



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°17
juin
2015



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 CMS de Vitry-sur-Seine,
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, 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 adjoint d'hôpital universitaire, Membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du PCF,
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} Nathalie MARCHAND, Syndicaliste hospitalière à l'APHP,
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 Xavier VUILLAUME.

Comité de lecture :

D^r Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,
D^r Michèle LEFLON, Médecin hospitalier, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardenne,
D^r Éric MAY, Médecin Directeur du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

Oxi Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

Ce que nous avons dans l'âme et dans le cœur Interview de Yannis Baskozos, Secrétaire général de la Santé Publique au Ministère de la Santé du gouvernement grec	Page 10
Compte-rendu de la délégation du collectif « Solidarité France Grèce pour la Santé » à Athènes, du 12 au 15 mai 2015 Par le D ^r Fabien Cohen, membre de la délégation	Page 12
La fonction patrimoniale du langage: une remédiation des troubles langagiers chez des adolescents autistes sans déficit intellectuel Par M ^{mes} V. Rey, Ch. Romain & Sonia De Martino	Page 17
Fin de vie: pour une diffusion de la culture palliative Par le D ^r Jacqueline Fraysse, députée	Page 23
Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie Par Jean-Luc Gibelin et Albin Toubiana-Faure	Page 27
La mutualité ne peut pas jouer contre la Sécurité sociale universelle Par le D ^r Michel Limousin	Page 30
Quatre notes supplémentaires du D ^r Salomon à propos des médicaments essentiels	Page 31
Une politique de Santé pour les Régions et les Territoires Par Jean-Luc Gibelin	Page 35
Pourquoi dépêche-t-on le DPC? Par le D ^r Michel Limousin, Président de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé	Page 38

Le dossier : l'hôpital

- De la réflexion à la création des centres hospitaliers et universitaires
Par M^{me} Viviane Benoit-Renault, Docteur en Histoire Page 42
À propos du rapport sur la maternité de février 2015.
Par le D^r Paul Cesbron Page 46
- La représentation des usagers en psychiatrie : une représentation sans contenu.
Par M. André Bitton Page 49
- Cameroun : la corruption tue les hôpitaux publics
Par M. Foussanou Sissoko, expert en communication stratégique en santé, Yaoundé Cameroun Page 54

Les brèves des Cahiers Page 59

Les notes de lecture

- « Le savoir vagabond. Histoire de l'enseignement de la médecine. »
Patrick Berche (2013). Paris : Docis, par M^{me} Catherine Limousin, CNRS Page 64
- « Tout peut changer » Noémie Klein. Éditions Actes Sud. Par le D^r Michel Limousin Page 64
- « Rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques »
de septembre 2014 (Ministère de l'Intérieur) par le D^r Nadine Khayi Page 65

Le courrier des lecteurs Page 70

Documents

- Appel des médecins hospitaliers pour sortir l'hôpital public de la crise Page 74
- Le collectif UGICT-CGT des médecins du travail à l'attention de la représentation nationale Page 77

Éditorial

Oxi

La Grèce a occupé les médias durant tout le mois de juin et de juillet. L'affaire n'est pas banale en Europe. Imaginez : un pays qui se prononce librement, démocratiquement contre la politique d'austérité que lui imposent les dirigeants néolibéraux de l'Europe et du monde. Un pays qui tient tête, qui ne renonce pas. Qui dit « Oxi », ce nouveau mot que nous ne connaissons pas. Un pays frère, à l'origine même de l'Europe et inventeur de la démocratie, menacé d'être viré de l'Europe politique ! « Europe » (ευρωπη) pourrait provenir de deux mots grecs : eurýs et óps. Le premier, ευρυς, signifie large ou vaste ; le second, en grec ancien οψ, signifie soit regard, soit œil. Le terme signifie « [celle qui a] de grands yeux » et devient un prénom féminin. Là, on peut dire que les politiciens libéraux tenant du Grexit ont manqué de vision : ils n'ont vu ni loin, ni large.

La leçon grecque est utile. La dette et par voie de conséquence la question de la monnaie est posée par ce « petit » pays surendetté depuis peu et contraint à emprunter pour rembourser des dettes qui servent à rembourser d'autres dettes à des banques étrangères... Plus les Grecs ont de dettes, moins ils ont d'argent ! L'absurdité de ce système apparaît au grand jour au moment où une nouvelle crise financière s'annonce. La peur des tenants du système a été terrible car la crise financière est là, tapie dans l'ombre, dans le monde entier, chacun le sait : elle explique la violence économique et politique qui s'est abattue sur la Grèce.

Qu'on songe à la montagne de dettes irrécouvrables qui s'est installée sur nos têtes, pauvres humains : les 18 300 milliards de dollars de dette de l'État fédéral américain obtenus grâce à la planche à billet pour un PIB à 17 416 milliards de dollars sans compter l'astronomique endettement privé (le total privé + public atteint environ 400 % du PIB) ; plus de 2 000 milliards d'euros de dettes publiques en France par l'emprunt sur les marchés alors que le pays est en déficit structurel depuis des années, une Allemagne elle-même endettée à 74 % de son PIB (source Eurostat pour 2014 : 2 166 milliards). Au dernier trimestre de 2014, la dette publique des 28 États membres de l'Union Européenne se portait à 86,6 % du PIB. Celle de la zone euro équivaut quant à elle à 92,1 % du PIB ; donc l'Euro n'a pas protégé de la dette... Individuellement, six pays affichent un niveau

de dette publique supérieur à 100 % du PIB. Il s'agit de la Grèce (176 % avant les derniers soubresauts), de l'Italie (131,8 %), du Portugal (131,4 %), de l'Irlande (114,8 %), de la Belgique (108,2 %) et de Chypre (104,7 %). Entre 2010 et 2013, le niveau d'endettement public par rapport au PIB a fortement augmenté dans de nombreux pays européens. En Chine, l'endettement total (privé et public) a atteint les 29 000 milliards de dollars au mois de juin 2014, soit 283 % de son PIB. Selon Standard & Poors, le système alternatif opaque (shadow banking) d'accès au crédit a connu une croissance d'environ 34 % par an en Chine ces dernières années, pour atteindre 4 500 milliards de dollars (contre 75 000 milliards dans le monde entier). Et maintenant la crise boursière et financière touche aussi ce pays. Bref, la dette est partout et elle enrichit les banques, les financiers, les capitalistes : elle creuse les inégalités de toutes natures alors qu'elle ne remplit pas sa mission de soutien à l'économie. Ainsi le monde va de crises en crises.

Le maître mot de ce qui est proposé aux Européens et bientôt à d'autres est l'austérité. Réduire la distribution de richesses pour l'orienter sans fin vers le système financier. Ceci tue la création des richesses par le travail humain. L'idée d'un développement économique créant de la richesse réelle est délaissée pour des profits spéculatifs immédiats. La valeur travail est repoussée et le système capitaliste européen traverse une crise nouvelle. Personne ne maîtrise rien. Ce monde économique ainsi structuré est incapable de répondre aux besoins de base de l'humanité. L'Europe a pris le chemin du chômage, de la baisse du niveau de vie, des restrictions de toute nature, lentement mais sûrement. Les services publics sont saccagés, la protection sociale progressivement détruite. Et on nous propose de continuer. Enfin, quand je dis « propose », c'est obligatoire... Toute orientation nouvelle est impensable pour les dirigeants.

La Grèce nous donne ce tableau à voir ; à nous de bien regarder. C'est pourquoi nous commençons notre sommaire par l'interview émouvante du Dr Yannis Baskozos qui est le responsable du ministère grec de la santé. Il dit en quelques mots la réalité de ce que font vivre à la population toutes ces réformes austéritaires. Puis nous donnons aussi le compte-rendu de la délégation de professionnels de santé français qui s'est

rendue en Grèce pour évaluer la situation; plusieurs membres de notre Comité de rédaction étaient associés à cette initiative.

Aujourd'hui, après tant de dramatisation, on peut constater une chose: « Ils n'ont pas eu la peau de Tsipras ». Les choix qui sont imposés à la Grèce sont terribles mais il faut apprécier le rapport de force pour en mesurer les acquis. La lutte continue.

Demain, on peut penser que c'est notre peuple qui sera concerné par cette résistance farouche. C'est notre devoir de travailler cette perspective. Il faudra savoir dire Oxi! C'est-à-dire NON. Le moment de la solidarité internationale arrive.

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Prochains dossiers à paraître:

- Numéro de septembre: **Les 70 ans de la Sécurité sociale**
- Numéro de décembre 2015: **Santé/environnement** suivi par le D^r A. Brémaud
- Un numéro en 2016: **Place des femmes dans la protection sociale.** Dossier suivi par M^{me} B. Destremau

Articles

Ce que nous avons dans l'âme et dans le cœur

Interview de Yannis Baskozos, Secrétaire général de la Santé Publique au Ministère de la Santé du gouvernement grec
par le D^r M. Limousin, rédacteur en chef des Cahiers de Santé publique & de Protection sociale
25 juin 2015

ML: Merci de nous accorder cet entretien dans cette période si difficile et si chargée pour vous. Pouvez-vous me dire quel est l'impact de la politique libérale sur la santé des Grecs ?

YB: Depuis 5 ans nous vivons une politique d'austérité sévère. En fait depuis ce que nous appelons le « Mémoire » dont le prétexte a été le remboursement de la dette. Le résultat le plus fondamental a été une montée du chômage à plus de **25 %**. Dans le domaine de la protection sociale, le chiffre important est que **2,5 millions de personnes se sont retrouvées sans protection sociale**. La population s'appauvrit et cela induit une augmentation du besoin d'accéder au système public de santé. Or celui-ci est en grande difficulté et ne peut répondre à ces besoins nouveaux. À vrai dire **le système public de santé est menacé d'un véritable effondrement**. On a hérité d'une bombe à retardement.

ML: Avez-vous des indicateurs de santé pour mesurer cette évolution ?

YB: Des premiers chiffres ont été donnés et ont été publiés par exemple dans le *Lancet*. Mais il est vrai que nous manquons encore de recul. Nous avons observé que les cas de dépression et les suicides ont augmenté. **L'espérance de vie a baissé**: entre un an et un an et demi d'après les premiers chiffres. Le plus gros problème est l'accès au médicament. Par exemple les patients non couverts sont dans l'impossibilité d'accéder aux médicaments du cancer. C'est une tragédie sur laquelle les Européens devraient réagir. L'augmentation des restes à charge a été de 30 % pour les patients.

ML: Comment cela se passe à l'hôpital ?

YB: Certains directeurs d'hôpitaux ont accentué le mouvement en appliquant les restrictions de dépenses de façon sévère. Mais beaucoup de salariés des hôpitaux ont suivi les consignes syndicales de désobéissance aux

instructions. La fédération des médecins hospitaliers grecs a d'ailleurs été la première à avoir élu un conseil d'administration proche de Syriza. Certes des problèmes de corruption et d'enrichissement personnels ont été notés mais ce n'est pas une justification pour prendre à partie les fonctionnaires. Je dois dire que la plupart des agents du Système Public de Santé ont été héroïques. Un mouvement de solidarité est né: des dispensaires sociaux ont été créés et également des pharmacies sociales. C'est pour cela que je suis très intéressé de connaître les centres de santé en France.

ML: Comment fonctionnent les pharmacies sociales ?

YB: C'est simple. Les citoyens rendent les médicaments non utilisés aux pharmacies sociales et les pharmaciens donnent solidairement des médicaments gratuits de leurs pharmacies, et ceux-ci sont redistribués gratuitement aux patients sans couverture sociale. Il y a beaucoup de bénévolat.

ML: Quel est le lien entre la politique de santé et la politique générale ?

YB: En Grèce nous avons constaté que les riches ne payaient pas d'impôts et que des gaspillages dans le système de santé étaient réels. Mais on a imposé aux dépenses de santé une baisse extrêmement brutale, les dépenses publiques sont passées à moins de 4,5 % du PIB et les dépenses pharmaceutiques sont passées de 6 milliards en 2009 à 2 milliards en 2014. Ceci s'est produit sans aucune préparation ou planification. C'est la politique générale d'austérité qui s'est appliquée durement. Syriza a proposé une nouvelle politique qui fait payer les riches. On a proposé cette politique aux institutions européennes comme alternative aux mémorandums. Les dirigeants européens l'ont acceptée lundi dernier et aujourd'hui mercredi 24 juin, ils l'ont refusée à nouveau. Ils veulent uniquement des coupes dans les retraites et une baisse nouvelle des salaires et du pouvoir d'achat. L'Europe agit au nom des

possédants grecs et veut écraser le peuple plutôt que de réellement régler les problèmes financiers comme le propose Syriza. Le message à transmettre est vraiment l'existence de la hargne des créanciers. Nous sommes vraiment en colère ils ne veulent que renverser le gouvernement de gauche et notre premier ministre. Vous devez savoir que Syriza restera unie. Nos objectifs sont clairs : Syriza veut obtenir un accord qui permette d'appliquer son programme et que la Grèce reste au sein de l'Europe.

