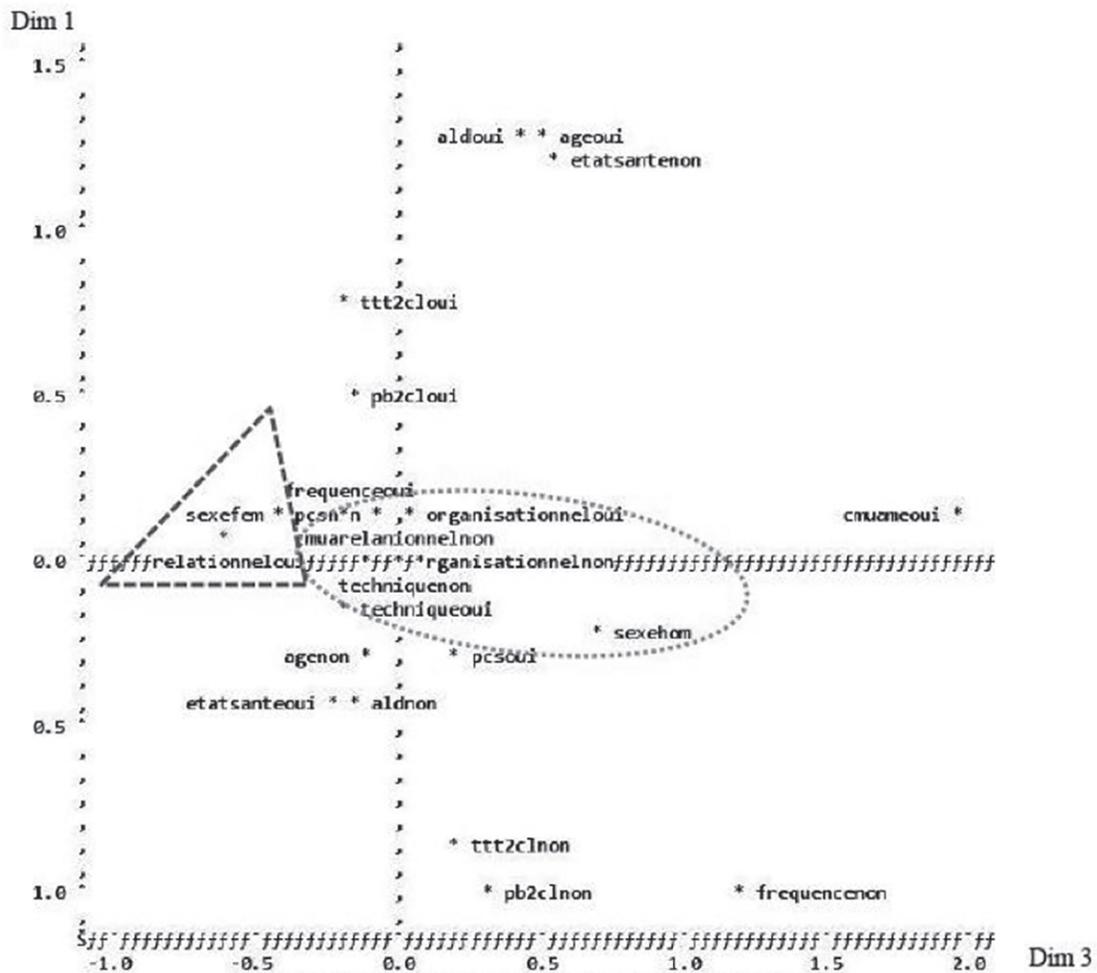
Mais on peut se demander si la question « qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? » a un sens pertinent dans le temps. Finalement, l'évolution des attentes des patients dans une société en perpétuel changement ne convergerait-elle pas vers une définition du bon médecin fondée sur la flexibilité, l'adaptation à l'environnement et la remise en question ?

Tableau 4 Statistiques sur les éléments des trois domaines de qualités

Domaines	Qualités	N	Moyenne	Ecart-type
TECHNIQUE	Continue d'apprendre	294	3.61	0.55
	Suit les recommandations	294	2.87	0.78
	Tient compte des antécédents	294	3.60	0.52
	Sait diagnostiquer	294	3.85	0.36
	Forme des étudiants	294	2.99	0.80
	Aide à gérer la santé	294	3.48	0.58
	Examine avec précision	294	3.54	0.53
	Donne des conseils	294	3.38	0.62
	Respecte la confidentialité	294	3.47	0.74
	Fait bénéficier de son réseau de professionnels	294	3.00	0.73
RELATIONNEL	Explique le traitement	295	3.53	0.56
	Fait participer à la décision	295	3.09	0.70
	Explique clairement	295	3.69	0.47
	Respecte la confidentialité	295	3.47	0.74
	Prend en compte les conséquences psychosociales	295	3.32	0.62
	Donne des conseils	295	3.38	0.62
	Prend le temps d'écouter	295	3.58	0.53
	Est aimable	295	3.42	0.61
ORGANISATIONNEL	Distance cabinet-domicile	295	3.14	0.73
	Est informatisé	295	2.78	0.85
	Se déplace au domicile	295	3.02	0.83
	Est joignable par téléphone	295	3.28	0.68
	Fait bénéficier de son réseau	295	3.01	0.73
	Travaille avec d'autres professionnels de santé	295	2.23	0.87
	Délai	295	3.44	0.57
	Ecrit lisiblement	295	2.96	0.82
	Coût de la consultation	295	2.95	0.77

Tableau 6 Effectifs des réponses par domaines de qualités

Réponses à l'échelle Likert	Technique	Relationnel	Organisationnel
Très important	28 (9%)	35 (12%)	20 (7%)
Au mieux important	273 (91%)	266 (88%)	282 (94%)



3.2.3.1 Classification hiérarchique ascendante

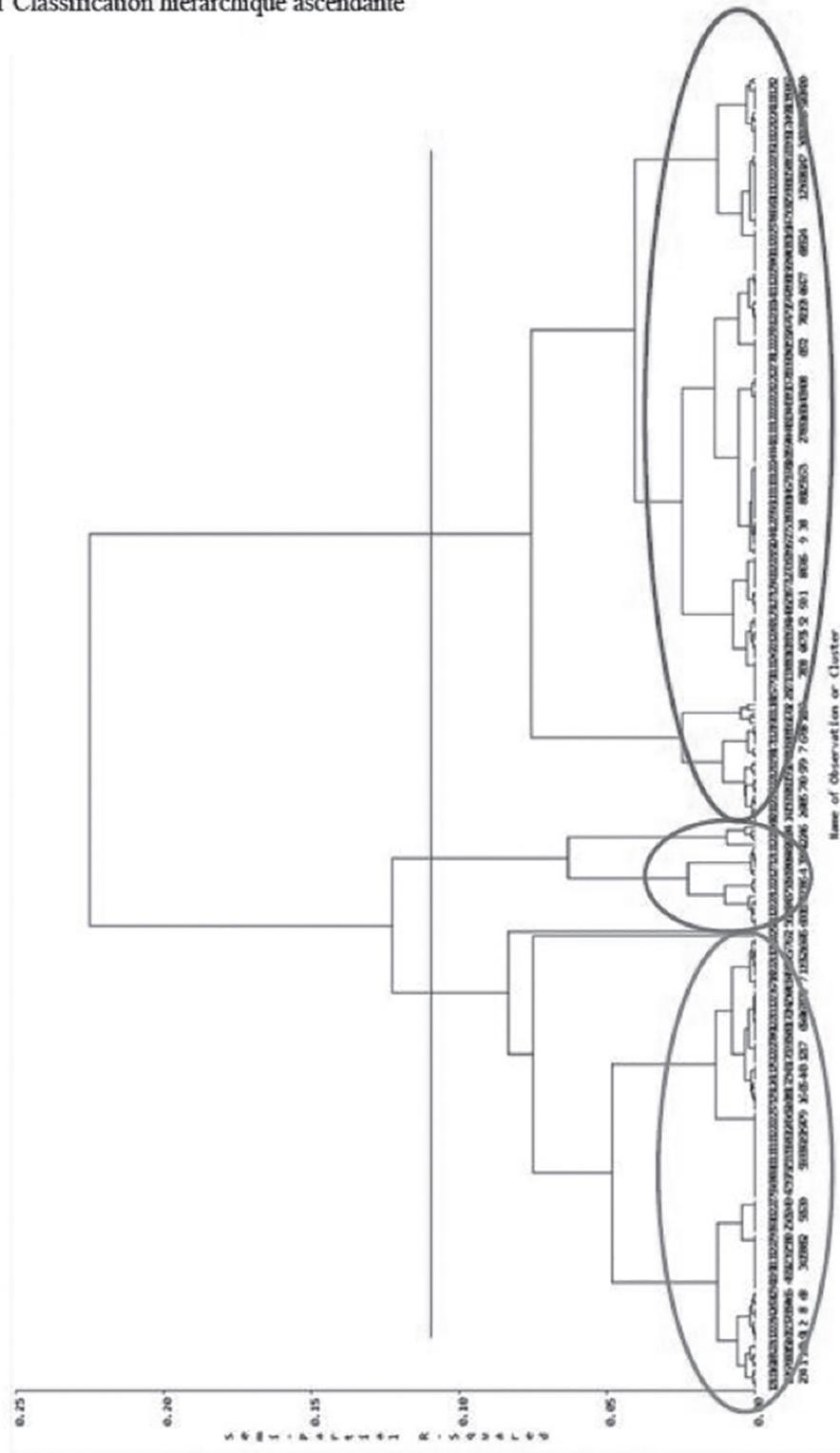


Figure 4 Coupe de la CAH pour nombre de classes = 3

Attitude des soignants envers une femme enceinte déprimée

Par les D^{rs} Feddaoui W, Lagadec N, Gaouaou N, Magnier AM, Ibanez G

Introduction

La grossesse est à la fois un moment heureux et vulnérable, qui peut faire resurgir ou apparaître des troubles passagers au plus profond de la personnalité. Toute femme enceinte doit être considérée comme à risque, et de ce fait doit recevoir toute l'attention de son entourage mais aussi du milieu médical. Les neuf mois de la grossesse sont une période d'intenses transformations physiques et psychiques qui nécessitent que la femme puisse s'adapter, s'accommoder, se préparer à la venue d'un être nouveau. Ce bébé à naître est celui qui va faire passer la femme du statut de fille de sa propre mère à celui de mère.

La dépression, entité psychopathologique associant des symptômes divers de tristesse, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, ou encore troubles cognitifs, peut s'associer à différentes maladies organiques, et à différents états physiologiques notamment la grossesse. Les idéations suicidaires sont bien sûr des symptômes marquant un état avéré dépressif. Contrairement à la dépression du post-partum qui a été bien documentée (10 à 15 % des grossesses), ce n'est que récemment que la dépression pendant la grossesse, ou dépression anténatale, a été abordée avec ses conséquences néfastes tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement, et sur le développement affectif et cognitif de l'enfant. Un trouble de la santé mentale tel qu'une dépression ou une anxiété, aurait des effets négatifs sur le développement du fœtus, et serait associé à un risque accru de complications obstétricales telles que : un accouchement prématuré, un retard de croissance intra utérin, un petit poids de naissance.

Les facteurs de risque majeurs incriminés sont les antécédents personnels et familiaux de dépression, un niveau socio-économique défavorable, un mauvais support du mari, l'absence de support familial, une grossesse difficile, une grossesse non désirée, des problèmes d'infertilité ayant précédé la grossesse, un antécédent d'avortement. L'anxiété et la dépression sont souvent co-occurentes pendant la grossesse et semblent s'influencer mutuellement, de plus l'association entre anxiété et dépression semble être un bon

prédicateur pour la dépression du post-partum, surtout chez la primipare.

La prévalence de la dépression pendant la grossesse varie énormément entre les études, avec une moyenne de 10 %. On constate la rareté au cours de la grossesse, des dépressions graves, elles sont plus fréquentes dans le post-partum. Il s'agit dans la majorité des cas de dépressions d'intensité légère ou moyenne dites « névrotiques », qui surviennent le plus souvent pendant les premiers mois de la gestation, en règle générale évoluant favorablement au cours du deuxième trimestre. Quand elles surviennent en fin de grossesse, elles perdurent généralement après l'accouchement.

La dépression anténatale est parfois difficile à identifier par les obstétriciens, les médecins traitants ou les sages-femmes en charge du suivi de la grossesse, de par la ressemblance entre certains symptômes de la dépression et les maux classiques de la grossesse (par exemple les troubles du sommeil ou la fatigue), et de ce fait pourrait être souvent sous-estimée. Des outils existent pour dépister des symptômes de dépression en anténatale tels que l'Edinburgh Postnatal Dépression Scale (EPDS), ainsi que d'autres outils qui seront détaillés plus loin.

L'instauration d'un traitement reste toujours difficile, les données sur la sécurité d'emploi des antidépresseurs existent, mais restent contradictoires. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les antidépresseurs les plus prescrits à l'heure actuelle, mais les risques encourus par le fœtus lorsqu'il est exposé à ces molécules in utero restent encore débattus. Une étude menée par Favreli et al, sur l'état des lieux des données de la littérature internationale sur les ISRS, a confirmé l'absence d'augmentation de malformations majeures en termes de risque absolu lors d'exposition aux ISRS durant la grossesse.

L'objectif de cette étude, est de déterminer quelle est l'attitude des internes de médecine générale, de gynécologie obstétrique et des étudiantes sages-femmes envers une femme enceinte qui présente des signes de

dépression, ainsi que leur aptitude à prescrire un éventuel traitement antidépresseur durant la grossesse.

Méthodes

Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale réalisée auprès d'étudiants médecins généralistes, gynéco-obstétriciens et sages-femmes.

Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été distribué aux internes de médecine générale, lors des enseignements dirigés à la faculté de médecine Paris 6, lors des choix de stage, lors des séminaires ainsi que lors du congrès de médecine générale à Paris. Concernant les internes de gynécologie obstétrique, le questionnaire leur a été distribué lors des cours obligatoires à l'hôpital Cochin-Port Royal pour les étudiants en 2^e année, et à l'hôpital Trousseau pour les étudiants 3^e année. Concernant les étudiantes sages-femmes, le questionnaire leur a été distribué à la faculté des sages-femmes Saint Antoine.