ML : Quels sont les objectifs de la politique de santé de Syriza ?

YB : L'objectif principal est l'accès de tous les résidents en Grèce (ceux qui y vivent et ceux qui y travaillent) à des soins de qualité, publics et gratuits ! Ce sera impossible si l'austérité budgétaire se poursuit. Il faut bien comprendre que si en septembre il n'y a pas de budget plus important pour la santé, il y aura un risque d'effondrement total du système de santé. La première mesure à prendre sera l'embauche de 6000 salariés pour l'hôpital : surtout des soignants (4500 personnels titulaires et 1500 contractuels) Nous demandons des garanties de soins pour les personnes non assurées. Les médicaments doivent à la fois voir augmenter leurs remboursements et baisser leurs coûts ; nous voulons promouvoir les génériques en Grèce.

ML : Combien y a-t-il de médecins en Grèce ?

YB : Ils sont 55000. Mais 15000 ont émigré les 5 dernières années. Ils partent en Angleterre, en France et surtout en Allemagne qui profite à fond de la situation. Il faut dire que les salaires sont bas ici et qu'il n'y a eu pas d'embauches ces dernières années.

ML : Dans votre réponse sur les objectifs de Syriza je suis frappé par le fait que vous dites « résidents » et non citoyens. Ceci me conduit à vous demander quelle est votre position par rapport aux migrants ?

YB : Je suis responsable de la Commission spéciale de santé des migrants et des réfugiés. Pour améliorer l'accueil et la prise en charge des soins nous devons développer des mesures d'urgence et des mesures de long terme. En tout cas les migrants et les réfugiés doivent être pris en charge sur le plan sanitaire. **Prendre soin de toutes les personnes sur le territoire, sans discriminations, est le sens même d'être à gauche. C'est ce que nous avons dans l'âme et dans le cœur !** Et nous demandons la coopération des autres pays européens.

ML : Vous venez de participer à une rencontre à l'OCDE portant sur les médicaments. Pouvez-vous nous en dire quelque chose ?

YB : Oui, ce n'est pas un secret. Je suis venu pour faire entendre une voix différente sur la question de l'industrie pharmaceutique, sur la baisse des prix et l'accès aux médicaments chers et innovants à tous ceux qui en ont besoin. C'est remarquable que nous ayons pu parler si longtemps au nom de la Grèce ce qui n'était pas prévu au départ. Nous avons eu un bon accueil et suscité un intérêt certain.

ML : Aujourd'hui, qu'est-ce que vous attendez des Français et des forces progressistes ?

YB : Bien sûr un appui dans les négociations. Il faut insister sur le rôle des peuples dans cette affaire. L'unité des peuples européens est fondamentale. Toute forme de mobilisation sera utile. Tant de la part des syndicats que des organisations politiques. En particulier il faut soutenir notre politique de santé. Chaque voix qui s'élève en faveur de la santé en Grèce est précieuse. Syriza est bien consciente de la nécessité d'un changement des rapports de force en Europe. Sinon la porte sera ouverte au nationalisme et au racisme. Tous les Européens sont concernés par ce qui se passe en Grèce. L'enjeu n'est pas financier en fait, il est politique. Syriza incarne l'espoir, c'est cela qui en jeu pour les Européens.

Compte-rendu de la délégation du collectif « Solidarité France Grèce pour la Santé » à Athènes, du 12 au 15 mai 2015

Par le D^r Fabien Cohen, membre de la délégation

Ce collectif était composé de militantes et militants syndicaux, politiques ou issues de la société civile, majoritairement professionnelle du soin, de la santé et du médicament en France⁽¹⁾. Pour le PCF-Front de gauche, Laurence Cohen sénatrice du Val-de-Marne, du groupe CRC, ainsi que Fabien Cohen, de la commission nationale santé/protection sociale y participaient. Le Front de gauche santé était aussi représenté par des camarades du PG, d'Ensemble et de non encartés.

Cette délégation a été souhaitée pour rendre compte de la solidarité en France, et s'informer de la réalité des difficultés sanitaires et sociales auxquelles le peuple grec est confronté depuis plus de cinq ans, de la gravité de la situation, des actions solidaires mises en place notamment par les professionnels de santé, et des évolutions depuis le 25/1/2015, date de la victoire électorale de SYRIZA, dans la conjoncture politique actuelle. Notre délégation a pu aussi apprécier sur place l'ampleur de la résistance contre l'austérité à travers la solidarité développée sur le territoire grec.

La délégation est allée à la rencontre des équipes des dispensaires sociaux solidaires, notamment Korydallos (Pirée), le K.I.F.A. du centre d'Athènes, le K.I.F.A. de Néa Ionia, de Patissia, de Peristeri, de Vyronas, de Néa Smyrni, d'Ellinikon et d'Halandri. Nous avons aussi rencontré la coordination Athénienne des dispensaires et pharmacies sociaux solidaires.

Leur engagement militant distingue ces structures des autres structures humanitaires. Aujourd'hui, environ 50 dispensaires solidaires sociaux fonctionnent dans toute la Grèce grâce à l'action et au travail de volontaires. Médecins, généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, psychologues, personnels paramédicaux et administratifs s'y impliquent avec le soutien actif des citoyens qui collaborent à ces structures.

Le premier dispensaire a été fondé en Crète par l'actuel ministre délégué à la santé, Andéas Xanthos pour des immigrés qui avaient fait naufrage. Depuis, avec la politique menée en Grèce, les Grecs en sont devenus les premiers usagers. Ces dispensaires sont des organisations de bénévoles. Les locaux peuvent être fournis par la mairie, l'aménagement par des chômeurs... Ils assurent la médecine de 1^{er} recours. Si la gravité du diagnostic le justifie les patients sont envoyés à l'hôpital, avec lequel ils ont des liens. Les médicaments qui arrivent tous les jours de multiples sources ne sont donnés que sur ordonnance. Les pharmacies sont toutes reliées.

Ils récusent le terme d'ONG car au-delà de leur mission sanitaire ils mobilisent les patients pour mettre fin à cette politique, participent aux manifestations devant les hôpitaux. Les décisions sont prises en assemblée générale. Ils demandent une solidarité internationale, et les dons sont importants; la lutte ensemble partout en Europe leur semble primordiale car la situation grecque peut arriver partout. L'avenir de ces dispensaires sociaux est en lien avec la réussite ou non du gouvernement d'Alexis Tsipras, car ils ne peuvent se substituer à un service public de santé digne de ce nom.

Les témoignages des volontaires militants de ces dispensaires nous enseignent l'importance de l'action collective pour retrouver la dignité de chacune et de chacun. Nous avons aussi observé qu'une majorité de ces dispensaires s'inscrivent également dans une multitude d'actions solidaires sur les déterminants de santé (alimentation, logement, vêtements, culture, éducation).

Trois besoins majeurs nous sont avancés :

- L'importance des besoins en soins bucco-dentaires,
- une demande psychiatrique et psychologique forte de la part des usagers, conséquences directes de la pauvreté et de la précarité,
- la carence en médicaments pédiatriques indispensables et notamment les vaccins.

¹ (ATTAC, Coordination des comités de défense des maternités et hôpitaux de proximité, CODEGAS, CGT Sanofi, SNESUP-FSU, SUD Santé Sociaux, SMG, USMC/SNCDCS, Ensemble, NPA, PCF, PG).

Toutefois leur démarche de solidarité ne s'arrête pas aux frontières: le soutien aux combattantes et combattants kurdes de Kobané par l'apport de matériel médical en témoigne ainsi que l'aide à l'obtention de papiers pour les personnes émigrées.

Nous avons aussi débattu avec les membres de l'association grecque « Solidarité pour tous » autour de leur « facilitation » des actions gratuites de solidarité concernant l'accès aux soins, à la nourriture, aux vêtements, au logement, à un tutorat pour l'entrée à l'université...

Issue de la crise, notamment des mobilisations en 2011 : Les gens retournent dans les quartiers et créent des structures auto-organisées, surtout à l'initiative de gens de gauche, pour survivre. Les premières structures ont concerné la collecte et la distribution de nourriture, puis la santé avec des médecins, un secrétariat... Elles évoluent vers tous les services: vêtements, meubles, préparation d'examen pour que les étudiants issus de milieux modestes puissent réussir, logement.

Les collectifs trouvent eux-mêmes à 92 % leurs ressources en faisant participer le maximum de personnes. Ce n'est pas une association humanitaire comme les restos du cœur, mais bien politique par sa démarche militante, comme en témoigne la lutte auprès des femmes de ménage de l'administration de l'État, qu'ils ont soutenues et qui ont gagné leur réintégration, obtenant même un temps complet.

Le week-end des 9-10 mai 2015, ils ont eu leur première réunion panhellénique (de toute la Grèce) des structures solidaires. Ils ont travaillé sur la possibilité d'exporter leur production agricole en Europe pour créer des liens économiques et politiques. Ils ont exprimé la volonté de penser le travail autrement car les moyens et les nécessités sont différents et parce qu'ils ne se sentent plus les mêmes, ou tout du moins ils l'espèrent...

Nous sommes impressionnés par l'inventivité et la pertinence de l'action des animatrices et animateurs des dispensaires, leur dynamisme en tissant du collectif au-delà de la dispensation des soins et des médicaments. Nous avons beaucoup à apprendre de ces organisations démocratiques non hiérarchiques peu fréquentes en France.

Rencontre avec la Coordination des Dispensaires

Nous avons été reçus chaleureusement par la coordination des dispensaires médico-sociaux au dispen-

saire d'Athènes centre, Iktinou 2. Elle a parmi ces actions importantes, celle de relier toutes les pharmacies autogérées de Grèce sur une liste par internet, pour une meilleure répartition des médicaments, faciliter le transfert d'expériences des dispensaires plus anciens vers les plus récents et organiser la lutte par des manifestations devant le ministère et les hôpitaux, pour le droit de tous à la santé. L'USMCS et le SNCDSCS, présent dans la délégation, les ont invités à leur prochain congrès national des centres de santé, les 1^{er} et 2 octobre à Paris. L'idée de jumelages avec des syndicats et des centres de santé est un souhait exprimé! Cela participerait à leur construction de liens pour faire converger leurs efforts avec d'autres organisations européennes.

Le ministère des affaires sociales et de la santé

La délégation a été reçue par le **Ministre grec délégué à la Santé, Monsieur Andréas Xanthos** ainsi que par le **Ministre des affaires sociales et de la santé, Panayotis Kouroubli**. Ils étaient notamment accompagnés d'Alexis Benos, conseiller ministériel bénévole.

Andréas Xanthos est le co-fondateur du premier dispensaire social en Crète Rethymnon en 2008, et médecin hospitalier. Il nous a décrit la dégradation de la situation sanitaire, sous-évaluée jusqu'en 2012 par les autorités au pouvoir. Les réformes qui ont été mises en œuvre en Grèce ont exclu des millions de personnes du système de santé. Elles ont conduit à une privatisation passive, et à une complète désorganisation des soins. Alors que la demande de services médicaux a augmenté de 30 % à l'égard du service public, l'offre y a été réduite de 40 % et le personnel de 30 %, ce qui a conduit la majorité des hôpitaux de Grèce à la limite de l'effondrement. Toutes ces mesures ont engendré un phénomène de pauvreté sanitaire, en privant 25 % de la population des soins élémentaires. Environ 2,5 millions de personnes non assurées ont perdu leurs droits à l'accès aux soins de santé du fait d'un chômage de longue durée, du travail au noir, et de la faillite d'un grand nombre de petites et très petites entreprises, qui les privaient de fait de protection sociale.