Questionnaire

Le questionnaire a été construit à partir d'une synthèse de la littérature effectuée sur Medline[®]. Gawley et al. ont étudié l'attitude des étudiants en médecine, pharmacie et les étudiants infirmiers envers une femme enceinte déprimée et leur aptitude à prescrire un traitement antidépresseur dans une faculté canadienne. Le questionnaire de cette étude a fortement inspiré la conception de notre questionnaire. Celui-ci a été traduit en français, relu et corrigé pour aboutir à notre questionnaire final.

Notre questionnaire commençait par une vignette clinique d'une femme enceinte déprimée. Puis une partie recueillait les caractéristiques sociodémographiques des étudiants, une deuxième partie décrivait leur attitude envers une femme enceinte déprimée puis une troisième décrivait leur prise en charge et la prescription éventuelle d'un traitement antidépresseur.

Analyse statistique

L'analyse a comporté une première partie descriptive des répondants et de leur pratique. Puis une partie comparant les pratiques en fonction des caractéristiques sociodémographiques des étudiants. Les résultats ont été décrits sous forme de pourcentages. Des tests du Chi-2 ou de Fisher selon les cas ont été utilisés pour comparer les groupes entre eux.

Résultats

Caractéristiques des répondants

Les répondants étaient majoritairement des femmes, d'âge supérieur à 26 ans, en 2^e année de formation, en couple, sans enfants. Parmi les répondants, 59 % étaient des étudiants en médecine générale, 26 % en gynécologie obstétrique et près de 15 % des étudiantes sages-femmes.

Pratiques face à une femme enceinte déprimée

Les pratiques regroupent l'attitude et la prise en charge des soignants développés dans les figures 1 à 5. La majorité des répondants ont déclaré que la dépression pendant la grossesse pourrait être néfaste pour la mère et le développement du fœtus; qu'une femme enceinte déprimée, pourrait être dangereuse pour elle et son fœtus; qu'ils se sentaient empathiques envers cette femme, mais pas prêts à la prendre en charge. Ils n'étaient pas prêts à prescrire un traitement antidépresseur; ils considéraient majoritairement que selon l'antidépresseur, celui-ci pourrait avoir des effets néfastes sur la mère ou le fœtus.

Lien entre caractéristiques personnelles et pratique des étudiants

Plus les étudiants étaient jeunes, plus ils considéraient qu'une femme enceinte déprimée pouvait être dangereuse pour elle-même et pour son fœtus, et plus ils considéraient qu'elle devait prendre le dessus sur cette faiblesse pour son bien et celui de son enfant. Les médecins généralistes pensaient moins souvent qu'une femme enceinte déprimée devait prendre le dessus sur cette faiblesse, ils avaient moins souvent tendance à penser que cette femme pouvait être dangereuse pour elle et pour son enfant, ils avaient moins souvent tendance à penser que cette femme était responsable de ses symptômes et exprimaient moins souvent des difficultés de communication avec une femme enceinte présentant des signes de dépression; Les internes en gynécologie obstétrique, et les étudiants en 3^e année de formation tendaient à se sentir davantage prêts à prescrire un traitement antidépresseur pendant la grossesse.

Discussion

Points forts et limites

Il s'agit d'une étude présentée sous la forme d'un cas clinique qui s'intéresse à une pathologie fréquente et peu connue. Il s'agit de la première étude sur ce thème réalisée en France. Cette étude évalue les ressentis des étudiants en médecine (interne en médecine générale et interne en gynécologie obstétrique) ainsi

que les étudiantes sages-femmes envers une femme enceinte qui présente des signes de dépression ; elle tente de rechercher une stigmatisation de cette femme de la part des différents soignants qu'elle pourrait se trouver face durant sa grossesse, point très important pour les professionnels de santé. Cette étude fait écho à des travaux menés dans d'autres pays.

Cette étude présente également des limites : Ces résultats concernent un groupe d'étudiants particuliers, les étudiants en médecine générale et gynéco-obstétriciens franciliens, ainsi que les étudiantes sages-femmes de l'hôpital saint Antoine, de ce fait ces résultats ne peuvent être généralisés à tous les étudiants d'autres facultés de médecine. Les étudiants interrogés étaient en année de formation différente, ce qui peut influencer leurs connaissances concernant les signes et les risques de la dépression pendant la grossesse, ainsi que la possibilité de prescription d'un traitement antidépresseur pendant la grossesse. Les résultats étaient basés sur des réponses déclaratives et pas une évaluation des pratiques.

Perspectives

Le but de notre étude, était de déterminer l'attitude des étudiants en médecine (interne en médecine générale, et internes en gynécologie obstétrique) et les étudiantes sages-femmes envers une femme enceinte déprimée, ainsi que leur aptitude à prescrire un traitement antidépresseur.

Les répondants ont déclaré que la dépression pendant la grossesse pouvait être néfaste pour la mère et

le développement du fœtus ; qu'ils se sentaient empathiques envers cette femme, mais pas prêts à la prendre en charge. Plus les étudiants étaient jeunes, plus ils considéraient qu'une femme enceinte déprimée pouvait être dangereuse pour elle-même et pour son fœtus, et plus ils considéraient qu'elle devait prendre le dessus sur cette faiblesse pour son bien et celui de son enfant. Les médecins généralistes pensaient moins souvent qu'une femme enceinte déprimée devait prendre le dessus sur cette faiblesse, ils avaient moins souvent tendance à penser que cette femme pouvait être dangereuse pour elle et pour son enfant, ils avaient moins souvent tendance à penser que cette femme était responsable de ses symptômes et exprimaient moins souvent des difficultés de communication avec une femme enceinte présentant des signes de dépression ; Les internes en gynécologie obstétrique, et les étudiants en 3^e année de formation tendaient à se sentir davantage prêts à prescrire un traitement antidépresseur pendant la grossesse.

Notre étude a permis d'avoir une opinion générale sur le point de vue des étudiants concernant la dépression anténatale. Les résultats suggèrent l'intérêt d'une sensibilisation des professionnels de santé, et notamment au cours de leur formation, à cette problématique pour éviter les risques de stigmatisation et la crainte d'accompagner ces femmes enceintes et leur famille. D'autre part, les prochaines recommandations de la Haute Autorité de Santé pourraient inclure un dépistage d'une dépression chez les femmes enceintes dès le début de la grossesse pour un accompagnement personnalisé.

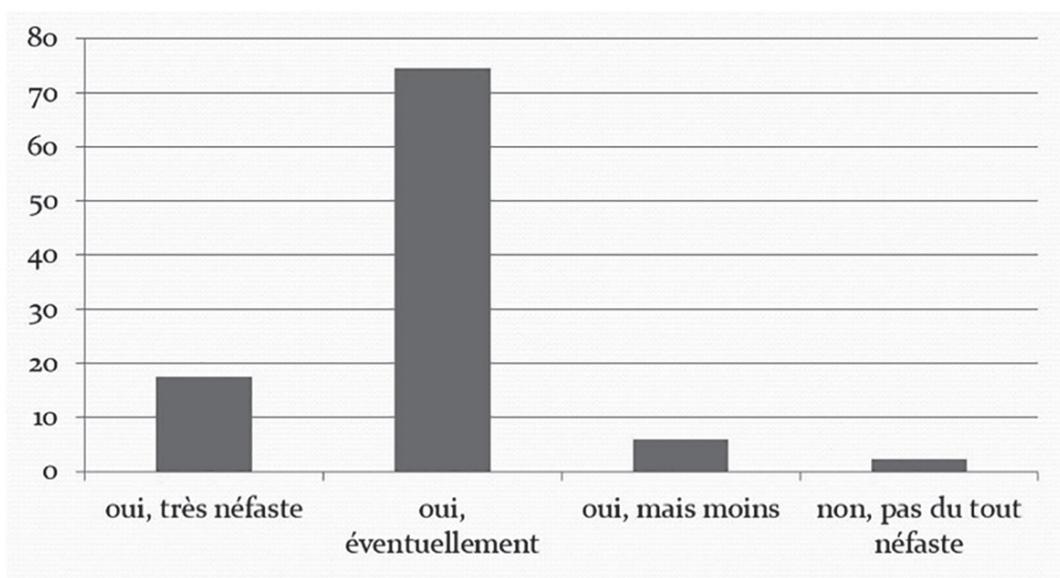


Figure 1 : Dépression anténatale et dangerosité pour le fœtus

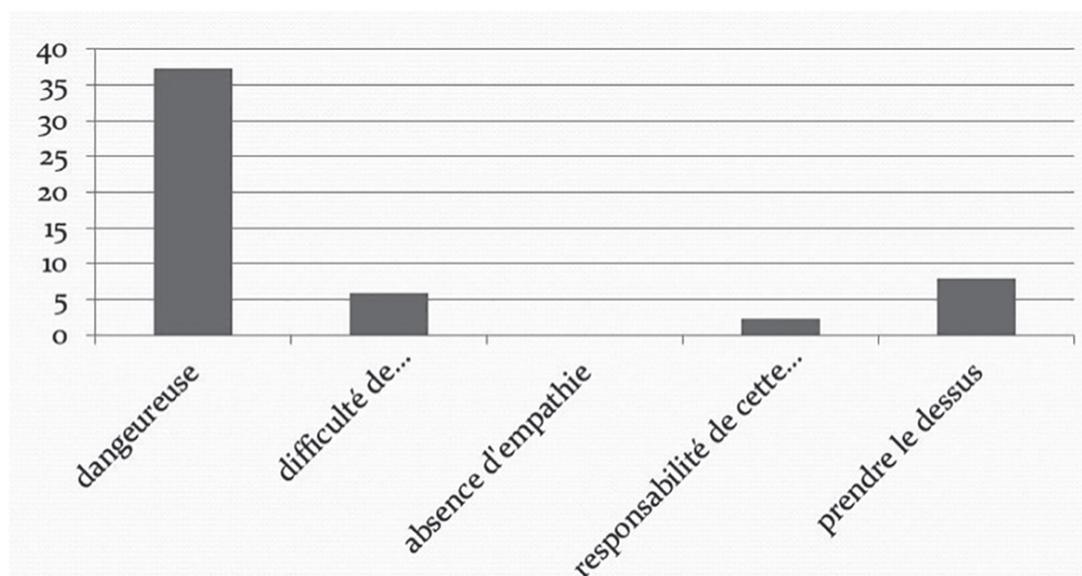


Figure 2 : Attitude des soignants face à une femme enceinte déprimée

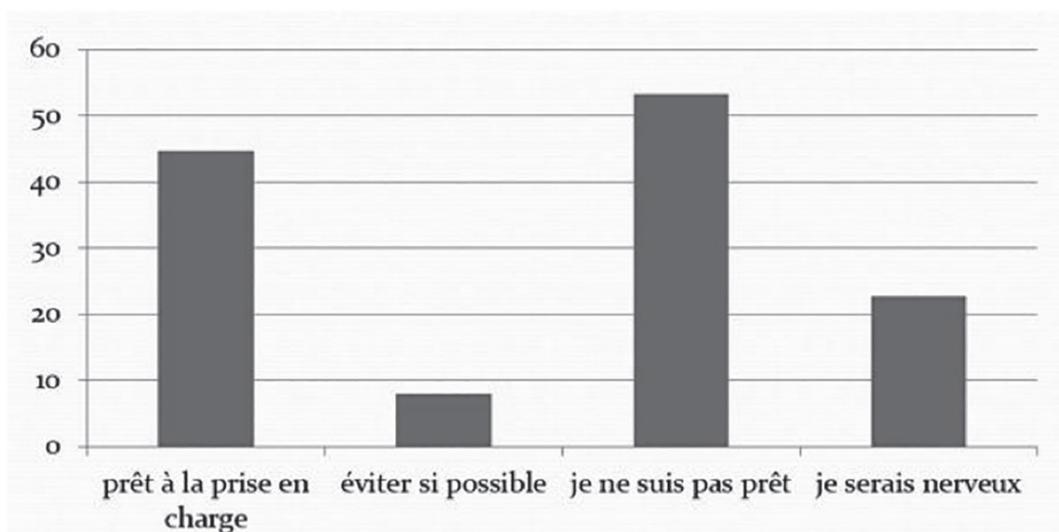


Figure 3 : Aptitude des soignants à prendre en charge une femme enceinte déprimée

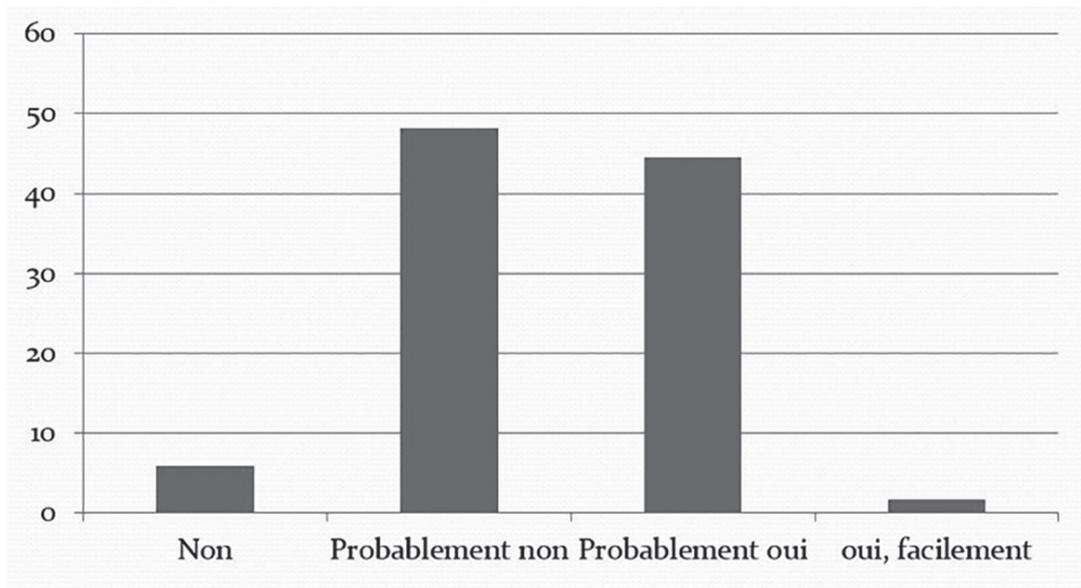


Figure 4: Tendance à la prescription d'un traitement antidépresseur

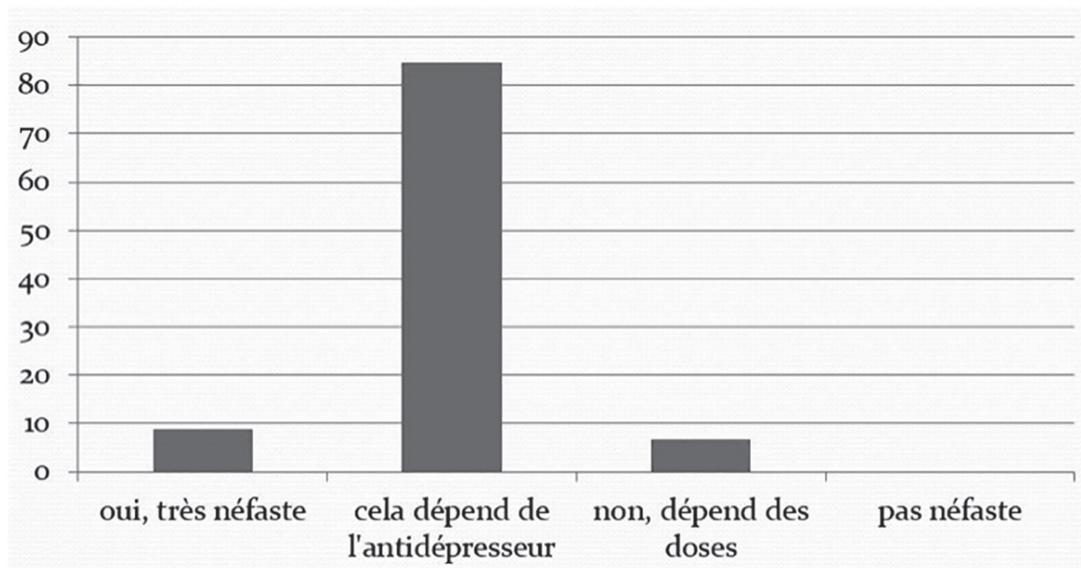


Figure 5: Nocivité d'un traitement antidépresseur sur le fœtus

La loi travail vue sous l'angle de la santé

Par le D^r Nadine Khayi

Même si la santé au travail n'est pas le sujet de ce projet de loi, puisque son objet est *d'instituer de nouvelles libertés et de nouvelles protections pour les entreprises et les actifs*, son application aurait un impact considérable sur la santé des salariés. Ceci de façon directe par les bouleversements importants des conditions de travail, mais aussi par le changement des missions des médecins du travail.

Alors que la directive européenne de 1989 prévoyait dans son préambule que « *l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et de la santé des travailleurs au travail représente un objectif qui ne saurait être subordonné à des considérations de caractère purement économique* », la loi travail subordonne tout « *aux nécessités du bon fonctionnement de l'entreprise* ».

L'impact sur la santé des salariés

Inversion de la hiérarchie des normes

La possibilité de déroger à toute loi et à tout accord de branche concernant la durée de travail (mais qui pourrait s'étendre progressivement à tout le code du travail) permettra aux employeurs de se libérer de toute contrainte pour peu qu'il réussisse à convaincre quelques représentants du personnel pour signer un accord. La santé des salariés n'étant pas la préoccupation majeure des employeurs, elle est mise en balance avec les menaces sur l'emploi. Les salariés se trouvent devant un choix mortifère : choisir entre la crainte immédiate de la perte de leur emploi ou le risque potentiel (et rendu invisible par l'organisation actuelle des services de prévention et des services de santé au travail) lié aux conditions de travail.

On peut souligner à ce sujet, comme le montre la psycho-dynamique du travail, qu'il existe un fort déni des risques professionnels de la part des salariés qui relèvent de deux mécanismes différents. Le premier relève des mécanismes de défense (« le danger n'existe pas » ou « le danger n'est pas pour moi ») car si le salarié est conscient du risque qu'il court, la peur devient paralysante ou entraîne des décompensations physiques ou psychiques, il ne peut plus travailler. Le deuxième relève d'une occultation, d'un clivage psychique qui ouvre la possibilité de l'acceptation de risques pour

soi ou pour les autres, risques que le sujet peut tout à fait critiquer ou condamner par ailleurs.

On voit donc que l'inversion de la hiérarchie des normes, sous prétexte de rapprocher le lieu de décision de la réalité du terrain, laisse les salariés sans recul face à un choix pour lequel ils manquent souvent de moyens de s'informer. La possibilité d'utiliser le référendum d'entreprise permet, par le même mécanisme et de façon encore plus directe, de faire porter la responsabilité des décisions sur les salariés, alors que les salariés n'ont pas les éléments leur permettant de faire le lien entre ce qu'ils vivent et les conséquences (actuelles ou futures) sur leur santé.

Temps de travail et perte de pouvoir d'achat

La durée et le rythme de travail (l'alternance travail/hors travail) constituent un déterminant notable de la santé des salariés. La possibilité laissée à l'employeur d'imposer des horaires de travail, des volumes horaires, de changer les horaires au gré des variations d'activité sont autant de sujet de stress pour les salariés, et surtout pour les femmes qui constituent la majorité des salariés à horaires atypiques avec des coupés (5h-9h puis 17h-21h par exemple dans les entreprises de nettoyage). Les changements de dernière minute obligent les salariés à jongler avec leurs obligations hors travail, leur demandant ainsi une dépense d'énergie considérable.

La possibilité de moduler le temps de travail sur une période allant jusqu'à 3 ans est particulièrement pernicieuse. Elle organise la suppression de la majoration pour les heures supplémentaires puisque de fait les heures supplémentaires d'une période seront annulées par la baisse d'activité d'une autre période. Or l'organisme fonctionne sur des rythmes physiologiques et ce sont les changements de rythme qui ont un coût physiologique. Associé à la possibilité d'augmenter le temps de travail sans modifier la rémunération mensuelle, l'effet sera la baisse du pouvoir d'achat. Or la qualité de la prise en charge de la santé est corrélée au niveau des rémunérations (accès à une hygiène de vie, couverture maladie complémentaire). C'est donc un autre biais d'atteinte indirecte à la santé. En brouillant

tous les repères temporels sociaux (volonté de remettre en cause les repères hebdomadaires, banalisation du travail en horaire décalé...), ce projet de loi désorganise la vie sociale et déstructure la vie familiale, jetant aux oubliettes la notion de santé sociale et oubliant que l'être humain est un être social avant tout qui a besoin de tisser des liens sociaux pour s'épanouir.

Destruction de la médecine du travail

Les visites d'embauche sélectives, perte de l'universalité de la surveillance médicale

Le prétexte de la démographie médicale en berne (organisée depuis 50 ans), permet au MEDEF d'obtenir la quasi-suppression d'une surveillance médicale de la santé des salariés qui se voulait universelle (au moins pour le privé). S'appuyant sur l'impossibilité d'assurer l'ensemble des visites médicales, les réformes successives ont organisé le glissement de la surveillance médicale des salariés et des situations de travail, vers d'autres professionnels. Progressivement, alors qu'ils devaient seconder et éclairer le travail du médecin, ces professionnels remplacent les médecins dans des actions de prévention primaire souvent déconnectées de la prise en compte du rapport de force et de subordination qui contraignent le monde du travail. La loi Travail complète le processus en triant les salariés soumis à la surveillance par le médecin du travail en fonction des risques estimés par l'employeur.

Médecine de sélection, sécurité des tiers

Le but n'est plus d'assurer la protection de la santé des salariés et de permettre à chacun de travailler selon ses capacités, mais d'assurer à l'employeur que son salarié ne fait pas courir de risque à l'entreprise; c'est-à-dire qu'il ne risque pas de développer de pathologie en lien ou non avec le travail et surtout qu'il ne présente pas de danger « pour autrui ». On passe donc d'une médecine de prévention qui ne regarde que l'intérêt de la santé du salarié (la sécurité relevant exclusivement de la responsabilité des employeurs), à une médecine de sélection, rendue visible actuellement par le niveau du chômage: les salariés présentant un risque d'être moins performants sont écartés. Ainsi la crainte de perdre son emploi pèse d'autant plus sur l'ensemble des salariés, leur faisant accepter les situations de travail de plus en plus délétères.

Licenciements, aménagements

D'autant plus que tout problème de santé peut conduire plus facilement à un licenciement; l'obligation de reclassement (qui s'appuie sur l'obligation d'adapter le travail à l'homme) serait allégée, pour ne

pas dire qu'il devient formel: il suffit de faire une seule proposition de reclassement pour qu'il soit considéré que l'employeur a satisfait à son obligation. Les contestations des licenciements s'appuyant sur le défaut de recherche de reclassement deviendraient ainsi impossibles. D'autre part, les contestations des décisions médicales se feraient auprès des prud'hommes qui s'adresseraient à un médecin expert. Ce point mérite attention; il signe la fin de la spécificité du médecin du travail, spécialiste des situations de travail. Il vise à effacer totalement la mise en corrélation de l'état de santé du salarié avec la situation de travail: si le médecin du travail prend sa décision en mettant en regard la santé du salarié avec sa connaissance du poste de travail et de son environnement dans l'entreprise, l'expert médical n'aura connaissance que du statut médical du salarié, c'est-à-dire de la pathologie de l'organe qui conduit à contester la décision du médecin. Alors que la contestation auprès de l'inspection du travail permet la prise en compte du contexte social de l'entreprise, seul l'état de santé comptera, oubliant complètement la cause de la pathologie lorsqu'elle est professionnelle et donc supprimant l'idée même d'amélioration des conditions de travail dans le but d'améliorer la santé des salariés.

Ces réformes sont à rapprocher de toutes les attaques contre le système de réparation des altérations de la santé dues au travail:

- La révision des tableaux de maladies professionnelles qui aboutit à rendre de plus en plus difficile la reconnaissance.
- Le compte pénibilité où les critères sont tellement restrictifs que très peu de salariés en relèvent et où de nombreuses situations de travail très pénibles ne sont pas prises en compte.
- L'obligation de sécurité de résultat remise en cause. De façon concomitante, les principes de la Sécurité sociale sont remis en cause ainsi que la pérennité de cette grande conquête.

Propositions:

Le système de prévention et de surveillance de la santé au travail est à remettre en ordre dans le respect de ses principes:

- Universalité de la surveillance: tous les salariés doivent pouvoir bénéficier de cette surveillance; ce principe mériterait d'ailleurs d'être étendu à l'ensemble des travailleurs, y compris donc les travailleurs indépendants.
- Séparation entre les actions de prévention pour la sécurité (éviter les accidents et maladies profession-

nelles) qui est une obligation de résultat pour l'employeur et les actions de prévention pour la santé (permettre au salarié de construire sa santé dans le travail) qui relève d'une obligation de moyen pour le médecin.

- Financement par les employeurs: du fait de leur responsabilité en matière de risque professionnel; ce qui ne justifie pas qu'ils décident de ce que font les services de santé au travail, comme ils le font actuellement en disant « je paye donc je décide ».
- Gestion des services de santé au travail par l'ensemble des parties prenantes: salariés (dont la santé est en jeu), employeurs (responsable des situations de risque), État (garant du droit constitutionnel à la protection de la santé).
- Contrôle du fonctionnement par l'État.
- Indépendance de tous les professionnels chargés de la prévention pour la santé. Actuellement seuls les médecins ont légalement cette indépendance sans en avoir toujours les moyens. Il faut que l'ensemble des préventeurs intervenant avec les médecins du travail en prévention pour la santé soient également protégés par cette indépendance; cette protection, qui est celle nécessaire pour les lanceurs d'alerte, a pour but de protéger les salariés.

L'orientation vers la sélection médicale de la main-d'œuvre est à l'opposé de l'universalité de la prise en charge et de la prévention primaire. Elle ne permet pas la mise en confiance des salariés pour construire ensemble une stratégie de protection et de promotion de la santé. De plus les organisations du travail actuelles voient l'émergence de pathologies d'un type nouveau telles que les troubles musculo-squelettiques ou les décompensations psychiques qui entrent dans ce qu'on nomme les pathologies de surcharge. Seule une surveillance régulière et suffisamment rapprochée, dans un cadre sécurisant, permet ce dépistage et donc la prévention. Mais il faut également que les indications du médecin s'imposent à l'employeur pour être discutées avec les représentants des salariés et que le médecin soit à l'abri des pressions des employeurs. Le médecin doit avoir autorité pour pouvoir prescrire des adaptations de poste mais surtout pour discuter l'organisation du travail afin qu'elle respecte la physiologie de chaque salarié.

La confusion des missions entre santé, sécurité et souvent même qualité et environnement fait régulièrement passer à la trappe les préoccupations pour la santé. La santé est encore trop perçue comme l'absence d'accident ou de maladie. La confusion est entretenue

entre l'action des préventeurs en entreprise, subordonnés à l'employeur et dont le rôle est de remplir les obligations de l'employeur et le rôle des préventeurs des services de santé au travail qui doivent faire partie de l'équipe pluridisciplinaire au service de la prévention pour la santé (mais souvent détournés actuellement par les directeurs des services pour en faire une sorte de conseil des employeurs pour remplir ses obligations de sécurité).

Une autre confusion à éviter nous est montrée par l'organisation de la MSA; la fonction assurantielle étant portée par la même structure que la fonction de prévention pour la santé et même la fonction de conseil pour la sécurité, il existe potentiellement des conflits d'intérêt. Il semble donc préférable que chaque fonction, ayant ses logiques propres, soit portée par des structures différentes et indépendantes; ce qui n'empêche nullement les collaborations.