Il considère que les pratiques des dispensaires ont permis de mesurer la réalité de la catastrophe sanitaire, mais selon le Ministre, « ... ces dispensaires sociaux ont montré que l'on peut organiser un système de soins en dehors du système marchand. »

Une des principales promesses de Syriza était de résoudre ce problème considéré comme le deuxième

plus important après le chômage. Le programme de Santé du nouveau gouvernement d'Alexis Tsipras a été discuté sur les points majeurs suivants :

- rétablissement et extension de la couverture maladie,
- suppression du forfait hospitalier de 5 €,
- garantir l'accès aux soins primaires pour toutes et tous, assurés ou non assurés, un suivi médical de base, les examens biologiques, les vaccins, les médicaments dont ils ont besoin, et l'hospitalisation en hôpital public, ceci quels que soient la nationalité, le revenu, le statut de l'emploi et la position sociale, restauration d'un système de santé correspondant aux besoins de la population, son renforcement en termes de moyens, notamment de personnels de santé, et pérenniser son financement.

Le Ministre nous rappelait que le système grec fonctionnait avec une demande de soins provoquée, sans aucun moyen de contrôle, basée sur un rapport direct entre les compagnies d'assurances, qui y trouvaient leur intérêt et le patient, au travers de l'entreprise. Il faut, dit-il, réorganiser ce système sur d'autres bases, en donnant la priorité à la santé publique, avec un fonctionnement et une organisation plus démocratiques et plus participatifs, et un rendement social augmenté. *« Mais soyons absolument clairs, tout cela ne peut se faire avec 4,5 % du PIB quand la moyenne des pays européens est au-dessus des 7 % et quand le but des mémoranda était d'atteindre les 6 %. Pour qu'il y ait un véritable système de santé en Grèce, il faut que l'austérité s'arrête, il faut un financement viable du système. Tout cela passe par une redistribution des richesses. La réponse politique à la crise c'est : les riches doivent payer. Évidemment, il faut arriver à faire redémarrer l'économie en Grèce – nous avons perdu 25 % de notre PIB ces dernières années – de telle manière à ce qu'il y ait de nouveau de l'emploi et qu'on puisse ainsi aussi soutenir le système d'assurance ».*

Cela nécessite aussi, selon le Ministre, d'adopter une politique publique sur le plan de la pharmacologie qui tendrait à couvrir la globalité des besoins des personnes et à renforcer la production locale des médicaments à l'intérieur de la Grèce. Il affirme que *« son pays peut produire des médicaments génériques de très bonne qualité qui peuvent être contrôlés par un organisme national. Sur un plan plus large, je pense que nous avons besoin d'un front européen contre les multinationales, qu'il y ait un cadre unitaire concernant les médicaments brevetés mais également les médicaments innovants afin de contrôler la fixation de leur prix, les*

critères d'autorisation de mise en circulation des produits et les brevets. Sinon, un petit pays comme la Grèce sera toujours obligé de se soumettre aux diktats des entreprises pharmaceutiques. Cette question des brevets est donc cruciale, mais il n'est pas facile de s'y confronter au niveau national. Cela demande des coopérations plus larges. La situation est difficile, mais, comme disait Berthold Brecht, *« au pessimisme de la connaissance, il faut opposer l'optimisme de la volonté ».* *« Ce serait une très bonne idée que les mouvements de gauche en Europe prennent l'initiative de lancer ce débat ».*

Le PCF-Front de gauche a fait part de sa proposition de Pôle public national et Européen du médicament, et il a marqué un grand intérêt en posant de nombreuses questions à ce sujet.

A la question sur ce que le Ministre attendait de notre délégation, il a été répondu, *« qu'il souhaitait voir rapporter en France et en Europe, que ce que le Gouvernement grec veut, c'est simplement le respect des décisions prises démocratiquement par le peuple. C'est pourquoi il appelle à la constitution d'un front social et politique à l'échelle européenne qui défendra l'idée d'une Europe de la cohésion sociale, du respect des droits humains et de la liberté et bien entendu de la démocratie. Voilà quel est le message. Toute la question est de savoir si l'Europe d'aujourd'hui, l'Europe des capitaux, l'Europe des banques, est en capacité de tolérer la Démocratie ».* Nous avons conclu ensemble sur l'importance des liens de convergence des luttes contre l'austérité qui se constituent en Europe, précieuses pour le gouvernement Grec et pour la démocratie Européenne.

Pour mémoire le bâtiment du ministère où nous avons été reçus a été vendu aux spéculateurs immobiliers par le précédent gouvernement et son loyer annuel aujourd'hui équivaut à la construction d'un hôpital.

Rencontre avec des député-e-s du groupe Syriza

Des député-e-s de différentes régions, professionnels de différentes spécialités, nous ont confirmé le caractère dramatique et général de la dégradation de la situation sanitaire : *« ... augmentation des décès à la naissance, 20 % des bébés naissent avec un poids inférieur à la normale, augmentation/retour de maladies infectieuses, beaucoup ne peuvent se faire vacciner faute de 6 euros, sérieux problèmes de santé des personnes âgées, la grippe tue plus que partout ailleurs, augmentation des dépressions... Des malades du cancer ne peuvent se faire soigner ou tardivement... La marchandisation de la santé conduit à la mort. Les hôpitaux sont transformés en*

asiles avec des lits dans les couloirs, la promiscuité, alors que des salles sont vides faute de lits et 2 hôpitaux psychiatriques sont menacés de fermeture... Les gens, ne pouvant s'adresser aux structures de quartier, vont à l'hôpital alors qu'on a réduit le personnel, ce qui renforce leur saturation et leur désorganisation ce qui n'empêche pas que les mémorandums d'interdire de recruter des médecins qui de ce fait vont vers le privé ou à l'étranger... »

La politique troïka/gouvernements grecs a fait monter la dette à 175 % du PIB et a effondré les moyens d'y faire face. Le problème est uniquement politique: avant la victoire de Syriza toutes les institutions jugeaient incontournable d'apporter une « aide » en 2015... mais sous condition de renforcer encore l'austérité, alors que le programme de Syriza demande un effacement de la majeure partie de la dette, mais sans condition d'austérité.

Au 16 mai la situation financière était si tendue que personne n'a pu garantir le paiement des salaires des fonctionnaires de mai. Mais pour les dirigeants du syndicat E.K.A. que nous avons rencontrés par ailleurs, entre le FMI et les fonctionnaires, SYRIZA doit choisir de verser le salaire des fonctionnaires.

En Grèce il y a 2 syndicats: GSEE (confédération générale des travailleurs grecs du privé) et ADEDY (confédération des syndicats des fonctionnaires publics). Ces syndicats sont composés de courants liés aux partis politiques. Leur CA est composé de membres élus par les salariés, soit: 9 PAME (PC), 5 PASKE (PASOK), 5 META (SYRIZA), 4 NP (Nouvelle voie, libéral), 3 ENI, 3 DAK (Nouvelle Démocratie, droite), 2 trotskistes.

La délégation qui nous a reçus, a évoqué la situation grecque: le chômage, la baisse des pensions, celle des salaires de 45 %, des droits des salariés, de la protection sociale, auxquels s'ajoutent des conditions de travail déplorables, la liberté de licenciement, de fixer à leur gré les horaires de travail, la difficulté d'accès des pauvres aux services publics, particulièrement à la santé et à l'enseignement... Les coupes budgétaires dans les hôpitaux rappellent le tiers-monde. La question du « coût du travail » et « la situation dans les hôpitaux » sont liées.

Les Hôpitaux publics

Nous avons visité Sotiria, hôpital historique, martyrs pour les Communistes et de référence pour les Balkans des maladies respiratoires et de la tuberculose.

L'hôpital public est au bord de l'effondrement. D'une part, il est sous-financé et manque crucialement de personnel et de matériel (5 services ont été fermés à Sotiria). L'incidence de la tuberculose explose, le taux de suicides augmente et la plupart des cancers ne sont plus soignés (comme celui des poumons). La malaria et la rage sont réapparues. La surcharge de travail des personnels soignants est énorme, due en partie à la désorganisation des soins primaires. (112 patients vus aux urgences en 12h de garde pour une seule praticienne). Les effectifs paramédicaux sont en chute libre du fait des départs en retraite non remplacés. D'autre part, une violence inouïe s'exerçait sur les patients. Avant l'arrivée au gouvernement de Syriza l'administration demandait par exemple aux femmes enceintes 1 000 € par accouchement qu'il fallait payer sur place ou déclarer auprès du fisc, car à défaut de paiement, il était fait pression sur les membres de la famille et à défaut, intervenait la saisie des biens au domicile. Des familles étaient poussées à la ruine dans les cas où un de leurs membres était atteint de maladie chronique nécessitant une hospitalisation. Il a été fait aussi état de personnes se suicidant à l'annonce d'une maladie grave pour éviter d'être une charge intolérable pour leurs proches.

Témoignages concordants à l'hôpital Elpis où la délégation a rencontré les syndicats des personnels. Il a été fait état de services de 19 lits accueillants jusqu'à 52 patients.

Hôpital psychiatrique Delphis

Sur les huit établissements publics de psychiatrie il n'en reste que trois ouverts. Les structures extra-hospitalières et associatives ont fermé les unes après les autres. À Delphis, sur les mille postes de soignants à l'origine il n'y en a plus que 500 de pourvus, ils assurent les soins pour 1 100 patients hospitalisés et l'accompagnement de 600 en extra-hospitalier. La demande de soins a augmenté de 60 % en quelques années, la part des hospitalisations sur demande judiciaire est largement majoritaire (60 %), les autres sont abandonnés à la rue ou à charge des familles.

Personnels et malades collaborent à la survie de l'hôpital, par exemple en vendant le produit de cultures vivrières locales à l'entrée de l'hôpital. Si les mesures imposées par l'Union européenne sont suivies cet hôpital fermera en Juin prochain. Les personnels sont organisés pour résister coûte que coûte. À terme c'est la disparition quasi-totale des hôpitaux publics de

psychiatrie qui est visée par les politiques imposée par l'Union Européenne.

Dans tout ce marasme les personnels encore présents, toutes catégories confondues, œuvrent à maintenir des soins diversifiés et de qualité. Comme elles et ils nous l'ont confié alors qu'à une autre époque ils militaient pour une psychiatrie extra-hospitalière sectorisée ils sont contraints aujourd'hui à se battre pour sauver leur hôpital, seule condition pour garder leurs maigres moyens. La pédo psychiatrie est réduite à quasi-néant et cela demande plus de sept mois pour obtenir un rendez-vous. En psychiatrie comme ailleurs les patients sont orientés vers le privé lucratif. Des cliniques de haut niveau pour patients solvables, mais dans le cas des patients de psychiatrie il existe aussi des cliniques bas de gamme où l'on peut trouver des situations avec des malades majoritairement sous contention physique (la nuit, une psychiatre, deux soignants pour... 240 patients!).

En conclusion

La résistance du peuple de Grèce est une force motrice qui aujourd'hui doit servir de référence aux autres peuples d'Europe. Le slogan partagé par les militants rencontrés peut se traduire par : « Nous ne devons pas ! Nous ne vendons pas ! Nous ne payons pas ! ». À la question posée : « Que pouvons-nous faire concrètement pour vous aider aujourd'hui ? », la réponse unanime est de commencer par « virer nos gouvernements qui soutiennent la politique austéritaire de l'Union Économique Européenne ».

Très concrètement, pour toutes celles et ceux qui veulent développer une solidarité avec le peuple grec dans ce domaine, on les invite à rejoindre le collectif « France Grèce pour la santé » qui s'est constitué à Paris en 2013. Il est en contact avec la structure **Solidarité pour tous**, www.solidarity4all.gr et son email, international@solidarity4all.gr. C'est idem pour des jumelages.

Si on souhaite envoyer des médicaments aux structures de santé autogérées en Grèce, il faut prendre un contact direct avec les structures concernées. Sur le blog du collectif, on pourra trouver la liste complète des dispensaires et pharmacies autogérés existants en Grèce avec leurs coordonnées, ainsi que le plan où vous pouvez visualiser leur localisation exacte sur la carte de Grèce : <http://solidaritefrancogrecque.wordpress.com/liste-des-dispensaires-sociaux-2/envoi-de-medicaments/>

Nous retenons de ces rencontres d'une part l'immense engagement des volontaires, personnels, militants engagés dans des processus de solidarité de convivialité et de lutte pour maintenir, malgré les circonstances, un système de soin indispensable et le souci de préserver la dignité de chacun et chacune. Mais aussi la nécessité de tous les peuples d'Europe de s'engager dans une lutte coordonnée et solidaire contre une austérité décrétée par des politiques qui agissent contre l'intérêt des peuples. Contre les politiques nationales qui y concourent et contre les injonctions de l'Europe financière, pour revendiquer la construction d'un Europe sociale.