Le financement et la gouvernance des services interentreprises sont des points essentiels. La structuration en services locaux ou départementaux et en services autonomes engendre de grandes disparités et même une concurrence sur le montant de la cotisation entre les services inter-entreprises ou sur le niveau du salaire et des avantages dans les services autonomes. Il faudrait fixer un montant de cotisation réglementaire qui tienne compte de la richesse créée; la cotisation pourrait être perçue par un organisme type URSSAF pour être redistribuée dans les services. La gouvernance est actuellement assurée par un Conseil d'Administration « paritaire » avec la présidence assurée par un employeur qui a voie prépondérante en cas de vote partagé et un trésorier choisi parmi les organisations syndicales de salariés. Le contrôle social est assuré par la commission de contrôle en services interentreprises et par le CE en service autonome; la commission de contrôle est formée de 2/3 de salariés mandatés et de 1/3 d'employeurs. Il faut donner plus de place aux salariés et surtout donner les moyens aux mandatés de remplir leur fonction. La présence dans les conseils d'administration de représentants de l'état affirmerait la prise en compte de la santé au travail comme élément constituant de la santé publique.

Les Brèves des cahiers

L'offre de médecins au « tarif sécu » s'est réduite pour la moitié des Français depuis 2012

Dans une étude publiée le mercredi 29 juin, l'UFC-Que choisir évalue le bilan du gouvernement en matière d'accès aux soins. Selon ses calculs l'accès géographique ou financier à un médecin généraliste, un gynécologue, un ophtalmologiste ou un pédiatre en 2016 s'est « dégradé pour plus de 30 millions de Français » par rapport à 2012, date de la précédente étude. Son président, Alain Bazot, parle « état d'urgence sanitaire ». Ce réquisitoire tombe en pleines négociations conventionnelles entre Assurance-maladie et syndicats de médecins libéraux. En quatre ans, plus du quart (27 %) des Français a vu diminuer le nombre de médecins généralistes accessibles en moins de 30 minutes de voiture. Au cours de cette même période, près de six Français sur dix (59 %) ont connu une réduction du nombre de gynécologues accessibles à moins de quarante-cinq minutes de route. Et pour les quatre spécialités étudiées, seuls 11 % à 19 % des patients ont vu leur situation s'améliorer depuis 2012. « *De toute évidence, les politiques d'incitation financière accordées aux médecins pour les convaincre de s'installer dans les zones sous-dotées sont un échec* », notent les auteurs du rapport. Pour dresser ce constat, l'UFC-Que choisir a réitéré une opération déjà menée en 2012. En début d'année, elle a consulté l'annuaire en ligne de l'Assurance-maladie. Celui-ci recense de façon exhaustive la localisation et les tarifs des médecins libéraux français. Excluant de fait les médecins salariés par un établissement de santé ou un centre de santé – et c'est une des limites de l'étude –, elle a ensuite croisé ces données avec la répartition de la population sur le territoire, afin d'établir une carte des « fractures sanitaires ». Une zone avec un « accès difficile aux médecins » se caractérise ainsi par une densité médicale pour 100 000 habitants comprise entre 30 % et 60 % en dessous de la moyenne nationale. En deçà de 60 %, la zone est qualifiée de désert médical. Résultat : en 2016, 14,6 millions de Français, soit 23 % de la population métropolitaine, connaissent des difficultés pour consulter un médecin généraliste à moins de trente minutes de route de leur domicile. Parmi eux, 3,2 millions de personnes (5 % de la population) vivent même dans un désert médical, relève le rapport. 45 % de la population manque de pédiatres sans dépassement d'honoraires. Plus de 80 % vivent dans une zone déficitaire en ophtalmologistes ou gynécologues pratiquant les tarifs de la Sécu. Pour eux,

sur une grande partie du territoire, accéder aux soins « sans discrimination financière devient chimérique ». L'étude de l'UFC montre également une « inexorable progression » des dépassements d'honoraires depuis 2012. En quatre ans, le prix moyen d'une consultation aurait ainsi progressé de 5 % chez les gynécologues (pour s'élever à 45,50 euros) ou de 8,8 % pour les pédiatres (à 36,50 euros), alors même que l'inflation n'a été que de 1 % au cours de cette période. Alain Bazot dénonce une « absence de volonté politique sur ce sujet ». Cet article conforte notre analyse sur la démographie médicale publiée plus haut.

La baisse du déficit de l'Assurance-maladie sera plus forte que prévue cette année

La Commission des comptes de la Sécurité sociale projette pour 2016 un déficit de l'Assurance-maladie réduit à 5,2 milliards, soit 1 milliard de moins que ce qui avait été prévu en loi de financement. Le redressement de l'assurance-vieillesse est confirmé (en excédent de 479 millions), ainsi que celui de la branche famille (encore dans le rouge néanmoins à hauteur de 1 milliard). Seul point noir : le Fonds de solidarité vieillesse, grevé par le chômage et la précarité, avec un solde négatif de 3,9 milliards contre 3,7 milliards attendus. « *Le déficit du régime général (prévu à 5,2 milliards en 2016) est à son plus bas niveau depuis 2002* », s'est félicité le gouvernement. Fin mai, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses a lancé une mise en garde pour 2017, alors que l'objectif de dépenses d'assurance-maladie (Ondam), très bas à +1,75 %, doit être reconduit. « *Le niveau des prix des nouveaux médicaments anticancéreux, actuellement en cours de négociation, aura un impact fort [...]. De même, l'élargissement annoncé des indications des nouveaux traitements contre l'hépatite C appellera des mesures de régulation pérennes* » La négociation est en cours pour deux immunothérapies, l'Opdivo de BMS et le Keytruda de Merck, dont le prix public avoisine 90 000 euros pour une cure. Ces anticancéreux ciblent des « niches » de quelques milliers de patients, mais les fabricants multiplient les demandes d'indications thérapeutiques pour chaque médicament (plus d'une dizaine en négociation actuellement). Surtout, il faut souvent associer deux voire trois molécules pour soigner. La facture pourrait donc être salée. Les demandes inadmissibles des laboratoires doivent être combattues. Mais les causes de l'inquiétude sur la capacité à tenir l'objectif

de dépenses en 2017 sont bien plus vastes. La revalorisation du point d'indice de la fonction publique va coûter 145 millions aux hôpitaux dès 2016, puis 350 millions en 2017, à la suite d'une nouvelle hausse de 0,6 % prévue en février. Autre facteur inflationniste : la négociation en cours de la convention médicale. Il semble acquis que les généralistes verront leur tarif de consultation de base aligné sur celui des autres spécialistes, soit 25 euros. Et 450 millions de plus à la charge de la Sécurité sociale... Au final l'objectif d'une hausse des dépenses d'assurance-maladie limitée à 1,75 % en 2017 sera intenable.

Atteinte aux droits fondamentaux des étrangers

Dans un rapport publié le lundi 9 mai, Jacques Toubon, le Défenseur des droits, dénonce une série d'atteintes aux droits fondamentaux, et considère le traitement des étrangers comme un « marqueur essentiel » des droits de l'homme.

« *L'idée de traiter différemment les personnes n'ayant pas la nationalité française, de leur accorder moins de droits qu'aux nationaux est si usuelle et convenue qu'elle laisserait croire que la question de la légitimité d'une telle distinction est dépourvue de toute utilité et de tout intérêt* » note-t-il dès les premières lignes de son travail. Le rapport est d'autant plus important qu'il concerne aussi les Français d'origine, puisque, à ses yeux, « *le respect des droits des étrangers est un marqueur essentiel du degré de défense et de protection des droits et libertés dans un pays* ». Cette fois, dans « *Les droits fondamentaux des étrangers en France* », M. Toubon enchaîne 305 pages de relevés et d'analyses sur le sort réservé aux migrants. Le Défenseur s'arrête d'abord sur « *la règle de droit elle-même, qui en instaurant parfois des critères apparemment neutres, limite de fait le plein accès aux droits fondamentaux des étrangers* », comme c'est le cas des retraités chibanis, qui, après des vies de travail en France, doivent prouver un certain nombre d'années de séjour légal en France s'ils veulent percevoir le minimum vieillesse. Une obligation qui, par définition, n'incombe pas aux Français. En matière de prestations familiales, le rapport relève que, non content de faire vivre une distinction entre les enfants français et étrangers, le code de la Sécurité sociale crée une différence de traitement entre des enfants algériens et marocains, par exemple, et conduit à des refus de prestation pour les jeunes algériens, turcs, marocains, camerounais et bosniaques vivant en France. Mais c'est surtout l'écart

entre les droits officiellement proclamés et les droits effectivement exercés qui empoisonne le quotidien des extranationaux, les empêchant de les faire valoir dans les préfectures et les mairies. Ainsi, le Défenseur a été saisi à de multiples reprises, pour le refus de scolariser des enfants dont les parents ne sont pas en séjour régulier ou sont sans domicile, alors que la scolarisation d'un enfant entre 6 ans et 16 ans est obligatoire en France. En matière d'accès aux soins, c'est Baumard Maryline, qui dans un article paru dans *Le Monde* le 10 mai 2016 souligne que le rapport « *déplore la persistance de pratiques illégales, non isolées, dans l'accès aux titres de séjours pour soins* ». Sur les réfugiés, ce n'est pas mieux. Leur situation reste assez critique, si l'on en croit le rapport, qui insiste pour « *que tous les demandeurs d'asile se voient versées dans les plus brefs délais et avec effet rétroactif les allocations auxquelles ils ont droit depuis le 1^{er} novembre 2015* », date de l'entrée en application de la nouvelle loi. Sont aussi analysées les difficultés qu'ont les personnes issues de l'immigration à faire venir leur famille pour une simple visite. Les listes de pièces requises et les conditions fixées par les mairies ajoutent des conditions non prévues par les textes pour la délivrance d'une attestation d'accueil. Dans les préfectures, l'accueil au guichet est encore plus aléatoire que dans les mairies.

Un rapport dénonce les « effets pervers » de la tarification à l'activité à l'hôpital

L'indexation du budget des hôpitaux sur leur activité codée cristallise le mécontentement des personnels hospitaliers. C'est finalement à quelques mois de la fin du quinquennat, le mercredi 25 mai, que l'ancien député PS Olivier Véran, mandaté par le ministère de la santé, a dévoilé ses premières propositions pour réformer la tarification à l'activité (T2A), qui régit depuis les années 2000 le financement des hôpitaux. Pas question pour l'ancien rapporteur du projet de loi santé de proposer une suppression de la T2A. Jugeant cependant que cet outil de cotation a été « dévoyé », Olivier Véran souhaite qu'il soit « transformé » et « modulé lorsque nécessaire ». « La T2A a certes pu produire des résultats positifs, mais a aussi fini par générer des effets pervers dans la durée », reconnaît-il. Politique du chiffre, course à la rentabilité, perte de temps à coder les actes au détriment des soins, risque de sélection des patients, concurrence entre les établissements... Le constat dressé à l'issue des auditions menées par la

commission Véran ces six derniers mois reste sévère. Grief récurrent : les soignants seraient incités à faire davantage d'actes rémunérateurs afin que l'établissement touche davantage d'argent de l'Assurance-maladie. « *La T2A nous pousse à choisir notre hôpital contre la "Sécu"* », résume le professeur André Grimaldi. « *Rien de fondamental n'a été fait depuis quatre ans sur le sujet, il n'y a eu aucun changement structurel* », dit-il, déplorant qu'il n'y ait pas dans la majorité de « *conviction forte pour s'opposer à l'idée que tout soit tarifé* ». Olivier Véran propose qu'une partie du financement de certaines activités puisse être liée à la qualité des soins, sur la base notamment des évaluations faites par les personnels de santé et des patients eux-mêmes. Autre proposition : créer des forfaits de prise en charge pour financer des consultations par des médecins de différentes spécialités. Il souhaite aussi que les hôpitaux qui mettraient en place des solutions alternatives pour les patients se rendant aux urgences, au fonctionnement coûteux, ne soient pas pénalisés financièrement par une baisse de leurs recettes. Dans son rapport, M. Véran annonce d'ailleurs qu'il fera au début de l'année 2017 de nouvelles propositions de réforme, plus structurelles, pour améliorer le financement de l'investissement, de l'innovation, de la recherche, des soins de santé mentale, de l'hospitalisation à domicile, etc. « *Je ne vois pas comment une réforme de grande ampleur de la T2A peut être abordée en fin de course du gouvernement* », remarque Frédéric Valletoux, le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), le lobby des hôpitaux publics, pour qui « *l'engagement de remettre à plat le financement de l'hôpital engagé en début de mandat n'a pas été effectif* ». Si les pouvoirs publics lisaient les Cahiers, ils auraient gagné du temps!