Faute de quoi la situation subie aujourd'hui en Grèce sera la norme pour tous les peuples.

La fonction patrimoniale du langage : une remédiation des troubles langagiers chez des adolescents autistes sans déficit intellectuel

Par M^{mes} V. Rey, Ch. Romain & Sonia De Martino

NDLR: M^{me} Véronique Rey est Professeur des universités à Aix-Marseille Université. Elle est membre du Centre de Recherche et de Documentation sur l'Océanie, CREDO UMR 7308, CNRS & EHESS. Ses travaux portent sur la transmission de la langue orale maternelle. Elle travaille avec Christina Romain à l'étude des montées en tension verbale en milieu scolaire.

M^{me} Christina Romain est Maître de conférences à Aix-Marseille Université. Elle est membre du laboratoire Parole et Langage UMR 7309 CNRS. Ses recherches portent sur l'analyse des interactions verbales en milieu scolaire. Elle travaille à la compréhension et à la description de la violence verbale ainsi qu'aux liens existants entre la construction de la relation interpersonnelle et la gestion de la montée en tension violente de l'interaction.

M^{me} Sonia De Martino est linguiste, Ingénieur de recherche au centre de ressources autisme, hôpital Ste Marguerite, Marseille.

1. Introduction

Nous avons tous en tant que locuteurs des représentations sur la langue orale, et plus particulièrement sur la langue maternelle. Cependant, en France, en lien avec nos apprentissages scolaires, ces représentations s'appuient essentiellement sur la langue écrite. Le propos ici est d'appréhender la langue orale, en faisant un pas de côté, en oubliant, si cela est possible, nos représentations liées à la langue écrite.

Évaluées aujourd'hui à 6000, les langues du monde ne cessent d'étonner les linguistes par leur diversité articulatoire, lexicale et grammaticale. Bien sûr, elles existent avant les langues écrites et sont apprises aussi avant les langues écrites. Cependant apprendre une langue maternelle est une appropriation coûteuse en temps pour l'apprenant (il faut 7 à 8 ans pour que l'enfant devienne vraiment habile en langue et il lui faudra des années encore pour poursuivre ses apprentissages lexicaux). C'est également une activité de transmission coûteuse en temps pour les adultes transmettant ce savoir-faire car cette transmission de la langue orale repose sur le principe exclusif de l'imitation : les adultes servent de modèle aux enfants s'appropriant la langue.

Afin d'assurer cette transmission, une des pratiques largement attestée dans les cultures humaines est l'activité narrative (raconter des histoires aux enfants⁽²⁾).

En 2013, cette transmission de textes oraux (récit, chanson, poésie, blague, etc.) a été explicitée sous le terme de « fonction patrimoniale du langage » (Rey & al. 2013). Cette fonction vise un apprentissage social et langagier. Cela implique également la coopération linguistique (Tomasello 2004) qui correspond aux processus culturels permettant de conduire à l'appropriation de savoirs partagés par les aînés.

Cet apprentissage langagier porté par des textes oraux connus d'avance par les adultes, répétés à l'identique d'une génération à une autre assure la transmission non seulement des gestes vocaux de la langue mais aussi du lexique et des structures complexes des phrases. De plus, cette fonction patrimoniale du langage est la garante de l'apprentissage des expressions verbales des émotions (comment parler de la mort, de l'amour, de la tendresse, de la violence, de la haine). Elle stimule la mémoire car ces textes oraux sont appris par cœur. Cette fonction contribue ainsi à l'entrée dans la langue mais aussi dans la culture.

Nous avons montré en 2013 que cette transmission langagière était aujourd'hui, en France, mise à mal en raison de notre mode de vie : manque de temps de rituels langagiers entre les générations, augmentation du temps passé devant des écrans.

La langue maternelle est donc ici envisagée par les pratiques collectives transmises par imitation. Un déficit lors de cette transmission peut générer une pertur-

² Raconter et non lire : l'adulte racontant une histoire est dans une activité strictement orale, augmentant les prises de risque liées à la situation de communication.

bation : on ne peut pas vivre si on ne se parle pas (en langue orale ou en langue signée), on survit tout au plus. Nous avons appréhendé ce déficit sous le terme de détresse langagière, par analogie avec la détresse respiratoire. Il s'agirait d'une pratique énonciative déficitaire sur plusieurs champs : le lexique, la mémoire verbale et la fonction patrimoniale du langage.

Il y aurait un cumul des situations déficitaires révélé par :

- une sous-pratique articulatoire journalière liée aux objets (alimentaires ou autres) obstruant la bouche,
- une sous-stimulation d'expériences réelles langagières et corporelles générant des troubles de la représentation de soi,
- une sous-stimulation de pratiques langagières ludiques orales chez l'enfant et chez le jeune : devinettes, proverbes, poésies, joute oratoire de politesse,
- une sous-exposition aux pratiques langagières patrimoniales entraînant une moindre capacité mnésique, attentionnelle, et co-énonciative : une absence de textes oraux appris par cœur générant des difficultés pour parler de ses émotions (chanson, poèmes, histoires).

Ce cumul pourrait engendrer cette situation de détresse langagière (Rey, 2013).

En parallèle à ces situations, des jeunes sont diagnostiqués d'un point de vue médical comme présentant un trouble envahissant du développement (T.E.D.). Ces adolescents présentent une altération des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi qu'un répertoire restreint d'intérêts et d'activités, stéréotypés et répétitifs (CIM-10, 2000). Les tableaux cliniques langagiers de ces personnes sont hétérogènes, allant de l'absence totale de langage à un langage globalement préservé sur le plan de la structure linguistique (Tager-Flusberg 1981).

Les troubles de la communication chez les enfants et adolescents présentant un T.E.D. sans déficience intellectuelle (T.E.D.S.D.I.) se caractérisent par un langage relativement préservé sur le plan de la structure linguistique et des troubles importants dans le domaine de la pragmatique du langage (Loukusa & Moilanen 2009). Ces personnes peuvent réaliser des échanges conversationnels mais sont en difficulté pour gérer ces échanges (Baron-Cohen 1998 ; Rapin et Dunn 2003) : ils appréhendent peu les tours de parole (Ramberg & al. 1996), et peuvent détourner le thème conversationnel pour amener un interlo-

uteur sur un sujet de prédilection (Baltaxe 1977 ; Surian & al. 1996). Ils rencontrent aussi de grandes difficultés pour décoder les éléments du contexte de la situation d'énonciation (Ivanko & Pexman 2003 ; Cummings 2005), les intentions d'un interlocuteur (Baron-Cohen & al. 1985 ; Norbury & Bishop 2002) et pour restituer de l'information implicite lors d'actes de langage indirects, de sous-entendus, et de propos métaphoriques (Rey & al. 2012).

Ces difficultés en pragmatique du langage engendrent des situations de communication conflictuelles et génèrent chez ces jeunes, une souffrance sociale. Or les pratiques liées à la fonction patrimoniale du langage sont rarement ou jamais évoquées lors de la prise en charge d'adolescent T.E.D. Le propos n'est pas ici d'établir un raisonnement causal entre l'évolution de nos pratiques langagières et une pathologie, mais de s'interroger sur la pertinence d'une pratique langagière ciblée, l'emploi de la fonction patrimoniale du langage, lors de la prise en charge de ces adolescents.

2. La prise en charge des troubles de la communication chez les enfants et adolescents avec T.E.D.S. D.I.

La prise en charge des troubles de la communication s'inscrit dans un ensemble de programmes d'intervention préconisés dans le T.E.D répertoriés aujourd'hui dans un rapport publié par la Haute Autorité de Santé (2010). Ces programmes s'adressent surtout aux enfants présentant des troubles sévères de la communication et non aux enfants avec T.E.D.S.D.I. Plus récemment, un nouveau type de prise en charge orientée vers l'entraînement aux habiletés sociales (Baghdadli & Brisot-Dubois 2011) est apparu, mais la part faite à la pragmatique du langage n'y est pas essentielle. Toutefois, certains travaux (Montfort & al., 2005, Hupet, M., 2006) ont envisagé la prise en charge des troubles de la pragmatique dans différentes pathologies, préconisant pour les enfants avec T.E.D. ayant des compétences linguistiques préservées, un travail sur l'explicitation et l'étayage visuel des situations de communication.

Mais toute la difficulté est le *format de la conversation* car c'est la référence au contexte d'énonciation et à la reconstruction de l'information implicite qui constitue une des sources de difficultés pour ces adolescents.

L'une des pistes d'exploration est la stimulation de la *fonction patrimoniale* du langage. Comme nous ve-

nons de le voir, les jeunes autistes qui nous intéressent dans le cadre de notre analyse peuvent s'inscrire dans des échanges conversationnels mais ils vont éprouver des difficultés pour appréhender les tours de parole, pour maintenir une thématique qu'ils n'ont pas initiée, mais aussi pour s'inscrire dans la coopération conversationnelle. On constate ainsi les difficultés en pragmatique chez ces jeunes et leur potentielle souffrance sociale. Se pose alors la question de la transformation de la relation clinique en une relation interactionnelle à visée de remédiation langagière reposant sur une co-énonciation du récit convoquée par la fonction patrimoniale du langage.

L'expérimentation que nous présentons dans cet article est un projet visant à améliorer les compétences pragmatiques dans le cadre du T.E.D.S.D.I. Notre objectif a consisté à réunir un groupe d'adolescents présentant un T.E.D.S.D.I. autour d'un projet : *l'invention d'une histoire à plusieurs voix en modalité orale* afin de les immerger dans une situation écologique de pratiques langagières (raconter des histoires).

3. Le projet thérapeutique : « l'atelier de pragmatique »

Un *atelier de pragmatique* a été créé et il s'est réalisé tout au long d'une année. L'atelier a donné lieu à deux activités : création d'une histoire à plusieurs voix et création d'une histoire individuelle pour chaque participant. Chaque adolescent devait recourir à des compétences communicatives mobilisant l'attention conjointe des participants et l'intention de communiquer.

3.1 La pratique langagière comme dispositif mobilisant la « compétence communicative »

La notion de « pragmatique » induit l'idée de compétence communicative définie comme l'ensemble des aptitudes permettant au sujet parlant de communiquer efficacement dans des situations culturelles et spécifiques (Hymes, 1984). Pour Kerbrat Orecchioni (1986) la compétence communicative apparaît comme un dispositif complexe d'aptitudes reposant sur des compétences notamment linguistiques et socioculturelles mais aussi :

- une compétence encyclopédique, qui concernerait les « informations préalables » à l'acte de communication,
- une compétence logique concernant l'aptitude à faire des raisonnements,
- une compétence rhétorico-pragmatique concernant l'ensemble des savoirs qu'un locuteur possède

sur les principes discursifs qui régissent les interactions verbales afin d'assurer un principe de coopération conversationnelle,

- une compétence discursive concernant la capacité d'un locuteur à organiser son discours.

3.2 Le choix des formats des échanges verbaux

Pour les ateliers, nous avons donc créé une situation « d'interaction collaborative » telle que l'avait défini Bernicot & al. (1993), nécessitant que la situation de communication soit orale, synchrone et polygérée.

Cette pratique langagière induit deux formes d'échanges verbaux :

1. La conversation. Elle permet de favoriser la coopération et d'entraîner l'attention conjointe ;
2. La narration. Cette forme, focalisée sur une pratique intergénérationnelle, a pour but de développer l'imaginaire langagier et l'attention conjointe.

Afin d'obtenir une source de motivation à communiquer dans le cadre du projet, l'histoire à inventer a dû s'inspirer des sujets de prédilection de chaque participant. Évoquer des idées sur plusieurs domaines de prédilection et les faire converger vers une histoire inventée commune a constitué ce que nous définissons comme « *une motivation à communiquer* », obligeant les locuteurs à avoir un comportement intentionnel.

3.3 Mobilisation de l'attention conjointe des participants

L'attention conjointe est la capacité à établir une attention partagée avec un interlocuteur sur une entité extérieure (prérequis de la communication selon Bruner, 1991). Ainsi, Tomasello (2004) considère l'attention conjointe comme *la pratique sociale et langagière* au cœur du processus de communication. Or les personnes présentant un T.E.D. ont un déficit en attention conjointe par un manque d'intérêt sur le discours d'autrui, un manque d'écoute et souvent un intérêt orienté vers ses propres sujets de prédilection.

Dans le cadre du projet, les participants ont dû focaliser leur attention sur la création d'une histoire inventée, les obligeant à faire converger leurs échanges verbaux vers un même but commun. *L'histoire à inventer* constitue donc *l'entité extérieure* permettant aux co-énonciateurs de *focaliser leur attention conjointement*.

4. Méthodologie de l'atelier de pragmatique

Les 6 adolescents patients ont été évalués et diagnostiqués au Centre de Ressources Autisme régional

(Marseille) selon les critères du DSM IV. Le diagnostic a été posé à partir des outils ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) et ADI (*Autism Diagnostic Interview*). Pendant ces ateliers, Isabelle, la thérapeute, a joué un rôle de co-énonciateur et de régulateur des échanges assurant le maintien du principe de coopération dans la communication entre les participants.

Présentation des objectifs de l'atelier de pragmatique

L'atelier dure 30 minutes et est constitué de 5 minutes d'allitérations (comme « ton thé t-a-t-il ôté ta toux? ») et de 30 minutes d'histoire inventée à plusieurs voix chaque semaine. Une fois toutes les six semaines, l'histoire est à inventer de façon autonome par chaque adolescent.

L'atelier travaille des objectifs spécifiques :

- les situations d'écoute et de répétition d'allitérations visent l'appropriation des gestes articulatoires et de structures syntactico-sémantiques (organisation des phrases orales),
- l'activité de l'histoire inventée à plusieurs voix vise la stimulation de l'attention conjointe et de l'activité narrative.

Le corpus histoire inventée

L'histoire inventée à plusieurs voix : décembre 2013

L'interaction reproduite ci-après est constitutive d'un extrait de la seconde partie d'un atelier de pragmatique ayant eu lieu au mois de décembre. À ce stade de l'année, l'activité consiste à élaborer collectivement un récit à travers des tours de parole successifs. De façon préliminaire, Isabelle introduit la situation initiale d'une histoire à raconter : il s'agit d'un frère et d'une sœur qui se rendent à la bibliothèque municipale pour y consulter des livres...

1. Isabelle : [...] elle va voir où son frère en est avec son livre...
2. B. : [...] elle voit son frère qui est dehors, et qui... euh... mais on peut faire quoi des trucs même irréels
3. Isabelle : ah irréel, oui bien sûr [...]
4. B. : ah oui ! Elle sort de la bibliothèque et elle voit son frère qui se fait enlever par un dragon
5. Isabelle : d'accord/dans la rue
6. B. : oui
7. Isabelle : d'accord (Isabelle désigne du regard J.)
8. J. : la petite fille ouvra les yeux/remarqua aussi que les fées de son livre sont sortis de ce dernier
9. Isabelle : D'accord

10. J. : les personnages qui se trouvent dans le livre/étaient tous vivants/elle su :/ la jeune fille supplia tout le monde d/des livres de sauver son frère/et tous acceptèrent/parce que la vie/et pour eux ne valait être vécue pour eux qu'à travers l'amour d'un lutin/et puis ils ont/ils ont traversé toute la ville pour délivrer le jeune homme du dragon

11. Isabelle : L.

12. L. : comptait pas sur moi pour euh/je sais pas trop

13. Isabelle : alors ils traversent toute la ville [...]

14. L. : je sais pas

15. Isabelle : Y.

16. Y. : j'ai pas d'idée

17. Isabelle : en fait ils arrivent à la porte [...]

À l'occasion de cette activité de récit collaboratif (à plusieurs voix), on observe qu'un adolescent se porte immédiatement volontaire pour prendre la parole et poursuivre le premier le récit (cf. tour de parole 2). Cependant, il va rapidement s'interrompre pour poser une question à Isabelle. Celle-ci lui répond et l'adolescent poursuit le récit (cf. tours de parole 2 et 3) mais à nouveau il s'arrête. Isabelle tente de l'aider à le poursuivre en complétant son propos par une information circonstancielle de lieu qui est confirmée par l'adolescent mais qui ne permet pas à ce dernier de poursuivre pour autant le récit (cf. tours de parole 5 à 7). Isabelle désigne alors J. qui poursuit le récit. On remarque qu'il fait une pause assez rapidement lui aussi. Isabelle va valider le contenu de sa proposition et J. va poursuivre plus longuement le récit jusqu'à ce qu'il s'arrête (cf. tours de parole 8 à 10). Isabelle désigne L. pour poursuivre mais celui-ci va refuser « comptait pas sur moi pour euh/je sais pas trop ». Elle va alors prendre en charge la suite du récit puis redonner la parole à L. Celui-ci y renonce à nouveau « je sais pas ». Isabelle désigne alors Y. mais celui-ci refuse à son tour « j'ai pas d'idée ». Isabelle poursuit seule le récit.

On observe donc, à ce stade de l'année, que certains adolescents sont plus à l'aise que d'autres pour prendre en charge le récit (comme B. et J.) bien qu'ils ne gardent pas la parole très longtemps, et que d'autres s'y refusent (comme L. et Y.).

L'histoire inventée à une seule voix : février 2013

1. Y. : C'est l'histoire/de quelqu'un qui vient d'arriver dans/dans un monde/appelé minecraft/hein arrivé comme ça/hein euh/hein/lau début il sait pas ce qu'i :/ ce qu'i : veut faire/en même temps euh c'est vide autour/en même temps euh y a rien autour de lui l y a seulement des arbres/des fleurs/des pins/et un cochon/un cochon/alors du coup/ alors du coup/vu qu'il ne sait pas hein euh quoi faire/

*après/au début/ben euh/il se met à poursuivre le cochon/
hein euh/donc il n'y arrive pas/jusqu'à ce qu'il fasse nuit
dehors deux deux zombies i i is born ce qui signifie arriver*

2. J. : *apparaître*

3. ? : *ça signifie naître idem*

4. Y. : *ce qui signifie apparaître/arrive et le zigouille/ouille/
et/il se régénérala/plusieurs heures plus tard après que les
zombies et les autres monstres du coin se soient matés un
bon film/il se régénéra donc et fit ce que quelqu'un le lui
dit il se fit un abri de la terre/il prit tout ce qu'ils vou-
laient de la terre du bois et se fit un abri/une autre nuit
passalils se font un bon tournoi de ping-pong en même
temps ils n'ont que ça à faire parce que bon s'il n'y a que ça
à faire bon/j'en étais où ah/oui/il décida d'aller à la mine
afin ben euh d'aller à la mine afin de euh ben de miner
et et et là et là sous ses yeux de maycrafter ébahis il trouva
du diamant il passa une heure pour finir de l'avoir il finit
par réussir [...]*

On observe tout d'abord que Y. a nettement progressé dans cet exercice puisqu'il produit un récit complet et dense. Le contenu de son histoire est enrichi en connecteurs et organisateurs textuels (« c'est l'histoire de... », « alors du coup... »), ce qui n'était pas le cas au mois de novembre. Les autres l'écoutent attentivement. Ils vont même intervenir en recourant à de la co-énonciation en réparation (cf. tour de parole 2 et 3) qui est prise en compte par Y. (cf. tour de parole 4). On remarque également que Y. n'hésite pas à insérer des commentaires personnels sur l'histoire qu'il est en train de narrer (« en même temps ils n'ont que ça à faire... »). Ce qui ne le perturbe pas pour reprendre consciemment, et avec cohérence, le fil de son récit « bon j'en étais où ah/oui/il décida... ». Enfin, Isabelle n'intervient absolument pas dans le déroulement du propos.

6. Conclusion

Ainsi, au terme d'un an d'*ateliers pragmatiques*, des adolescents sont parvenus à produire de façon autonome des récits. Ils sont à la fois impliqués dans leurs productions narratives et sont attentifs à celles des autres. Ils produisent un contenu narratif en cohérence avec le récit élaboré collectivement ou individuellement. Ils convoquent leur imaginaire tout en fonctionnant également par coopération linguistique, attention conjointe et par co-énonciation.

À l'issue de cette analyse, il s'avère que les ateliers de pragmatiques ont un impact quant à l'élaboration de récits collectifs débouchant progressivement sur la production de récits individuels. On observe une

amélioration des structures sémantico-syntaxiques produites par les adolescents. Enfin, on observe la présence de co-énonciation et le recours à une attention conjointe de chacun.

La pratique langagière traditionnelle en langue, celle de raconter des histoires, montre ici sa pertinence : construire des histoires avec des adolescents en grandes difficultés langagières liées à leur pathologie (adolescents autistes sans déficit intellectuel) est possible et impacte leurs pratiques. Placer ces jeunes sur le chemin de l'activité narrative est non seulement réalisable mais pourrait constituer une nouvelle amorce de l'appropriation de la langue orale.

En contrepoint, des enfants en détresse langagière pourraient aussi bénéficier de cette activité langagière et sociale qui mobilise des adultes, et remettre au cœur de nos relations intergénérationnelles le « vivre ensemble », pratique culturelle gratuite étayant la transmission de la langue maternelle. La langue orale mérite de ne pas être réduite à un outil de communication, transmettant des informations ; elle est aussi le vecteur de la transmission de nos pensées et de nos émotions collectives.

Références

- Baghdadli, A. & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. Paris. Elsevier Masson.
- Baltaxe, C. (1977). Pragmatics deficits in the language of autistic adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 2. p. 176-180.
- Baron-Cohen, S. (1998). *La cécité mentale, un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have « a theory of mind »?, *Cognition*, 21 (1), p. 37-46.
- Bernicot, J., Comeau, J. & Feider, H. (1993). Speech acts by mother and child : determining their nature and form. *European Journal of Psychology of Education*, 8, 35-50.
- Bruner, J. (1991). De la communication au langage, perspective psychologique. In J.S. Bruner, *Savoir faire, savoir dire*, PUF, Paris : 157-208.
- Cummings, L. (2005). *Pragmatics: A multidisciplinary perspective*. Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

- Hupet, M. (2006). « Bilan de la compétence pragmatique », in E. Estienne & B.E. Priéart, dir., *Bilan de langage et de voix*, Paris. Masson.
- Hymes. D.H. (1984). *Vers la compétence de communication*. Collection « Langue et apprentissage des langues », Paris. Hatier-Crédif.
- Ivanko, S.L. & Pexman, P.M. (2003). Context incongruity and irony processing. *Discourse Processes*, 35, p. 241-279.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*, Paris. Éditions de Minuit.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1986). *L'implicite*. Paris. Armand Colin.
- Loukusa, S., Moilanen, I. (2009). Pragmatic inference abilities in individuals with Asperger syndrome or high-functioning autism. À review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, p. 890-904.
- Monfort, M., Juarez, A. & Monfort, I. (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Madrid. Entha Ediciones.
- Norbury, C.F. & Bishop, D.V.M. (2002). Inferential processing and story recall in children with communication problems: A comparison of specific language impairment, pragmatic language impairment and high-functioning autism. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37, p. 227-251.
- Ramberg, C., Ehlers, S., Nydén, A., Johansson, M., & Gillberg, C. (1996). Language and pragmatic functions in school-age children on the autism spectrum. *European Journal of Disorders of Communication*, 31, 387-414.
- Rapin, I. & Dunn, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain & Development*, 25, p. 166-172.
- Rey, V., Gomila, C. Romain, C. (2013). *La détresse langagière*. Presses Universitaires de Provence: Aix-en-Provence.
- Rey, V., Demartino, S., Girardot, A.M., Poinso, P. (2012). Premier étalonnage pour évaluer un déficit dans le traitement de la métaphore chez des enfants présentant un syndrome d'Asperger, *ANAE*, 24, 117, (tome II), 208-214.
- Surian, L., Baron-Cohen, S. & Van Der Lely, H. (1996). Are children with autism deaf so Gricean maxims? *Cognitive Neuropsychology*, 1 (1), 55-71.
- Tager-Flusberg, H. (1981). On the nature of linguistic functioning in early infantile autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, p. 45-56.
- Tomasello, M. (2004). *Aux origines de la cognition humaine*. Paris: Retz.

Fin de vie : pour une diffusion de la culture palliative

Par le D^r Jacqueline Fraysse, députée

Au nombre de ses soixante engagements pour la France, le candidat Hollande proposait que « *toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité*⁽³⁾ ». C'est dans cette perspective que le Président de la République a chargé Alain Claeys, député PS de la Vienne, et Jean Leonetti, député UMP des Alpes-Maritimes, de lui remettre un rapport sur la fin de vie, examiné le 21 janvier dernier à l'Assemblée nationale, assorti d'une proposition de loi adoptée par cette même assemblée le 10 mars dernier et inscrite à l'ordre du jour du Sénat les 16 et 17 juin prochain.