80 % du déficit hospitalier se concentre désormais dans un plus petit nombre d'établissements, à savoir 107, contre 118 en 2014. Cela pourrait au contraire inquiéter. Cela signifie en effet, comme le déficit a progressé en 2015, que si des hôpitaux ont sorti la tête de l'eau, d'autres ont sombré encore plus profondément. Le ministère a en effet insisté sur les « énormes efforts de productivité des établissements » réalisés l'année dernière. Les dépenses de personnel des hôpitaux n'ont en effet progressé que de 1,75 % en 2015, après avoir bondi de 2,69 % en 2014. Et cela, sans suppression de poste, insiste le ministère. Qui peut croire ça? Le gouvernement a octroyé aux fonctionnaires des hausses de salaire qui grèveront les comptes des établissements. La Fédération hospitalière de France (FHF) a chiffré la revalorisation des bas salaires à 1,7 milliard d'euros entre 2016 et 2020. Quant à la hausse, en deux temps (juillet 2016 et janvier 2017), du point d'indice, qui sert de base à la rémunération des fonctionnaires, elle coûtera 700 millions d'euros supplémentaires aux hôpitaux en 2016 et 2017. Pas facile à avaler pour les directeurs d'hôpitaux, qui devront par ailleurs réaliser 2 milliards d'euros d'économies jusqu'en 2017. « *Ces injonctions paradoxales ne sont pas nouvelles, se désole Frédéric Valletoux, président de la FHF. Mais nous atteignons aujourd'hui une limite qu'il va être difficile de franchir, au risque sinon de décourager durablement les équipes ou de fragiliser la qualité de notre offre de soins.* »

Depuis 2012 le déficit des hôpitaux ne cesse de se dégrader

Il s'est élevé, l'année dernière, à 590 millions d'euros, contre 382 millions d'euros en 2014, d'après les premiers chiffres provisoires du ministère de la Santé. Soit un niveau trois fois plus élevé qu'au début du mandat de François Hollande. Face à ces données, la nouvelle directrice générale de l'offre de soin, Anne-Marie Armanteras-de-Saxcé, déclare : « *Les grands équilibres sont maintenus* ». Et de rapporter le demi-milliard de déficit au budget total des hôpitaux, qui s'élève à environ 75 milliards d'euros. Le trou des hôpitaux représente donc moins de 1 % de leur chiffre d'affaires. Pour se rassurer, le ministère relève aussi que

Les notes de lecture

Note de lecture par le Dr Michel Limousin

« Neuroscepticisme »

de Denis Forest (*Ithaque*, 2015)

Si vous avez un peu de temps, du courage et de l'intérêt pour les neurosciences, alors oui, il faut lire cet ouvrage de Denis Forest⁽⁶⁾. Ce livre assez court mais extrêmement dense est une réflexion sur l'état actuel des neurosciences et des vertus qu'on leur prête bien souvent au-delà de ce qu'elles ne démontrent réellement. Les neurosciences au côté de la biologie moléculaire et de la génétique constituent un des pôles de développement majeur de la connaissance du vivant et de l'être humain en particulier. Elles portent les espoirs de la connaissance et de l'action. Elles connaissent un développement nouveau et seront sans nul doute un des axes majeurs du progrès au XXI^e siècle. Les problèmes éthiques qu'elles posent seront légion. La mode est au « neuro » et tout le monde s'empare du sujet car « *ajouter une référence aux neurosciences augmente la confiance des profanes dans la validité d'une explication, quand bien même les données neuroscientifiques invoquées n'auraient aucune pertinence explicative* » : neuroéconomie, neuroéthique, neuromarketing, neurodroit, neuropolice, neuropsychologie, neurosociologie, neurophilosophie et bien sûr neuroscepticisme, tout y passe. Raison de plus de s'intéresser au sujet.

Dans son livre, Denis Forest propose une lecture critique des méthodes et des premiers résultats de cette science nouvelle. L'attitude est légitime car il existe une sorte d'emballage sur ce que peuvent nous dire ces connaissances émergentes. Ainsi des économistes libéraux y recherchent les moyens de comprendre les marchés; les policiers espèrent y trouver le détecteur de mensonge que vont s'empresseur de leur vendre les marchands; des politiques y recherchent un instrument de pouvoir; et les médecins attendent des perspectives thérapeutiques. L'attitude neurosceptique est donc de mise car elle incarne en l'espèce l'esprit critique.

Pour autant Denis Forest n'est pas dans le déni du progrès des connaissances. On ne peut le qualifier de neuronihiliste. Il propose une méthode: le regard épistémologique afin de déjouer les dérives superfétatoires et une interprétation philosophique.

⁶ Denis Forest est professeur à Paris-Ouest où il enseigne la philosophie de l'esprit et l'épistémologie des neurosciences, de la psychologie et de la psychiatrie.

Le principal argument du livre est de constater que le progrès des connaissances est lié au progrès de l'imagerie. C'est, il faut le dire, un effet secondaire des progrès généraux de l'imagerie dans notre société: exploration scientifique dans tous les domaines, de l'espace à la médecine, de la physique fondamentale à la sociologie mais aussi dans la vie courante: de la télévision aux communications, de l'enseignement à la culture etc. Nous passons de plus en plus de temps devant des images, au travail comme dans la vie quotidienne.

Or si on n'y prend garde on finit en interprétant mal ces images par leur faire dire ce qu'elles ne disent pas. L'auteur apporte ainsi une critique méthodologique sévère au signal de BOLD⁽⁷⁾ qui est la base de l'imagerie en neurosciences en particulier de la cartographie cérébrale par IRM. On peut lire les phrases suivantes: « *Avons-nous raison de considérer, à la lumière de notre "imagerie fonctionnelle" que des indications sur le débit sanguin cérébral nous renseignent sur l'activité neurale, et que la distribution de l'activité neurale nous fait connaître l'activité mentale dans son détail?* »⁽⁸⁾. « *Il s'agit de rentrer dans l'examen sceptique des corrélations sur lesquelles reposent les conclusions des articles scientifiques, lorsqu'on y affirme que l'imagerie fonctionnelle "montre" telle ou telle chose, "confirme" telle ou telle proposition* »⁽⁹⁾. « *Le problème de la neuro-imagerie n'est pas de savoir si elle est mais quand elle peut être un instrument de connaissance authentique et de quoi* »⁽¹⁰⁾. Je ne développerai pas plus l'argumentaire de Denis Forest, mais l'intérêt pour un médecin comme moi est qu'il évite de commettre plusieurs erreurs canoniques comme prendre un antécédent pour une cause, un effet pour la cause et prendre un facteur concomitant pour un facteur explicatif, ce qui est la base de toute réflexion médicale. « *Ce qui est en cause, plus que jamais, n'est pas la valeur de la science en général, mais le risque d'engloutissement des études de premier plan dans un déluge d'études méthodologiques incertaines, allié au risque de dévoiement des neurosciences dans une neuropolice des individus et des consciences qui confond de manière intéressée le possible, le probable et le certain. Mais si dans sa version nihiliste, le neuroscepticisme est stérile, dans sa version exigeante, il est indispensable: il est comme l'enquête sur l'enquête, un moment du*

⁷ Celui-ci suppose une corrélation entre le débit sanguin et l'activité cérébrale et permettrait d'explorer l'une en détectant l'autre. Et le débit sanguin est évalué indirectement en mesurant l'oxyhémoglobine locale. Il n'y a donc aucune mesure directe réelle de l'activité cérébrale contrairement à ce qu'on imagine trivialement. (chapitre 1-2, § 1)

⁸ Page 9

⁹ Page 44

¹⁰ Page 64

débat de la science sur elle-même »⁽¹¹⁾. Et plus loin : « Les neurosciences se proposent de remplir quelques blancs en nous donnant une idée qui met la personne en capacité de se souvenir, de vouloir, de ne pas vouloir, de parler et ainsi de suite. Il y a quelque chose d'artificiel à confondre à des fins polémiques ces neurosciences en action avec une neurophilosophie éliminativiste et à mobiliser contre elles des arguments exorbitants »⁽¹²⁾.

Les chapitres suivants portent sur la question de la neuropsychologie et de la nature de la pensée que les neurosciences veulent cartographier. Sommes-nous notre cerveau ? Notre esprit est-il dans notre cerveau ? « Trop souvent (...) l'ancien dualisme de l'âme et du corps est remplacé par celui du cerveau et du reste du corps »⁽¹³⁾. Pour l'auteur il n'y a pas à dissocier le cerveau de l'ensemble du système nerveux et du corps. Il n'y a pas non plus de corrélation entre la cartographie du cerveau et la localisation de la pensée : « L'activation d'une région du cerveau au moyen d'un stimulus n'équivaut nullement à la détermination d'une fonction propre à cette région »⁽¹⁴⁾.

Pour ma part j'apporterais certaines critiques à l'ouvrage. Sur la forme, il est très dense (trop ?) et donne une avalanche de citations dont beaucoup sont à caractère historique. Or les neurosciences sont en pleine explosion ; la référence aux travaux les plus actuels (disons moins de 10 ans) manquent tandis que des citations du XIX^e siècle abondent. Cela affaiblit l'argumentaire et éloignera certains chercheurs qui ne se reconnaîtront pas dans cette critique. Quelques incompréhensions : une place très importante et répétitive est faite aux expériences de pensée ; cela est légitime lorsqu'on pose une hypothèse théorique invérifiable au moment où elle est posée ; on pense par exemple à des expériences de pensée comme celle du chat de Schrödinger en physique quantique mais en neuropsychologie, on peut être dubitatif... C'est surprenant. Et rien sur le connectome. Pourtant des avancées réelles sont enregistrées⁽¹⁵⁾.

Sur le fond : peu de place à la question centrale de ce qu'est la conscience. Le mot n'est quasiment jamais cité alors que le mot esprit est à toutes les pages.

Avant de parler d'esprit et de regarder ce qu'en pensent certains, ne vaudrait-il pas mieux regarder ce que les neurosciences disent de la conscience, comment elles abordent le sujet ? Aujourd'hui la question de l'émergence de la conscience dans l'infinie complexité neuronale reste posée. Les médecins aimeraient en savoir plus et auraient intérêt à avoir une réflexion épistémologique à ce propos.

Pour terminer, *Neuroscpticisme* de Denis Foret ouvre sur la nécessaire coopération avec les autres sciences biologiques, sociales et humaines. « C'est prédire que l'extension du champ des explications neuroscientifiques dépend pour une part décisive de la fécondité du dialogue des neurosciences avec des disciplines connexes et non de leur capacité à les éliminer »⁽¹⁶⁾. L'auteur cite les « philosophes post-wittgensteiniens » lorsqu'ils s'adressent aux neurosciences comme à un élève négligent et indiscipliné qui a contracté de mauvaises habitudes avec de mauvais maîtres⁽¹⁷⁾. Je ne sais pas si ces philosophes existent vraiment, mais il a raison. Nous pouvons nous appliquer à nous-même cette exigence de rigueur de Ludwig Wittgenstein qui affirme : « tout ce qui peut être dit peut être dit clairement, et sur ce dont on ne peut parler, il faut garder le silence ». Les controverses philosophiques sont dues à une incompréhension de la structure logique du langage. Sans commentaire supplémentaire. Un livre à lire !

¹¹ Page 76

¹² Page 90

¹³ Page 144, citation de Charles S. Pierce

¹⁴ Page 189

¹⁵ La connectomie qui a pour objectif d'élucider le câblage complet du système nerveux. Le petit vers *Caenorhabditis Elegans* a vu récemment l'ensemble de ses connexions neuronales décrites (393 neurones seulement).

¹⁶ Page 198

¹⁷ Page 98

Le courrier des lecteurs

Lettre de M^{me} Catherine Mills à propos de Jean Gadrey :

Dans un article paru dans **Alternatives économiques** Jean Gadrey explique les raisons pour lesquelles il a signé l'appel d'économistes dans cette revue visant à relancer les débats et les propositions en faveur d'une nouvelle étape de la RTT. Nous partageons largement cette démarche.

En effet, le chômage de masse et la précarité grandissante font des ravages dans toute la société. Ce sont des destructeurs de lien social, de solidarités, des atteintes à la dignité, à la santé physique et mentale, tandis que l'exploitation est accentuée de ceux et celles qui « ont la chance » d'avoir un emploi. Jean Gadrey montre aussi sur un plan strictement économique, que le chômage coûte cher aux finances publiques : 60 à 70 milliards d'euros par an tous types de coûts publics additionnés. En outre souligne-t-il pour réduire fortement le chômage et la précarité, il n'est pas vrai qu'on aurait « tout essayé ». On n'a pas essayé les solutions qui marchent, notamment le mouvement historique de réduction du temps de travail, or celui-ci a été interrompu depuis quinze ans sous l'effet de l'idéologie du « travailler plus » qui nous mène dans le mur. Le partage du travail serait, selon lui, très efficace pour faire reculer le chômage. Ainsi, il considère que les 35 heures, auraient été efficaces, malgré leurs limites au début des années 2000. L'OFCE (Observatoire français des conjonctures économiques) en 2012 a d'ailleurs montré que cela n'aurait dégradé ni la compétitivité des entreprises ni les finances publiques. Cependant les incidences sur les bas salaires et sur les conditions de travail des moins qualifiés ont été moins positives et Jean Gadrey considère que ce serait un point à retenir à l'avenir. Il prétend aussi, eu égard au coût public par emploi ajouté (en tout 350 000 emplois), que le surcoût de ces allègements ne s'élèverait qu'à 3 milliards d'euros annuels. Trois milliards nets par an pour 350 000 emplois, ce serait selon lui un des meilleurs rapports qualité/coût des politiques publiques de l'emploi ! Pour créer des emplois utiles, la RTT, en partie financée par l'État, est infiniment plus « rentable » que les cadeaux aux entreprises que sont le CICE et le pacte de responsabilité. Au moins dix fois plus efficace selon l'OFCE... Comparaison n'est pas raison. Certains pays affichent des taux de chômage officiels bien plus faibles que la France, et pourtant on n'y pratique apparemment pas la RTT, sauf toutefois ce qui est en train de se développer en Suède où des

municipalités et des entreprises testent (ou pratiquent depuis plus longtemps) la journée de 6 heures ou la semaine de 30 heures. Les adversaires de la RTT ne manquent pas d'évoquer divers modèles de pays qui « savent comment réduire le chômage ». Ils n'ont probablement pas examiné les chiffres de l'OCDE sur la durée moyenne hebdomadaire habituelle de travail, tous types d'emplois confondus. Ce sont les suivants, pour une sélection de pays « modèles » en 2014. On y voit que le pays des 35 heures est l'un de ceux où l'on travaille le plus par semaine... Le fond du problème posé par ces comparaisons internationales est qu'il existe une bonne et une (très) mauvaise façon de « partager » le travail. La mauvaise, qu'on ne devrait pas qualifier de partage, consiste à privilégier les petits boulots mal payés, à temps très courts, avec une protection sociale dégradée ou inexistante, le plus souvent occupés par des femmes, des jeunes, ou des retraités pauvres. C'est notamment le cas au Royaume-Uni avec, outre un taux élevé d'emplois à temps partiel (27 %, contre 19 % en France), le boom des « contrats zéro heure » sans garantie horaire et sans salaire minimum : on en comptait 1,8 million en 2015. Mais c'est aussi le cas en Allemagne, où l'on trouve à la fois un taux de temps partiel de 28 %, et entre 6,5 et 7 millions de « mini-jobs », qui sont des contrats précaires créés par les lois Hartz de 2002/2003, soumis à un salaire plafond de 450 euros par mois et à une limite mensuelle de 53 heures. RTT sur toute la vie. Voilà pourquoi un projet politique de RTT équitable doit tourner le dos à ces recettes qui réduisent le chômage de masse en fabriquant en masse des travailleurs pauvres et des retraités pauvres, tout en accentuant les inégalités pourtant fortes entre les femmes et les hommes ainsi que les inégalités entre ceux qui ont beaucoup (trop) de travail et ceux qui n'en ont pas assez pour vivre. Comment faire ? L'appel des 150 ne se prononce pas, indiquant juste ceci : « *Il faut probablement s'y prendre autrement, et notamment ne plus raisonner seulement sur le temps de travail hebdomadaire.* » Dans les limites de cette tribune, je me permets de renvoyer à ces billets de blog où je présente les arguments suivants : il faut réduire nettement la durée du travail sur l'ensemble de la vie, en tenant compte de plusieurs composantes. D'abord, la durée hebdomadaire moyenne, qui reste un levier. Un objectif fixé à 32h, puis 30h, s'il est équitablement conçu, est souhaitable et réaliste. D'ailleurs, quand on divise le temps de travail total dans l'économie par la

population active, chômeurs compris, on trouve... 31 heures par semaine en France, et 29 heures en Allemagne. Ensuite, il faut cesser de vouloir repousser l'âge moyen de départ à la retraite. Enfin, la réduction de la durée de la vie au travail, c'est aussi une liste de droits à conquérir en matière de congé formation pour tous, de congé parental (paritaire) avec assurance de retrouver son emploi et avec des revenus de remplacement décents, de « congé solidaire » rémunéré pour des missions d'intervention dans des ONG et associations, qu'il serait possible d'étendre, etc. Par exemple, six mois tous les cinq ans, cela correspondrait à une réduction de 10 % du temps de travail dans l'entreprise, autant que le passage de 35 à 32 heures. Ce ne sont pas les bonnes solutions qui manquent, ni les possibilités de financement de ces solutions. C'est, dans ce domaine aussi, la volonté politique qui fait défaut.

L'auteur propose la RTT sur toute la vie et montre qu'un projet politique de RTT équitable doit tourner le dos aux recettes qui prétendent réduire le chômage de masse tout en fabriquant en masse des travailleurs pauvres et des retraités pauvres, tout en accentuant les inégalités entre les femmes et les hommes ainsi que les inégalités entre ceux qui ont beaucoup (trop) de travail et ceux qui n'en ont pas assez pour vivre.

Pour notre part, nous considérons que la solution ne réside pas seulement dans le partage du travail, nous avons avancé un projet radical d'un nouveau système de sécurisation et de développement de l'emploi et de la formation (cf. l'article de Sylvian Chicote). Et nous considérons qu'il faut surtout oser s'attaquer aux coûts du capital, comme à l'orientation de l'argent et du crédit, ainsi qu'aux critères dominants de gestion des entreprises. Face à la casse du modèle social français, il faut construire un nouveau modèle de progrès et d'efficacité sociale.

NDLR :

Jean Gadrey, né en 1943, est un économiste français hétérodoxe, spécialiste des services et des indicateurs de richesse. Ancien professeur à l'université de Lille I, il a participé aux travaux de la Commission Stiglitz. Critique de la théorie économique néo-classique dominante en sciences économiques, il critique notamment l'idée selon laquelle la solution au chômage serait de développer les petits emplois de service à faible productivité, comme le font les Américains. Il travaille actuellement sur la recherche de nouveaux indicateurs de richesse et sur les limites de la croissance économique. Il est membre du Conseil scientifique de l'organisation altermondialiste Attac. Outre ses articles et livres scientifiques, il a publié de nombreux articles dans des revues de vulgarisation comme Alternatives économiques, ou dans les journaux Le Monde, ou Politis.

Jean Gadrey a réalisé au début des années 2000 une série de travaux critiques sur les indicateurs de richesse, notamment sur les limites de l'indicateur économique dominant qu'est le Produit intérieur brut. Jean Gadrey a été membre du comité des 12 économistes pour le non au projet de Traité constitutionnel. Il a notamment écrit à ce propos l'article « Conditions de travail, fonds structurels, services publics : Le virage néo-libéral des années 1990 en Europe ».

Il a participé à l'amélioration et à la diffusion de l'indicateur des inégalités en France dit BIP 40 (contraction de l'inverse du sigle PIB et du CAC 40). Il privilégie dans ses analyses la dénonciation du développement des inégalités.

Jean Gadrey, dans son ouvrage réédité début 2012, Adieu à la croissance, même s'il critique plusieurs aspects des thèses de la décroissance, considère que la croissance, loin d'être un remède au chômage et à nos problèmes, serait désormais davantage un facteur de crise, une menace pour la planète et un obstacle au progrès. Même la « croissance verte », qui est à la mode aujourd'hui à droite comme à gauche, n'est pour lui qu'une fausse solution. Au début 2008, il a contribué à élaborer de nouveaux indicateurs de richesse et a participé aux travaux de la Commission Stiglitz (Prix Nobel). Jean Gadrey a pourtant dénoncé les ambiguïtés de ce projet. Il a organisé avec Florence Jany-Catrice, Dominique Méda et Patrick Viveret, un groupe de réflexion Forum pour d'autres indicateurs de richesse (ou FAIR, c'est-à-dire juste ou équitable). Jean Gadrey s'engage à partir de 2014 aux côtés du mouvement Nouvelle Donne.

Ses ouvrages et articles principaux :

- 1987 : *Les enjeux de la société de service* avec Jean-Claude Delaunay, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- 1988 : *Relations de service, marchés de services* avec Jacques de Bandt, CNRS Éditions.
- 1992 : *L'économie des services*, éditions La Découverte.
- 1996 : *Services : la productivité en question*, éditions Desclée De Brouwer.
- 1998 : *France, Japon, États-Unis : L'emploi en détail. Essai de socio-économique comparative*, éditions PUF.
- 2002 : *Émergence d'un modèle du service* avec Philippe Zarifian.
- 2003 : *Socio-économie des services*, éditions La Découverte.
- 2005 : *Les Nouveaux Indicateurs de richesse*, avec Florence Jany-Catrice, éditions La Découverte. Réédition actualisée en 2007 et en 2012.
- 2006 : *Pauvreté et inégalités : Ces créatures du néolibéralisme* (direction de l'ouvrage), Fayard-Les éditions des Mille et une nuits, 2006.
- 2006 : *En finir avec les inégalités*, éditions Mango Littérature.
- 2010 : *Adieu à la croissance, bien vivre dans un monde solidaire*, éditions Alternatives économiques & Les petits matins, réédition en 2012.

Quelques travaux notoires :

- « Développement durable, progrès social : quels indicateurs ? »
- « De la croissance à la transition écologique et sociale » Douze économistes contre le projet de Constitution européenne
- Une analyse du TCE: « Conditions de travail, fonds structurels, services publics : Le virage néolibéral des années 1990 en Europe »
- Site « Bip40 - Réseau d'alerte sur les inégalités »
- « Dur climat pour les pauvres »
- Participation à la Rencontre à l'Assemblée nationale « Enjeux démocratiques d'une nouvelle approche de la richesse : de nouveaux indicateurs, oui, mais comment et pour quoi faire ? »

Lettre de Boris CAMPOS, interne en médecine Sur la nature du mouvement des médecins contre la loi santé

Malgré l'opposition de médecins libéraux fortement mobilisés depuis plusieurs mois, la loi santé de Marisol Touraine, ministre de la santé du gouvernement de François Hollande, a définitivement été adoptée par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015. Suite aux attentats du 13 Novembre, le front syndical de médecins libéraux avait mis son mouvement en suspens alors même qu'il s'apprêtait à le renforcer. La focalisation politique et médiatique sur la lutte contre le terrorisme, ainsi que le contexte de l'état d'urgence, ont offert l'occasion de voter cette loi dans l'indifférence générale. La ministre ne s'en est pas privée. Excédés, les syndicats entendent bien prendre leur revanche et s'appuyer sur la mobilisation construite en réaction à la loi santé pour faire pression à l'approche de la prochaine échéance : la négociation conventionnelle qui devrait se tenir en février 2016, au cours de laquelle ils comptent défendre l'augmentation du prix de la consultation à 25 euros.

La lutte des médecins contre la loi Santé : un mouvement progressiste ?

Une fois n'est pas coutume chez les médecins, on a pu observer une quasi-unité syndicale à la tête de ce mouvement. Ils ont battu le pavé, ont fait « grève », ont sorti mégaphones, tracts, flyers et sont allés jusqu'à lancer des appels à la « désobéissance » pour résister au gouvernement. Indéniablement, le rejet de la loi est majoritaire dans la profession, comme en témoignent les forts taux de participation aux mouvements de grèves : 75 % des cabinets étaient fermés le 13 novembre 2015, selon un des syndicats. Pourtant, comme nous l'a rappelé "la manif pour tous", on ne peut juger du caractère progressiste d'un mouvement au simple nombre de participants impliqués ou de sa combativité face à la politique d'un gouvernement contre lequel nous sommes également en lutte. Il faut se pencher sur les revendications, les méthodes de lutte et les forces sociales mises en mouvement pour pouvoir en déterminer sa nature. En l'occurrence, les mots d'ordres mis en avant étaient choisis avec précaution pour semer l'illusion qu'ils se mobilisaient avant tout pour défendre l'intérêt des patients et la « liberté » des soignants. Mais en y regardant de plus près, on constate qu'il s'agit bel et bien d'un mouvement corporatiste : ce qu'ils cherchent à défendre avant tout, ce sont leurs propres intérêts.

Tiers-payant, trou de la Sécu et « responsabilisation » des usagers

La situation est d'autant moins claire que les libéraux eux-mêmes entretiennent la confusion pour gagner la sympathie de l'opinion publique. La question du tiers payant généralisé obligatoire est le meilleur exemple de cette stratégie de communication flirtant avec la manipulation. Conscients que la mesure n'est pas en soi impopulaire et qu'il est délicat d'expliquer que leur profession se mobilise, en fin de compte, pour que les patients continuent d'avancer les frais, les médecins ont mis en retrait cette revendication ou l'ont noyée au milieu d'autres griefs vis-à-vis de cette loi. Pourtant, il s'agit bien du point de désaccord qui cimenterait le front syndical. Les arguments avancés sont de deux ordres. Le premier est celui que l'on ressort à chaque fois qu'il faut justifier l'apparition ou l'augmentation des restes à charge des patients (ticket modérateur, etc.) : faire payer le patient, c'est le responsabiliser. À les entendre, le fait de déboursier 23 euros en fin de consultation est ce qui donne de la valeur à la consultation. Ces 23 euros sont le barrage contre un flot de dépenses incontrôlées. Sans avoir à sortir leur porte-monnaie, les gens seraient pris d'une gourmande envie de soins superflus, comme un client de magasin en période de solde céderait à une pulsion consummatrice sans réelle nécessité. L'augmentation des dépenses qui en découlerait serait alors fatale pour le système de la sécurité sociale, déjà au bord de la banqueroute. Sans toujours l'avouer publiquement, nombreux sont les médecins qui reprennent à leur compte cette « menace » mise en avant par les politiciens-professionnels de la casse du service public et largement colportée par les médias. Mais les usagers ont bon dos et servent, comme nous allons le voir, d'épouvantails pour masquer les principaux responsables du déséquilibre budgétaire de la sécurité sociale.

Le problème du financement de la sécurité sociale présente deux versants : celui des dépenses et celui des recettes⁽¹⁸⁾. Du côté des dépenses d'abord : ce qui est pointé du doigt est la fraude aux prestations. Celle-ci est estimée entre 2 et 4 milliards d'euros, soit moins

¹⁸ La plupart des chiffres de ce chapitre sont issus du rapport de la cour des comptes de septembre 2014.

Voir aussi : <http://www.outilsdusoin.fr/spip.php?article157#forum214>

de 1 % du budget de la sécurité sociale. Et si l'on regarde en détail qui sont ces fraudeurs, on constate que 70 % de cette somme, sous la forme de surfacturation, fraudes à la nomenclature, etc., provient des soignants et des établissements de santé ! Les 30 % restant sont les « fraudeurs » dont on nous parle à la télé : falsifications de carte vitale, RSA perçu alors qu'on n'y a pas droit, « escroquerie » aux indemnités journalières, etc. Parmi eux, nombreux sont détectés et les sommes dues récupérées par la sécurité sociale. La fraude « effective » est donc encore en deçà. Nous voyons donc que comparé à l'espace médiatique et politique que ces dépenses occupent, on se situe hors de toutes proportions rationnelles. De plus, ceux qui dénoncent ces fraudeurs se gardent bien de parler des usagers qui ne recourent pas aux prestations auxquelles ils auraient pourtant droit : par manque d'information, à cause de la complexité des démarches ou par crainte de passer pour un « profiteur » du système, on estime que près de 10 milliards de prestations seraient inutilisées.