Jacqueline Fraysse, députée des Hauts-de-Seine, est intervenue pour le groupe Front de gauche sur ces différents textes. Dans cet article, elle revient sur la situation des soins palliatifs en France, sur les apports de cette nouvelle proposition de loi et sur les raisons de son refus de l'euthanasie, ainsi que sur l'ampleur du chemin qui reste encore à parcourir.

Soins palliatifs, soins en déshérence

Les soins palliatifs concernent des personnes atteintes de maladies graves et incurables, évolutives ou en phase terminale. Selon ces critères, le Docteur Ferrand, responsable de l'unité mobile de soins palliatifs à l'hôpital Foch de Suresnes et chercheur en bioéthique, considère qu'entre les personnes en perte d'autonomie, les malades graves et incurables et les personnes en fin de vie à proprement parler, la part des patients suivis dans son établissement susceptibles de relever des soins palliatifs se situe autour de 40 %, avec bien sûr des différences d'un service à l'autre.

Les préoccupations autour de la fin de vie sont relativement récentes, puisqu'il a fallu attendre 1999 pour qu'une loi ouvre l'accès aux soins palliatifs, loi complétée par celle de 2002 sur les droits des patients et celle de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui proscrit l'acharnement thérapeutique

et met en place une procédure collégiale d'arrêt des traitements.

La situation actuelle n'est cependant pas satisfaisante, comme le montrent de nombreux rapports. Ainsi, une étude sur « La mort à l'hôpital »⁽⁴⁾ montre que plus des deux tiers des infirmier(e)s considèrent les conditions de fin de vie des personnes qu'ils soignent et qu'ils accompagnent comme inacceptables pour eux-mêmes.

Le rapport d'Alain Claeys et de Jean Leonetti⁽⁵⁾, qui recoupe en grande partie l'avis du Comité consultation national d'éthique de 2013⁽⁶⁾, abonde en ce sens. Il déplore ainsi que l'accès aux soins palliatifs soit trop restreint, avec de fortes inégalités territoriales et selon les services hospitaliers, une offre insuffisamment développée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) la quasi-absence de soins palliatifs à domicile, une information et une formation insuffisantes des médecins, ainsi qu'un cloisonnement très préjudiciable entre soins curatifs et soins palliatifs. Ce constat de déshérence est confirmé par un récent rapport⁽⁷⁾ de la Cour des comptes qui note que seulement un tiers des personnes décédées en 2009 lors d'une hospitalisation en court séjour et susceptibles de nécessiter des soins palliatifs, en ont effectivement bénéficié.

Les avancées de la proposition de loi Claeys-Léonetti et le refus de l'euthanasie

La proposition de loi annexée au rapport de MM. Claeys et Léonetti, adoptée par l'Assemblée nationale et transmise au Sénat, s'inscrit dans la continuité des précédents textes sur les droits des malades et la fin de vie. Elle confirme et renforce le refus de l'acharnement thérapeutique, en précisant d'ailleurs que la nutrition

³ François Hollande. *Mes soixante engagements pour la France*. Engagement n° 21

⁴ Lalande Françoise, Veber Olivier. *La mort à l'hôpital*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Paris, novembre 2009.

⁵ Disponible sur www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000752.pdf

⁶ Comité consultation national d'éthique. *Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*. Avis n° 121, juillet 2013.

⁷ Cour des comptes, « Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète », in *Rapport public annuel 2015*, février 2015, pp. 221-248.

et l'hydratation sont considérées comme des traitements. Elle prévoit un droit à la sédation profonde et continue à la demande du patient pour accompagner l'arrêt d'un traitement, et ceci jusqu'au décès. Sera désormais inscrit dans la loi le principe du double effet chez le patient conscient sujet à des souffrances réfractaires, obligeant les médecins à mettre en œuvre un traitement antalgique et sédatif pour soulager et apaiser la douleur, dut-il avoir pour effet d'abrèger la vie. Enfin, ce texte renforce les directives anticipées qui s'imposeront dorénavant au médecin. Ces propositions ont été adoptées à une large majorité (436 votes pour, 83 abstentions, 34 votes contre).

Faut-il aller plus loin en légalisant l'acte de donner la mort? C'était le sens d'une proposition de loi⁽⁸⁾ des députés Europe Écologie Les Verts examinée – et rejetée – le 28 janvier dernier.

Euthanasie, dans son acception première, signifie mort douce, et très précisément, selon sa racine grecque, *eu-thanasia*: « bonne mort », qu'elle soit naturelle ou provoquée. Dans son acception contemporaine, qui est plus étroite, *euthanasie* désigne la pratique, par un médecin ou sous son contrôle, visant à provoquer le décès d'un individu atteint d'une maladie incurable qui lui inflige des souffrances morales ou physiques intolérables.

Les députés ont majoritairement considéré que les textes actuels, auxquels s'ajoute celui de MM. Clayes et Léonetti, permettent de répondre de manière digne et apaisée à la quasi-totalité des situations de fin de vie (chacun ayant naturellement par ailleurs la liberté de décider à tout moment de mettre fin à ses jours). En autorisant l'administration d'une sédation profonde et l'arrêt de tout traitement – à l'exception des soins palliatifs – jusqu'à ce que le décès survienne, la proposition de loi Clayes-Léonetti se rapproche le plus possible de ce que souhaiteraient les défenseurs du geste euthanasique, sans toutefois l'atteindre. Ce faisant, elle préserve la société de la responsabilité de donner la mort, elle en préserve aussi les soignants, et avec elle la relation de confiance que ceux-ci nouent avec leurs patients, irrémédiablement compromise si la loi leur reconnaissait la possibilité de tuer sans responsabilité pénale.

Ranger la mort parmi les ultimes « thérapeutiques » pourrait par ailleurs conduire à négliger, voire à freiner le développement des soins palliatifs. Surtout, cela risque d'ouvrir la porte à des dérives auxquelles le Comité national d'éthique se déclare « *particulièrement sensible dans une société où la place du réalisme économique peut largement empiéter sur le respect de la personne.* » Parlant des pays qui ont légalisé l'euthanasie, le Comité précise ainsi que « *La cible s'est progressivement avérée être plus large et s'étend aux membres vulnérables de la société. En Belgique, plusieurs majeurs incapables ont ainsi été euthanasiés, de même que des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives dans une phase assez précoce.* »

Mais le refus de l'euthanasie est surtout une question de principe, de conception de notre société et de son droit. Comme le disait Robert Badinter en 2008, « *Le droit à la vie est le premier droit de tout être humain. C'est le fondement de l'abolition de la peine de mort et je ne saurais, en aucune manière, me départir de ce principe. Tout être humain a droit au respect de sa vie, y compris de la part de l'État, surtout en démocratie.*⁽⁹⁾ »

C'est pourquoi les députés Front de gauche, s'ils militent sans réserve pour le respect de la dignité humaine tout au long de la vie, jusque dans ces ultimes moments précédant la mort, ont majoritairement refusé que la loi autorise quelqu'un, fût-il médecin, à mettre fin à la vie d'autrui, même exceptionnellement, même de façon encadrée, même parce qu'une personne le réclame.

Le rapport du Comité consultatif national d'éthique considère d'ailleurs que « *la demande d'euthanasie est moins une volonté profonde de ceux qui en expriment le désir que l'effet de souffrances insoutenables dues aux conditions indignes dans lesquelles on continue à mourir en France* ». À ce titre, l'euthanasie peut être vue comme l'une des options qui s'offrent à notre société. L'autre option, proposée par le Comité national d'éthique, prend en compte la globalité de la personne humaine et préconise « *la prise en charge financière et l'accompagnement humain des personnes malades et handicapées, l'accès équitable aux soins palliatifs, non seulement en fin de vie, mais chaque fois qu'un besoin de soulagement s'exprime, la mise en place des soins*

⁸ Proposition de loi visant à assurer aux patients le respect de leur choix de fin de vie, n° 2435.

⁹ Audition de M. Robert Badinter in *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, procès-verbal de la séance du 16 septembre 2008.

palliatifs à domicile, le développement de la formation des médecins et de la recherche dans le domaine de la fin de vie, l'attention portée à la place des personnes âgées dans la société et la vigilance à l'égard de leurs droits, et l'aide aux aidants familiaux et aux proches ». C'est cet objectif qu'il faut à présent viser.

Le véritable débat est ailleurs

Dans cette optique, ce qu'il est urgent de faire évoluer, ce n'est pas tant la loi que notre approche de la notion de soins palliatifs et les conditions de leur mise en œuvre. Les soins palliatifs, qui s'adressent à tous les patients atteints d'une maladie grave et incurable, dépassent la notion de fin de vie. Dans la mesure où ils se définissent comme l'accompagnement psychologique, thérapeutique et social d'un patient auquel on vient d'annoncer qu'il est atteint d'une maladie grave, incurable et en cours d'évolution, leur mise en œuvre doit être immédiate, dès le diagnostic porté et annoncé, car c'est dès ce moment que les personnes malades et leurs proches ont besoin d'accompagnement et de soutien pour surmonter cette annonce et ses suites. Plus les soins palliatifs sont mis en œuvre tôt, plus la survie est longue et de qualité, plus les conditions sont acceptables, et plus la fin de vie est douce, progressive. Mais pour cela, il faut des moyens que les gouvernements successifs, au-delà des beaux discours, ne semblent pas disposés à accorder en cette période d'austérité budgétaire.

Ainsi, le projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril dernier et transmis au Sénat, se contente-t-il d'inscrire les soins palliatifs comme une des missions des établissements de santé, une déclaration de principe sans grande portée au regard de la situation budgétaire des hôpitaux publics.

Concrètement, cette mission est mise en œuvre par le biais des lits identifiés, créés par la loi Léonetti de 2005. Un lit identifié, localisé dans un service de soins au sein d'un établissement sanitaire ou social, est un lit ayant reçu l'agrément « soins palliatifs » par l'Agence Régionale de Santé, ce qui signifie que l'organisation des soins et les compétences des professionnels permettent la dispensation de soins palliatifs aux malades qui le nécessitent. De l'avis des professionnels, ces lits ont contribué à la diffusion de la culture palliative. Pourtant, le mécanisme d'incitation tarifaire qui a favorisé leur déploiement pourrait être remis en cause, si l'on en croit la réponse faite par le ministère des finances au rapport précité de la Cour des comptes.

Face au scandale qui commençait à poindre et à fissurer l'unanimité espérée autour de la proposition de loi transpartisane de MM. Clayes et Léonetti, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé le lancement d'un plan triennal pour le développement des soins palliatifs. Mais cette déclaration a coïncidé avec l'annonce d'un plan de 10 milliards d'économies d'ici deux ans dans le secteur de la santé, dont 3 milliards dans le secteur hospitalier. Dans ce contexte, il est à craindre qu'il n'y ait pas plus de services de santé, en soins palliatifs comme ailleurs, et pas plus de personnel soignant, que les patients soient mourants ou bien vivants.

Pour diffuser la culture palliative, il est également nécessaire de revoir la formation des médecins. En effet, trop peu sensibilisés à cette problématique, les chefs de service font intervenir trop tard les unités mobiles de soins palliatifs – à supposer même qu'ils le fassent. Pourtant, dans sa réponse à ce même rapport de la Cour des comptes, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a réitéré son opposition à la création d'une filière universitaire de soins palliatifs.

Enfin, la culture palliative ne peut rester cantonnée à l'hôpital et doit s'étendre à la médecine de ville, ainsi qu'aux établissements médico-sociaux. C'est là, entre autres, l'objet des réseaux de soins palliatifs, qui sont pour la médecine de ville, le pendant des unités mobiles dans les hôpitaux. Les réseaux interviennent auprès des médecins généralistes, des EHPAD et des maisons d'accueil spécialisées ou au domicile des personnes en fin de vie. Or, leur rôle est insuffisamment connu et reconnu, et lorsqu'ils existent, non seulement ils ne sont pas financés à la hauteur des besoins, mais ils voient leurs moyens subir une baisse constante.