Si l'on reste du côté des coûts, il faut se pencher également sur un autre poste de dépense conséquent et potentiellement beaucoup plus compressible, celui du remboursement des médicaments : 23 milliards d'euros en 2014⁽¹⁹⁾. Le prix des médicaments est négocié entre la firme qui le produit et les pouvoirs publics. Du point de vue du laboratoire, il faut obtenir le prix le plus élevé possible. Il dispose pour cela d'un arsenal de méthodes, plus ou moins légales, dont les scandales concernant des conflits d'intérêts ne représentent que la partie émergée de l'iceberg. Officiellement, le prix est le reflet des années d'effort en recherche et développement nécessaires pour pouvoir apporter à la société une molécule innovante. En réalité, la firme va dépenser en moyenne 2 fois plus d'argent pour promouvoir son médicament que pour le mettre au point. Et quelles que soient les qualités de la molécule mises sur le marché, le laboratoire n'a qu'un impératif : dégager une marge suffisante pour satisfaire les actionnaires. La recherche est donc orientée vers les débouchés rentables. Ce critère - répondre à l'intérêt privé - prend le pas sur les problèmes de santé publique, c'est-à-dire l'intérêt collectif. Pire, la rentabilité sera assurée en grande partie par de l'argent public, via le remboursement par l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, par les crédits d'impôt, autre cadeau du gouvernement. Cette contradiction entre intérêts privés et intérêt collectif éclate parfois sur le

devant de la scène, comme en 2015 lorsqu'a été mis sur le marché un nouveau traitement contre l'hépatite C à 39 000 euros la cure de 3 mois. En aval de la recherche et de la fixation du prix des médicaments, l'industrie pharmaceutique exerce également une lourde influence sur les pratiques et les prescriptions des médecins. Des années de présence sur le terrain lui ont permis de tisser des liens très forts avec le milieu médical. Congrès tous frais payés, rémunération en contrepartie d'animation de conférences, de rédaction d'articles (auteurs « fantômes ») ou pour une simple signature (auteurs « honorifiques »), babybooles, promotion de leader d'opinion au discours convenable, financement d'association de patients, « sponsor » de carrière, pot de thèse... La majorité des médecins y voit là une relation « gagnant-gagnant ». Mais il faut être aveugle pour ne pas voir que ces millions et millions d'euros ne sont investis par le laboratoire que dans un seul but : influencer les prescriptions pour booster les ventes de leurs molécules. Cette pression vers le « tout-médicamenteux » laisse en jachère tout un pan de la santé publique, celui de la médecine préventive, et fait obstacle aux réflexions autour de la iatrogénie (les effets indésirables dus aux traitements) et au développement des prises en charges non-médicamenteuses. Tant qu'elle sera entre les mains de la bourgeoisie, on ne pourra attendre de l'industrie pharmaceutique qu'une stratégie commerciale, pas de plan de santé publique. À ses débuts, cela suffisait pour obtenir malgré tout de grands progrès thérapeutiques. De nos jours, les mécanismes de l'économie de marché constituent un obstacle au développement des forces productives. Il ne s'agit pas là d'une simple formule. En pratique, cela se traduit par un essoufflement de la recherche : parmi les centaines de molécules mises sur le marché chaque année, une poignée seulement apporte une amélioration thérapeutique significative. Sur la rapacité de l'industrie pharmaceutique et l'impasse des stratégies de rentabilité en cours terme, le front syndical ne porte aucune revendication. Tout comme sur la lutte contre l'influence de l'industrie pharmaceutique en général en fait. Par ce silence, le front syndical rejoint le gouvernement pour défendre une position commune : il n'est pas question de remettre en cause l'emprise des intérêts privés sur les problèmes de santé publique.

Enfin, cette histoire de responsabilisation des patients est aussi destinée à nous détourner de l'autre versant du problème du déficit de la sécurité sociale : les recettes. Le financement de l'assurance maladie repose en premier lieu sur les cotisations sur les salaires, les fameuses « charges » patronales. Sous la

¹⁹ <http://www.securite-sociale.fr/Depenses-de-medicaments-2014-et-1er-semestre-2015?type=presse>

pression du patronat ou incarnant directement leurs intérêts, les gouvernements procèdent chaque année à des exonérations fiscales, partiellement compensées par l'État: le manque à gagner net pour la sécurité sociale est de 3 milliards d'euros par an. Par ailleurs, pour éviter ces cotisations, les grandes entreprises développent d'autres modes de rémunération que les salaires, comme les stock-options: un manque à gagner estimé à 6,5 milliards d'euros pour l'année 2013. Enfin, la fraude aux cotisations sociales: 10 à 12 % des entreprises seraient en infraction, pour une somme totale estimée à 20 milliards d'euros, soit un montant de 5 à 10 fois plus élevé que la fraude aux prestations! Ce manque à gagner, près de 30 milliards cumulés, est à mettre en parallèle avec le trou de la sécu: 13,2 milliards d'euros en 2014 pour le régime général.

Si le front syndical tient à sauver une Sécurité sociale malade, grand bien lui fasse. Mais alors qu'il prenne soin de porter le bon diagnostic. Oui, il y a des gens qui vivent - et s'enrichissent - sur le dos de la société: les grands actionnaires de l'industrie pharmaceutique. Oui, il y a des fraudeurs, au premier rang desquels on trouve, loin devant, les entrepreneurs qui ne paient pas leurs cotisations sociales. Oui, il y a des irresponsables: les politiciens qui lancent publiquement la chasse aux pauvres et distribuent en coulisse des cadeaux fiscaux aux rois de l'évasion.

Le tiers payant généralisé: source de travail administratif supplémentaire

Le second argument est celui du tracas administratif que cela engendrerait: gérer le tiers payant, c'est gérer les refus de paiement. Il faut reconnaître que cet argument est tout à fait recevable: les médecins libéraux accumulent déjà de nombreuses tâches administratives, pas toutes en lien avec l'Assurance maladie d'ailleurs puisqu'une partie non négligeable est liée à leur statut de profession libérale. Avec la loi Santé, la gestion du recouvrement de la part complémentaire - la partie non remboursée par l'Assurance maladie publique - serait laissée aux mains des médecins. Contrôler les facturations, entrer en lien avec les complémentaires en cas de problème ou payer un service pour s'en occuper: la ministre offre une nouvelle responsabilité aux médecins. Visiblement ils s'en passeraient bien. Quelle ingratitude! Eux qui défendent la liberté, ils s'opposent à ce que la Sécu les laisse libre de gérer les impayés comme ils le désirent! Enfin, admettons qu'ils rejettent cette liberté. Soit. Mais alors pourquoi jeter le bébé avec l'eau

du bain et s'opposer à une amélioration de l'accès aux soins pour un problème d'ordre administratif? Sans attendre d'eux des positions révolutionnaires, ils pourraient revendiquer, comme le fait le Syndicat de la Médecine Générale - seul syndicat de gauche de médecins généralistes - la création d'un guichet unique à l'Assurance maladie, à qui reviendrait la tâche de payer le médecin et de s'occuper de gérer les impayés auprès des différentes caisses et des complémentaires privées. Le médecin n'aurait alors plus qu'à faire passer la carte vitale dans son lecteur, l'assurance maladie lui virerait le prix de la consultation dans les jours qui suivent. C'est une mesure compatible avec le système actuel. Cependant, de notre point de vue, cela reste insuffisant. Une telle mesure ne remet pas en question la place du secteur privé. Et après tout, il y a un moyen encore plus simple de résoudre la question du recouvrement: la prise en charge à 100 % de tous les soins par l'assurance maladie. Cette dernière n'aurait alors plus à s'organiser pour réclamer auprès des complémentaires privées. Et puisque les médecins semblent tenir à éviter les tracas administratifs, nous leur disons: « Rejoignez-nous, camarades, nous sommes pour le paiement à la fonction! ».

Oui mais voilà, ils sont contre "l'étatisation de la médecine". Ou, plus jolie formule, ils sont pour "l'indépendance" de leur profession. Mais quelle indépendance défend ces syndicats? En tout cas pas celle des professionnels de santé vis-à-vis des laboratoires! De plus, ces mêmes syndicats, qui déclarent à qui veut l'entendre leur affection pour notre système de santé, ne bougent pas le petit doigt pour s'opposer à la casse du service public, ne montrent aucun signe de solidarité avec les campagnes de lutte contre "l'hôstérite" (l'austérité appliquée au secteur hospitalier) menées par les syndicats de salariés du secteur hospitalier. Ils ne défendent que leurs propres intérêts: celle d'une classe petite bourgeoise, libérale et conservatrice. Cependant, ce constat concernant les mots d'ordres et les dirigeants du front syndical ne peut être aussi sévère pour l'ensemble des participants au mouvement sans tomber dans la caricature. Si les appels à la mobilisation des dirigeants syndicaux sont autant suivis et le mouvement a connu une telle ampleur, c'est qu'il traduit également une profonde exaspération dans le milieu de la médecine générale. Les conditions d'exercice sont difficiles: surcharge de travail, désertification médicale, absence de coordination, isolement professionnel, etc. De plus, alors que la filière généraliste représente plus de la moitié des

professionnels, celle-ci reste sous-dotée en matière de recherche, d'enseignement et de financement. Paradoxalement, comme le rappelle le SMG, cette souffrance et ce malaise de la profession sont clairement la conséquence d'un laisser-faire libéral dans le champ des soins de premiers recours. Ainsi, le front syndical constitue l'opposition de droite à la loi santé. Il incarne les intérêts d'une pratique libérale à la vision étroite, conservatrice, qui arrive à cristalliser le malaise d'une profession, prête à se rallier au mot d'ordre "comme avant, c'était mieux". Mais tant les propositions du front syndical que celles du gouvernement n'apporteront aucune solution aux problèmes de fond qui font des soins de premier recours un secteur en crise.

Un mouvement d'opposition de gauche embryonnaire

Il existe au sein de la profession médicale une opposition de gauche incarnée par le Syndicat de la Médecine Générale. D'une taille très modeste, il n'en reste pas moins que ses positions cherchent à refléter les intérêts de l'ensemble des travailleurs. Comme l'explique ce syndicat⁽²⁰⁾, au-delà du tiers payant, la loi prévoit toute une série de mesures assez diverses, dont certaines avancées notables, comme la suppression du délai de réflexion obligatoire de 7 jours pour l'IVG, le droit à l'oubli pour les pathologies cancéreuses ou la possibilité d'actions judiciaires de groupe. Mais on ne peut pas parler pour autant de loi fourre-tout où le bon côtoie le mauvais, car il y a bien une cohérence globale derrière toutes les séries de mesures contenues dans cette loi : la réduction des dépenses publiques de santé et son ouverture au secteur privé.

Comme le SMG le dénonce dans ses articles, le gouvernement met en avant le tiers payant comme mesure de justice sociale et de l'autre continue la mise à sac du service public. La mise en place du tiers payant généralisé, pas avant novembre 2017, ne doit pas faire occulter que les franchises ne sont pas remises en question, ni les dépassements d'honoraires, et que la loi ne garantit aucunement que les soins dentaires, ophtalmologiques ou auditifs soient enfin à la portée de tous. Concernant l'influence de l'industrie pharmaceutique, la lutte contre les conflits d'intérêts n'était même pas abordée dans le projet initial. Des amendements ont été ajoutés par la suite

²⁰ Voir entre autres : <http://www.smg-pratiques.info/Analyse-du-SMG-du-projet-de-loi.html>

mais ne font que reprendre les mesures de transparence déjà existantes et peu respectées. L'élargissement de l'accès aux données médicales aux professionnels « médico-sociaux » et « sociaux », aux groupements interhospitaliers et la relance du Dossier Médical Partagé mettent le secret médical en péril en augmentant les intervenants ayant un accès aux données de santé d'un patient alors que ce dernier est censé pouvoir exercer un contrôle sur ce partage d'information. Les données d'hospitalisation, théoriquement anonymisées, sont déjà ouvertes et peuvent être achetées. Dans les faits, l'anonymat n'est pas garanti puisque le recoupement et le traitement de ces données permettent très souvent l'identification des patients. La loi étend pourtant l'ouverture aux données anonymisées du secteur ambulatoire. On imagine sans peine l'intérêt qu'elles représentent pour les assureurs et l'industrie pharmaceutique, dans le but d'optimiser leurs stratégies commerciales et financières. Enfin, la loi prévoit, dès le 1^{er} article, de donner une place accrue aux organismes de complémentaires santé qui sont « appelés à contribuer de façon décisive à la politique de santé ». Du point de vue des politiques qui organisent la casse de la Sécurité sociale, le tiers payant généralisé présente l'avantage de masquer le ratio remboursement public/rembursement privé. Ainsi, ceux qui prendront le relais de Marisol Touraine pourront espérer diminuer la part publique et augmenter la part complémentaire sans faire trop de vagues puisque, dans l'immédiat, cela ne changera rien pour le patient. Le renforcement des complémentaires qui en découlera pourrait déboucher, à terme, sur la contractualisation des médecins non seulement avec l'assurance maladie obligatoire, mais aussi avec les complémentaires, le patient ayant accès aux médecins « agréés » par son assurance s'il veut être remboursé, comme pour les mécaniciens avec les sinistres automobiles.

Cette loi n'apportera aucune solution aux problèmes structurels de la médecine de premier recours, aucun soulagement au malaise des soignants, ne résoudra aucun des problèmes cruciaux de l'accès aux soins pour les patients. Même si l'intention y était, notre système de santé publique a besoin de bien plus que de quelques réformes. Son organisation de base doit être repensée pour reposer sur des établissements de soins primaires publics, inspirés de ce que l'on appelle actuellement les Centres de Santé, répartis de manière rationnelle sur l'ensemble du territoire. Le secteur 2 doit être aboli, le paiement à l'acte doit être abandonné pour une rémunération à la

fonction. La mise en place du tiers payant généralisé doit s'accompagner d'une prise en charge à 100 % de tous les soins par l'assurance maladie et la création d'un guichet unique. Les complémentaires privées, devenues inutiles, doivent être nationalisées: les cotisations en cours seraient remboursées, le reste irait dans les caisses de l'assurance maladie plutôt que dans les comptes en banque des actionnaires. Les recettes de la sécurité sociale doivent être garanties, pour commencer en supprimant les cadeaux fiscaux aux employeurs. Les moyens alloués à la lutte contre la fraude doivent être à la mesure de celle-ci. L'industrie pharmaceutique doit être libérée des contraintes de l'économie de marché: elle doit être nationalisée pour en faire un service public démocratique, c'est-à-dire sous la gestion directe des salariés et de la population. Sous leur contrôle, il sera possible d'orienter la recherche vers les intérêts de tous, les conflits d'intérêts majeurs s'éteindront et les prix des médicaments pourront être considérablement diminués.

Personne ne doute que ce programme se heurtera à l'opposition implacable des grands actionnaires, qui aiment investir dans le secteur de la santé pour ses taux de profits particulièrement attractifs. Mais ils ne seront pas les seuls: ce mouvement a démontré que ces mesures devront aussi faire face à la vieille garde libérale des représentants de la médecine générale. Son application complète et définitive n'est en fait possible que dans un contexte de mobilisation massive de la jeunesse et des travailleurs, en s'appuyant sur l'aile gauche de la profession et en agissant « avec tact et mesure » pour en gagner la majorité. Seule la force d'une mobilisation révolutionnaire pourra être à même de briser la résistance des capitalistes et, en les isolant, celle des irréductibles libéraux. Seule la vigueur et l'enthousiasme d'un mouvement révolutionnaire seront à même de transmettre le souffle des idées nouvelles à la majorité des médecins hésitants, sur lesquels pèse le poids des habitudes du passé. Dans le communiqué de presse du front syndical appelant à la mobilisation générale à partir du 13 novembre⁽²¹⁾ on pouvait y lire cette revendication dangereuse: "Les médecins libéraux revendiquent d'être les organisateurs de leurs territoires de santé." La santé publique est une chose trop importante pour être laissée entre les mains des médecins!

Note: Le 21 janvier 2016, soit après la rédaction de l'article, le conseil constitutionnel est revenu sur la loi pour modifier partiellement la question du tiers payant. Du tiers payant généralisé obligatoire on est passé au tiers payant facultatif sur la part obligatoire. Autrement dit, rien n'a changé! Voir le communiqué de presse du SMG pour plus de détail: <http://www.smg-pratiques.info/Le-seul-tiers-payant-valable-pour.html>

²¹ <http://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1251-unite-syndicale-chez-les-medecins-liberaux-pour-une-mobilisation-generale-a-partir-du-13-novembre>

Les documents

Un soutien important, une instance disciplinaire mal à l'aise !

NDLR : Nous donnons ici des nouvelles du procès en cours concernant les D^{rs} Huez & Berneron auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins ; ces textes ont pour but d'illustrer les articles publiés dans ce numéro concernant l'évolution de la médecine du travail. Nous donnons une note d'Alain Carré et le texte de la question écrite de la sénatrice Marie-France Beaufiglioli sur le même sujet.

Texte d'Alain Carré, Coordonnateur de la pétition pour l'association santé et médecine du travail :

Nous étions une petite centaine venue soutenir Dominique HUEZ et Bernadette BERNERON ce mercredi 8 juin 2016 devant la chambre disciplinaire du CNOM. Il faut remercier les organisations qui avaient appelé à se rassembler et personnellement chaque participant(e) qui a manifesté son soutien éclairé à nos collègues. Dans ces instances, qui fonctionnent habituellement dans une ambiance feutrée, une assistance nombreuse même muette est une garantie de déroulement plus normal.

Par exemple, la volonté d'abrégier l'expression des défenseurs était manifeste mais n'a pu se déployer complètement. Même si les injonctions du Président, Conseiller d'état, de « faire court » ont été nombreuses, les points les plus importants ont pu être développés. Les deux instances qui se sont succédé ont suivi le même cours : plaidoirie des avocats des accusés, intervention du défenseur médical, intervention de l'accusé, questions des conseillers, plaidoirie de l'avocat de la partie adverse, uniquement dans le cas de Dominique Huez puisque dans le cas de Bernadette Berneron, le CDOM du Loir et Cher n'était pas représenté (nous ne commenterons pas ici, pour ne pas être cruels, la triste performance de l'avocat de la partie adverse).

Les avocats qui défendaient nos deux collègues ont pu rappeler les failles juridiques qu'ouvre l'acceptation par les conseils de l'ordre des plaintes d'employeur : tentative d'atteindre au secret médical, inégalités du médecin en matière de défense, irrégularités de procédures...

Pour Dominique Huez, le défenseur médical a insisté sur l'importance de l'anamnèse (c'est-à-dire littéralement « faire remonter les souvenirs ») dans la construction du diagnostic médical notamment en santé au travail. Il a souligné également le caractère

particulièrement choquant, du fait de l'absence de compétence juridique et technique du CNOM et de « l'interdiction » par son rapport de 2006 de faire le lien entre des événements professionnels et la santé des salariés, alors que la construction et l'expression de ce lien sont une obligation réglementaire explicite pour un médecin du travail, et une possibilité parfois nécessaire pour un généraliste ou un psychiatre.

Mais, le temps le plus important lors de la première instance, a été, ce qui a sans doute paru au président une provocation de Dominique Huez, mais qui était, en fait, une démonstration pédagogique rusée destinée à faire comprendre l'impasse que constitue l'acceptation de plaintes d'employeur : Dominique Huez a demandé si, afin de mieux comprendre sa défense, l'instance voulait prendre connaissance du dossier médical du salarié qui explicitait et argumentait le certificat médical qui lui était reproché. Après une courte hésitation le Président a répondu positivement. Dominique Huez a alors déclaré que, lié par la règle du secret médical, il ne pouvait déférer à la demande qui relevait de la décision du patient. Cette phase démontre, sur le vif, qu'instruire des plaintes d'employeurs dans le cadre des instances disciplinaires de l'ordre est une aberration.

Dans l'instance concernant Bernadette Berneron, il a été brillamment démontré par l'avocat l'illégalité d'instruction par le CDOM se substituant à l'employeur au mépris du fait que le Dr Berneron exerçait dans un cadre hospitalier et ne pouvait être poursuivie sur plainte directe de l'employeur. L'exposition à deux voix, celle du défenseur médical et de Bernadette Berneron, a porté sur le fonctionnement de la consultation de psychopathologie professionnelle de Tours. Son caractère collégial, le soin mis à l'instruction de chaque dossier, le déploiement de la clinique médicale

du travail, la rédaction des monographies remise au médecin « adressant » et au patient ont été particulièrement détaillés. Son objectif de restaurer le pouvoir d'agir pour sa santé du patient a été souligné. La qualité d'expert a été récusée par le Dr Berneron qui revendique celle de conseil au médecin adressant. Malgré une question déplacée d'un conseiller citant des extraits d'un livre écrit par la patiente et exposant des éléments intimes hors de sa présence et de façon malveillante, l'intérêt des membres de l'instance a été manifeste et constitue sans doute un élément positif dont on espère qu'il sera repris dans les attendus. Comme nous l'espérons notre stratégie de défense offensive commence à porter ses fruits dans ces deux affaires particulièrement symboliques. Nous

vous tiendrons informés des décisions de la chambre disciplinaire attendue fin juillet.

Quelle qu'en soit l'issue, il est important ici de préciser que, dans l'intérêt des patients, salariés ou non, nous n'avons pas comme objectif principal de faire cesser les pressions sur les seuls médecins du travail mais sur tous les médecins dès lors qu'ils ont construit une compétence et déployé les moyens appropriés du diagnostic du lien santé-travail pour leur spécialité. C'est par conséquent pour cela que nous poursuivrons notre action jusqu'à l'interdiction, pour des tiers non partie prenante à la relation médicale (dont les employeurs), d'utiliser la procédure de plainte au conseil de l'ordre des médecins.

Question n° 22746 sur le même sujet adressée à M^{me} la ministre des affaires sociales et de la santé : Indépendance des médecins du travail⁽²²⁾

Texte de la question: M^{me} Marie-France Beaufilets attire l'attention de M^{me} la ministre des affaires sociales et de la santé sur les plaintes d'employeurs reçues par l'ordre des médecins, dans le but d'invalider les actions en droit des salariés devant les prud'hommes. Elle ne comprend pas que le secret médical puisse être ainsi remis en cause devant la chambre disciplinaire de l'ordre. Elle pense que le dossier médical n'a pas à être rendu public dans la mesure où il ne peut l'être qu'avec la seule autorisation du patient lui-même. Elle demande que la déontologie qui caractérise l'action des médecins et en particulier ceux du travail soit respectée. Elle considère que les plaintes des employeurs sont irrecevables devant les instances de l'ordre. Elle constate que les pratiques médicales d'investigation

du lien santé-travail sont ainsi remises en cause. Elle souhaiterait voir reconnu le devoir du médecin qui est d'établir un diagnostic médical approprié en toute indépendance, de prévenir des causes évitables des maladies, de permettre aux patients de restaurer leur santé, et de bénéficier de leurs droits médico-sociaux si besoin. Elle pense que les médecins du travail doivent pouvoir déployer leur devoir déontologique envers leurs patients en toute indépendance. Elle lui demande de ne pas permettre que les employeurs portent leurs plaintes devant le conseil de l'ordre des médecins.

²² La réponse est attendue...

Charte éthique des centres de santé

NDLR : à l'heure où les centres de santé recouvrent un nouvel intérêt aux yeux de beaucoup, certains ont voulu donner un cadre éthique à leur activité en éditant une charte. Nous donnons ici ce texte qui donne les bases de la démarche du mouvement des centres de santé. Cela facilitera les choix de tous en particulier à ceux qui hésitent entre créer un centre de santé ou une maison médicale libérale de santé. En effet une charte éthique est un document de référence dictant des règles et des principes de bonne conduite au sein d'un groupement de personnes ou de professionnels. La charte éthique n'a pas de valeur juridique officielle. Sa valeur ne dépend que de sa reconnaissance : reconnaissance des gestionnaires, des professionnels de santé, des porteurs de projets, etc. La charte éthique est un engagement libre et gratuit de ceux et celles qui y adhèrent. Elle définit des valeurs communes. La charte éthique suggère des comportements et des engagements mais n'impose aucune norme ou règle. Elle est comme une ligne blanche, que chacun s'engage à respecter, et donc à ne pas franchir éthiquement.

Les centres de santé sont des structures de soins ambulatoires de premier recours et de second recours. Ils peuvent être médicaux, dentaires, infirmiers ou polyvalents.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé. Ils ne peuvent être adossés à des sociétés commerciales à but lucratif.

Tiers payant, coordination des soins, accompagnement social des patients, prise en compte de toutes les populations sans discrimination sociale, culturelle ou religieuse, prévention, proximité, autant de missions qui doivent participer à la réduction des inégalités sociales de santé en offrant soins et prévention à tous. Ils mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et des actions sociales. Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé. Enfin, les professionnels de santé qui y exercent sont salariés.

Cette charte réunit l'ensemble des valeurs portées par les centres de santé depuis leur création et s'adresse à tous les gestionnaires et les professionnels exerçant en centre de santé.

Engagement numéro 1: Faciliter l'accès aux soins pour tous:

- Accessibilité financière par la pratique du tiers payant intégral pour tous les patients.
- Accueil de tout patient, sans discrimination de couverture sociale, d'âge, de situation de handicap ou de type de soins.

- Accompagnement médico-social: un accompagnement spécifique des publics vulnérables est mis en œuvre par une coordination médico-sociale et administrative pour favoriser la prise en charge et l'aide à l'attribution de droits sociaux, ainsi qu'une orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico sociales de proximité adaptées⁽²³⁾.
- Une amplitude d'ouverture adaptée aux besoins du territoire et des populations: ouverture tous les jours de la semaine du lundi au vendredi, le samedi si besoin, à minima 8 heures par jour, et fermeture annuelle maximale de 3 semaines.⁽²⁴⁾
- Possibilité d'accès à des soins non programmés.⁽²⁵⁾
- Participation à la permanence des soins ambulatoires.

Engagement numéro 2: Pratiquer les soins sans but lucratif

- Respect des tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires.
- Favoriser le juste soin au juste coût pour les tarifs dentaires non opposables ou hors nomenclature.
- Salariat des professionnels de santé qui garantisse l'accueil et la prise en charge de tous les publics et l'absence de sélection des patients.

Engagement numéro 3: Assurer des soins de qualité

- Les professionnels salariés du centre sont qualifiés, et se forment régulièrement dans le cadre de la formation continue et pour la bonne mise en œuvre des projets de service.

²³ Accord National des centres de santé, Art 9-1-2

²⁴ Accord National des centres de santé, articles 8.1.1 et 15.5.

²⁵ Accord National des centres de santé, article 8.1.3.

- Le centre de santé permet aux professionnels de respecter strictement des règles de bonne pratique et d'éthique de leur exercice définies par les autorités compétentes.
- Les gestionnaires des centres respectent l'indépendance des professionnels de santé dans leurs choix de prise en charge et de plans de traitements.
- Les centres de santé s'inscrivent dans une démarche qualité continue en mettant en œuvre en autres mesures, dans la mesure du possible, le référentiel qualité des centres de santé élaboré par la RNOGCS, avec l'appui méthodologique de la Haute Autorité de Santé⁽²⁶⁾.
- La durée des rendez-vous des consultations est adaptée à une prise en charge qui assure la qualité des soins et de la prise en charge des usagers, selon les recommandations et référentiels quand ils existent.
- Le centre de santé s'engage à assurer un suivi des patients dans la durée, par des professionnels de santé qui ont accès aux données du dossier partagé et participent à des réunions de coordination pluri-professionnelles.
- Le centre de santé peut mettre en place des actions de santé publique et de promotion de la santé si les besoins identifiés territoriaux et populationnels le requièrent et s'ils sont financés complètement par les commanditaires institutionnels.

Engagement numéro 4 : Organiser la concertation entre les différents professionnels de santé autour du patient

- Par un système d'information :
 - Permettant le partage des données de santé par le dossier médical partagé, avec le consentement du patient.
 - Compatible avec le DMP (Dossier Médical Personnel).
 - Permettant l'usage d'une messagerie sécurisée⁽²⁷⁾.
- Organisation de la concertation lors de réunions des professionnels de santé et médicosociaux si besoin autour des cas complexes.
- Harmonisation et optimisation des pratiques par la mise en place de protocoles.
- Fonctions de coordination médicale et administrative organisée : présence d'un responsable médical et d'un responsable administratif identifiés.

²⁶ Accord National des centres de santé, Art 9-1-1

²⁷ Accord National des centres de santé, Art 8-4-3

Engagement numéro 5 : Placer le patient au cœur du parcours de soins

- L'ensemble des membres de l'équipe adhère au projet de santé du centre⁽²⁸⁾.
- Prodiguer au patient une information claire, complète et compréhensible par tous, sur les choix thérapeutiques proposés par les professionnels de santé et sur la qualité des services : affichage des tarifs, des prestataires (prothésistes, partenariats en télémédecine...).
- Être à l'écoute des patients pour ce qui concerne l'organisation du centre de santé (questionnaire de satisfaction, groupe patients et/ou aidants, etc.).
- Faciliter la mise en place de comité d'usagers et les associer à la vie du centre de santé par des instances de consultation élargies.

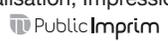
Engagement numéro 6 : Participer à l'organisation territoriale des soins ambulatoires

- Les centres et leurs professionnels de santé doivent être présents ou représentés dans les instances régionales ou nationales d'organisation des soins : institutions, fédérations...
- Participer à la formation initiale des différents professionnels de santé
- Travailler en réseau, et répondre aux besoins sociaux, en lien avec les structures sociales du territoire que lequel elle rayonne.

²⁸ Article 6323-1 du Code de la Santé Publique.



Réalisation, Impression :



Dépôt légal : août 2016