La situation est également préoccupante dans les maisons de retraite et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui sont particulièrement concernés par cette question de la fin de vie, puisque 90 000 résidents décèdent chaque année en EHPAD, faisant de ces établissements, selon l'Ordre national des infirmiers, les plus grands centres improvisés de soins palliatifs. Pourtant, 86 % des EHPAD ne disposent pas de personnel infirmier la nuit et 75 % d'entre eux n'ont pas la possibilité de joindre un professionnel infirmier en cas de complications. Or, affirme le président de l'Ordre national des médecins, l'absence d'un infirmier la nuit empêche par exemple de laisser fonctionner les pompes à morphine. Il conviendrait donc de rendre obligatoire la présence,

le cas échéant mutualisée, d'un infirmier de garde dans ces établissements qui se définissent comme des maisons de retraite « médicalisées ».

On peut dire pour conclure que si la révision à la marge de la loi de 2005 opérée par la proposition de loi Clayes-Léonetti va dans le bon sens en renforçant les droits des malades et en réaffirmant l'opposition de principe à l'euthanasie, la diffusion de la culture palliative, seul moyen d'assurer aux malades incurables une fin de vie digne et apaisée, reste un vaste chantier. Or, au-delà des belles déclarations d'intention, cet objectif entre en contradiction avec la politique de diminution des moyens alloués à la santé menée par les différents gouvernements avant tout préoccupés de réduction des dépenses publiques. Une raison de plus pour se mobiliser et refuser les politiques d'austérité.

Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Par Jean-Luc Gibelin et Albin Toubiana-Faure

NDLR: nous donnons ici dans la suite de l'article précédent un second texte concernant la fin de vie et qui donne un point de vue différent de celui du Dr Fraysse de l'Assemblée nationale. Il a été rédigé à partir d'un débat qui a eu lieu au Sénat dans le groupe GDR. Ainsi le lecteur aura la diversité des points de vue mais aussi les points de convergence pour se faire sa propre opinion.

Contexte

Après la loi sur les soins palliatifs du 9 juin 1999, après la loi du 4 mars 2002 sur le consentement libre et éclairé des malades aux soins et l'acharnement thérapeutique, et sept ans après l'entrée en vigueur de la loi Léonetti de 2005 sur la possibilité de l'arrêt des traitements, qui introduit notamment les directives anticipées, la fin de vie reste très médicalisée et une majorité de français-e-s décèdent encore à l'hôpital, parfois après une décision médicale qui a hâté leur mort, sans la donner vraiment.

Selon un récent rapport, près de 60 % des Français décèdent à l'hôpital contre 27 % à domicile et 11 % en maison de retraite, alors même que la plupart des patient-e-s souhaiteraient finir leur vie chez eux. Alors que dans un sondage récent, 54 % des sondés sont « absolument favorables », 42 % « favorables », soit un total de 96 % de personnes favorables à l'euthanasie active pour les personnes en fin de vie qui en feraient la demande, une enquête de l'INED de décembre 2009 indique que cette pratique reste exceptionnelle, touchant moins de 1 % des décès.

François Hollande s'était engagé pendant sa campagne de 2012 en faveur d'une « assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité » et a recherché à établir un texte d'équilibre et de compromis. Il a confié au professeur Didier Sicard le soin d'évaluer la loi Léonetti et en juin 2014, après plusieurs avis notamment celui du CCNE (conseil consultatif national d'éthique) et de l'OPECST (Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques) le premier ministre a confié une mission aux deux députés auteurs de la ppl qui a été débattue en séance les 16 et 17 juin.

Principales limites de la loi Léonetti

L'insuffisance des moyens pour les soins palliatifs

Pour accompagner les personnes en fin de vie, la France a augmenté son offre de soins palliatifs mais cette offre reste encore largement insuffisante pour répondre aux besoins qui ne cessent de croître. Seulement 20 % des personnes qui ont besoin de soins palliatifs peuvent en bénéficier, et 70 % des lits sont concentrés sur 5 régions, 45 % des départements n'ont pas d'unités de soins palliatifs (soit 1,5 lit pour 100 000 habitants). Cette situation est bien sur le résultat d'un manque de moyens, mais aussi de l'absence d'une véritable culture palliative en France: les soins palliatifs restent encore trop associés à un échec des soins curatifs, et donc de l'équipe médicale elle-même. Il faut aussi mesurer que les moyens alloués à un service de soins palliatifs ne sont pas suffisants. Il serait utile de demander à la ministre en quoi constitue le « plus » de la classification de lits en lits palliatifs. Il n'y a pas très longtemps (10 ans environ), la dotation supplémentaire pour un lit palliatif était 0.5ETP d'aide-soignante. Certes, il y a des services de soins palliatifs mieux dotés mais sur le territoire national, une part significative des lits identifiés le sont en dehors de services complets.

Peu d'information et d'application des directives anticipées

Les directives anticipées sont actuellement peu fréquentes et la plupart des malades ne connaissent pas cette possibilité. Lorsqu'elles sont rédigées, elles ne sont pas considérées par la loi comme l'expression de souhaits et les médecins demeurent seuls décideurs. Il est délicat de demander que les directives anticipées soient obligatoires mais actuellement elles sont vraiment très peu connues et par exemple, il n'y a pas de temps d'explication de prévu pour que les personnes rédigent ces directives anticipées. C'est aussi très insuf-

fisamment demandé par le corps médical ni même par l'administration des établissements de santé.

Le manque de prise en considération de la parole des malades

La fin de vie échappe toujours aux patients et le corps médical n'est pas toujours formé à accompagner le mourant. Il est indispensable qu'il y ait un temps de formation dans le cursus universitaire mais aussi qu'il y ait des temps valorisation de la parole des usagers notamment pour la fin de vie.

L'absence de reconnaissance d'un droit à l'euthanasie active et au suicide assisté

Alors que 96 % des Français souhaitent autoriser les médecins à mettre fin, sans souffrance, à la vie de ces personnes atteintes de maladies insupportables et incurables si elles le demandent, la loi ne le permet pas aujourd'hui. En somme la loi Léonetti autorise le « laisser mourir », mais ne permet pas le « faire mourir ». Une des limites de la loi, c'est justement la dimension « perso-dépendant ». Des médecins et des équipes savent très bien gérer ces situations notamment dans le respect des personnes, d'autres nettement moins.

La proposition de loi en discussion au Sénat

Le texte reconnaît un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès (article 3), que l'on peut qualifier de sédation terminale, tout en arrêtant tout traitement. Or, l'article 2 stipule que « la nutrition et l'hydratation artificielle sont des traitements » ; de fait, ce texte permet la sédation terminale tout en supprimant toute alimentation et hydratation au patient... Mais la commission des Affaires sociales a supprimé dans l'article 2 la précision que « la nutrition et l'hydratation artificielle sont des traitements ». Dans notre PPL de 2010, nous ne nous satisfaisions pas de cette sédation terminale, car si elle répondait à la demande du patient de ne plus vivre, elle ne répond pas à celle, légitime, d'une fin de vie calme, rapide et digne. Il y a là une certaine hypocrisie à accepter la décision du patient en fin de vie d'abrèger ses souffrances, sans toutefois l'accompagner jusqu'à la phase terminale de sa décision. De plus, il s'adresse aux patients majeurs lorsqu'ils sont atteints d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme et qu'ils présentent une souffrance réfractaire au traitement, ou lorsque leur décision d'arrêter un traitement engage leur pronostic vital à court terme.

Tous les cas dramatiques, et malheureusement trop médiatisés de ces dernières années, ne sont donc pas concernés pas ce texte; tout comme ne seront pas concernés les patients atteints d'une affection grave et

incurable mais qui ne seront pas jugés avoir un pronostic vital engagé à court terme. Dans son article 5, le texte renforce le droit pour un patient dûment informé par le professionnel de santé de refuser tout traitement; c'était là tout le sens de la loi de 2002, même si le droit à l'information est renforcé, rien n'autorise d'aller plus loin. Il renforce le poids des directives anticipées qui s'imposeront dorénavant aux médecins. Un modèle unique de directives sera réalisé. Ces directives pourront être enregistrées dans un registre national (Article 8). C'est sans doute l'avancée majeure de ce texte, mais je devrais dire **c'était là toute l'avancée du texte**, car la commission est revenue sur ce point en précisant que « la possibilité ou l'impossibilité d'appliquer les directives est inscrite au dossier médical » c'est-à-dire qu'une décision collégiale peut décider qu'il n'est pas possible d'appliquer les directives anticipées et en informe le malade et ses proches! Elles redeviennent facultatives, en quelque sorte... Ce recul n'est pas acceptable. Le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage, à l'exclusion des directives anticipées (Article 9). C'est là une avancée face à la situation actuelle, maintenue dans le texte.

Enjeux

La mort est inhérente à la vie, elle est une affaire personnelle et familiale; les structures de soins doivent être au service des patients et il est du devoir des personnels soignants bien sûr de prodiguer les meilleurs soins possibles à leurs patients mais aussi de les accompagner au cours de cette phase naturelle et normale de la vie qu'est la mort. Dans ces moments douloureux de fin de vie, le sentiment de perte de dignité est particulièrement important. Cela est sans doute en lien avec l'image renvoyée par le regard des autres, par la place dans la société, ou par la qualité perçue de l'accompagnement. Mais il est dû aussi et surtout par l'idée même que chacune et chacun a de sa propre image, de sa dégradation dans la maladie, de son incapacité à remplir les actes les plus simples de la vie quotidienne. Se nourrir, se laver, se déplacer...

Dans le débat qui s'ouvre, il apparaît important de mettre en avant les axes suivant dans notre argumentaire:

- Développer les soins palliatifs pour toutes et tous et donner aux services de soins palliatifs les moyens de faire leur travail; Il faut porter dans le même mouvement une réflexion sur ce que doit être un service de soins palliatif digne et utile.
- Mieux faire connaître la loi Léonetti, malgré son insuffisance, et mieux la faire appliquer.
- S'assurer du respect de la volonté des patient-e-s en fin de vie et du respect de leur dignité.

Il me semble que l'on peut aussi apporter des critiques sur la déshydratation. En effet, la sédation terminale induit une altération de la vigilance et de la conscience dans le but d'apaiser les souffrances des patients mais elle entraîne une déshydratation et une dénutrition dont on ne connaît pas le degré de souffrance induit. Aussi, bien que l'article 2 qui stipule que « la nutrition et l'hydratation artificielle sont des traitements » ait été modifié en commission, il me semble qu'on pourrait insister sur ce point.

Il est proposé que dans le prolongement de la PPL « Euthanasie volontaire » déposée par Guy Fischer en 2010 et dont certaines et certains parmi nous sont cosignataires, les élu-e-s favorables à l'euthanasie et au suicide assisté puissent déposer et voter des amendements en leurs noms, sans engager l'ensemble du groupe, mais en conformité avec les convictions de chacun; les directives anticipées, devenues contraignantes à l'Assemblée nationale, ce qui était une avancée importante, devraient pouvoir faire l'objet d'un amendement que nous pourrions toutes et tous cosigner afin de les rendre de nouveau contraignantes.

Malgré l'insuffisance de ce texte, qui se place dans le prolongement de la loi Léonetti, nous proposons que le groupe émette un vote favorable, puisque l'insuffisance consiste dans le fait que l'euthanasie n'est toujours pas légalisée. Les députés-e-s GDR ont voté pour, et le collectif « santé » du CN est plutôt sur la même position que nos député-e-s.

POSITIONS DES ORGANISATIONS INTERVENUES SUR LE SUJET :

➤ L'ADMD (Association Pour le Droit de Mourir dans la Dignité)

Chaque citoyen doit pouvoir aborder sa fin de vie dans le respect d'égalité et de liberté. Si le développement des soins palliatifs doit être une priorité nationale, ces soins palliatifs ne doivent pas être opposés au fait que toute personne, arrivée à un stade de la maladie et soulagée de ses souffrances du mieux possible, doit pouvoir choisir la mort si elle le souhaite et recevoir pour cela l'aide dont elle a besoin. Toute personne majeure doit pouvoir rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à la fin de vie, elles sont révocables à tout moment. À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin doit en tenir compte pour toute décision la concernant. À l'heure actuelle,

la loi Léonetti permet les directives anticipées, mais elle n'oblige pas le médecin à les respecter et à justifier qu'il les a prises en compte. L'avis de la personne de confiance, pourtant désignée comme mandataire par le patient, ne prime pas sur les avis médicaux. Elle permet seulement l'arrêt d'une médication. L'ADMD entend obtenir qu'une loi visant à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté et à assurer un accès universel aux soins palliatifs soit votée par le Parlement, comme le réclament 96 % des Français interrogés par l'institut de sondage Ifop en octobre 2014.

➤ L'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales)

L'UNAF considère que la loi Léonetti est une bonne loi qui nécessite d'être corrigée et améliorée. L'introduction du principe du double effet doit permettre au médecin de « faire venir la mort » en soulageant le malade par des antalgiques sans avoir recours à l'euthanasie. Les directives anticipées appellent une étude plus exhaustive et plus approfondie. Le congé d'accompagnement est une piste répondant au souci d'un entourage chaleureux pour une fin de vie apaisée. L'UNAF est satisfaite que cette proposition ait adopté un positionnement de compromis permettant de répondre à la demande des patients de mieux faire entendre leur volonté dans ces moments, mieux informer la population sur l'intérêt de rédiger des directives anticipées sur un formulaire unique, rendre plus contraignantes pour les médecins ces directives, renforcer la formation des professionnels de santé sur la mise en place des soins palliatifs.

➤ L'AFC (Associations Familiales Catholiques)

La loi Léonetti est un bon équilibre entre droits des patients et prise en compte de la réalité médicale face à la fin de vie. Elle demeure trop peu connue et insuffisamment appliquée et mérite d'être renforcée. Cela implique de :

- Former des médecins à l'accompagnement tout au long du parcours de santé
- Informer et soutenir les personnes en fin de vie et leurs proches
- Soutenir le développement d'une culture de soins palliatifs et de la prise en charge précoce de la douleur dans tous les lieux de soins.
- Faire connaître les soins palliatifs, les directives anticipées, les comités d'éthique, au grand public en s'appuyant sur les associations de représentants d'usagers dans les établissements de santé.
- Privilégier le dialogue et la concertation avec le corps médical plutôt que d'instaurer une méfiance en rendant les directives anticipées contraignantes.

La mutualité ne peut pas jouer contre la Sécurité sociale universelle

Par le D^r Michel Limousin

C'est au plus loin de l'histoire de la protection sociale et de la culture ouvrière et sociale que l'on trouve la mutualité. La mutualité a été un partenaire précieux dans la protection sociale et est à l'origine de réalisations de haut niveau comme les œuvres sociales mutualistes dans le Bouches du Rhône. Elle a été un pilier du mouvement ouvrier, nous ne l'oublions pas.

Après la mise en place de la Sécurité sociale, la volonté d'être un agent de complémentarité en termes de remboursement pour la mutualité s'est fait jour. Il y a d'abord eu la période où le 100 % était de fait réalisé pour les usagers adhérents d'une mutuelle. C'était appréciable au niveau financier mais cela n'a pas contribué à une pleine conscience des enjeux de défense et de promotion de la Sécurité sociale. Ensuite est venu le temps de la concurrence avec l'assurantiel comme cela a été formalisé dans des directives européennes. Ce coup de force idéologique néolibéral a profondément marqué le paysage et laisse des traces encore aujourd'hui. Il était sans doute illusoire de penser concurrencer le monde assurantiel sur ses terres. À quelques années de distance, bon nombre de citoyens ne font plus aujourd'hui la différence entre les opérateurs du « complémentaire santé » entre les assurances, les institutions de Prévoyance et les mutuelles. La crise a frappé les populations : le mouvement de démutualisation des personnes en particulier des plus pauvres montre l'impasse dans laquelle se sont engagés les dirigeants mutualistes. Les inégalités sociales de santé progressent et témoignent de l'échec des politiques poursuivies. Le code de la mutualité doit être revu car il est la principale cause juridique de cette dramatique situation. Ce sont les assurances qui sont en train de gagner la partie. Et l'affairisme avec ses compromissions. Le complémentaire assurantiel est un mirage.

La mutualité est forte de 38 millions de membres. C'est un poids considérable qui aurait sans doute pu être plus mobilisé dans une conception de démocratie sociale offensive. Avec le recul, il nous semble que la mutualité n'a pas tenu la place qu'elle aurait pu dans une démocratie sociale qui fait gravement défaut. C'est sans doute un rendez-vous manqué qu'il nous faut avoir à l'esprit pour s'en prémunir à l'avenir.

Notre proposition de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des dépenses de santé pose la question de la place et du rôle de la mutualité. Nous pensons que la force et la puissance du mouvement mutualiste doivent être préservées et mises à la disposition de missions renouvelées. C'est le cas de la prévention et de l'éducation à la santé. La mutualité a la structure pour assurer un grand travail de masse de prévention, de mise à disposition d'information et de structures d'éducation à la santé. C'est une dimension indispensable d'une politique progressiste et efficace de la santé. Elle doit être soutenue dans cette démarche.

Dans la gestion à démocratiser de la Sécurité sociale, la place des ayants droit à la santé doit être repensée de manière radicale. Il faut que les élections au conseil d'administration de la Sécurité sociale soient rétablies avec comme première mission de réfléchir et d'inventer une nouvelle organisation déterminant la place des usagers. Les associations d'usagers doivent y trouver une place mais la mutualité a une vraie légitimité à représenter une grande partie des ayants droit à la santé. Elle pourrait trouver une place dans la gestion de la Sécurité sociale en ayant abandonné le complémentaire qui disparaît avec une prise en charge à 100 %.

La mutualité gère des établissements et des centres de santé. Cela contribue au maillage du territoire et doit tisser des liens privilégiés avec le service public. Dans la dimension prévention et réponse aux besoins de la population, l'augmentation du nombre de centre de santé sera déterminante. La mutualité a une place importante à y tenir. Cette gestion doit permettre de mettre en œuvre une démocratie participative de proximité, la meilleure réponse aux besoins de la population.

Oui, avec une Sécurité sociale à 100 %, la mutualité a de l'avenir et une place à tenir dans la protection sociale.

Quatre notes supplémentaires du D^r Salomon à propos des médicaments essentiels

NDLR: Le D^r Jean-Claude Salomon, AIHP, interniste, directeur de recherche honoraire au CNRS (immunologie et cancérologie) a travaillé à l'Institut de recherche scientifique sur le cancer du CNRS, Villejuif. Il a été le fondateur et le rédacteur en chef de Invasion and Metastasis (Karger edit) 1980-1988 et The Cancer Journal 1986-1998. Il a publié plus de 100 articles originaux dans des revues internationales. Ses Livres: "Le tissu déchiré" au Seuil, collection Science Ouverte, en 1991 et "Le complexe médico-industriel" chez Mille et Une Nuits en 2003.

Nous donnons ici quatre notes complémentaires concernant les médicaments dits essentiels. Elles font suite aux dix notes que nous avons publiées dans le N° 16 de mars 2015 précédent. Le sujet fait débat et dépasse largement le cercle médical. La rédaction des Cahiers n'est pas engagée par ces propositions mais ouvre le débat.⁽¹⁰⁾

Note N° 11 : Médicaments essentiels et modèle industriel et commercial

L'adoption d'une liste restreinte de médicaments essentiels (ME) par les prescripteurs français aura progressivement une indéniable incidence sur l'économie pharmaceutique. L'objectif à terme plus ou moins proche est que ces ME représentent un volume croissant des médicaments prescrits aussi bien en médecine ambulatoire qu'en médecine hospitalière. Ces ME pourraient raisonnablement occuper autour de 85 à 90 % de ce qui est indiqué chez les sujets âgés et chez les patients atteints de maladies de longue durée. Au vu des résultats suédois et de la composition de la liste, telle qu'elle paraît dans ses variantes initiales, il s'agit de médicaments ayant une ancienneté suffisante pour être dans leur grande majorité accessible sous forme de génériques.

La concentration sur un nombre restreint de médicaments est alors une condition parfaite pour obtenir de considérables économies d'échelle dans la négociation avec les producteurs. Il devient envisageable de fixer l'objectif économique par référence au coût réel de production de ces produits de santé. C'est-à-dire au prix de revient réel. Deux éléments doivent dès à présent être mis en avant qui imposeront un nouveau modèle économique et modifieront profondément le marché.

D'une part la transparence assez récente sur la réalité des coûts réels de production et des coûts

de l'innovation. Ils sont très éloignés de ce que prétend la plupart des firmes pharmaceutiques et leurs syndicats ;

D'autre part la mise en concurrence des entreprises multinationales, telles qu'elles sont à présent et des entreprises de l'économie sociale, productrices exclusives de ME, qui ne manqueront pas d'être créées pour occuper un créneau indispensable au fonctionnement harmonieux du service public de la santé. En effet il est de l'intérêt des citoyens que les ME soient considérés comme des biens communs aussi indispensables que l'air, l'eau, la lumière ou les aliments. Et à ce titre qu'ils soient fabriqués, conditionnés, distribués, vendus et prescrits au meilleur compte pour les patients, les familles et la collectivité.

Là je m'arrête pour faire le point. Si une part importante en volume et primordiale en efficacité est vendue dans les officines, comment accumuler suffisamment de moyens pour inventer les médicaments de demain ?

Trois remarques :

1. Malgré une accumulation de capital jamais atteinte auparavant, depuis 25 ou 30 ans l'innovation est progressivement et durablement tombée en panne.
2. Qui acceptera de financer l'innovation si la prise de risque financier n'est pas associée à la perspective de gros retours sur investissement ? Probablement pas les mêmes qui imposent ces gros, ces énormes bénéfices, en refusant de courir les risques, dont ils font état sans jamais les assumer.
3. Les très rares innovations ne sont quasiment jamais le fruit des recherches faites par les sociétés multinationales. Elles proviennent des laboratoires

¹⁰ Ces notes sont en accès libre sous Creative Commons Attribution License, qui autorise l'utilisation sans restriction, la distribution et la reproduction dans n'importe quel medium, à la condition que le nom de l'auteur et la source soient indiqués en référence (<http://tribunes.com/me/index.htm>).

publics et/ou des startups, souvent branchées sur les laboratoires publics. Les multinationales se contentent de racheter les brevets gagnants sans risque, ou d'inventer des *me-too*.

Alors tirons la leçon de cet état de fait. Produisons et vendons les ME en dehors du marché, dans les structures *ad hoc* de l'économie sociale, à but faiblement lucratif. Fixons les prix partir du coût réel de production des médicaments produits. Les bénéfices raisonnables seront partagés entre :

- le soutien à la recherche publique, y compris des primes substantielles pour les chercheurs et les équipes innovantes, en respectant la propriété intellectuelle individuelle et/ou collective des scientifiques,
- le développement de la filière pharmaceutique dans l'économie sociale et solidaire à l'intérieur d'un modèle économique original, soumis aux exigences de la qualité et de la réussite.

Note N° 12 : Médicaments Essentiels : des experts indépendants

Les médecins qui ont participé à l'élaboration de la liste des médicaments essentiels (ME) seraient-ils réellement plus compétents et indépendants que ceux qui participent aux commissions qui délivrent les autorisations de mises sur le marché (AMM) ou qui déterminent le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu (SMR - ASMR)? Nous nous garderons bien de répondre à cette question qui a été soulevée par des commentateurs de la démarche vers les ME. Les uns et les autres n'ont pas accompli des tâches identiques et le contexte de leurs actions est profondément différent. Les commentaires portant sur les travaux des commissions auxquelles l'autorité publique demande la participation de professionnels de santé⁽¹¹⁾ ont fait l'objet de commentaires critiques très nombreux, souvent fondés sur la mise au grand jour de conflits d'intérêts, parfois graves.

Ceux qui ont œuvré pour la liste des ME sont tous des prescripteurs dont la qualité professionnelle est reconnue. Par qui l'est-elle sinon par d'autres experts? Il n'y a pas de fin à ce questionnement. C'est donc sur le fruit de leur travail que l'on peut évaluer

leur compétence, comme aussi bien on peut mesurer leur indépendance sur la méthode utilisée pour ce travail collectif. Les promoteurs du concept de ME sont parfaitement conscients de ces limites. La compétence indiscutable n'existe pas. Les savoirs « véritables » et définitifs sont une illusion. N'est pas illusoire la méthode scientifique qui a l'objectif plus modeste de définir des niveaux de preuve et les moyens de parvenir au niveau le plus élevé qu'on peut atteindre à un moment donné.

Pas plus que la vérité absolue, l'indépendance totale n'existe pour les experts. Ceux qui ont bénévolement participé ont accepté de faire la déclaration de leurs liens d'intérêts qui leur était demandée. D'un commun accord ils ont défini les étapes de l'opération et ils ont décidé que leurs contributions seraient anonymes et codées. Entre autres raisons, ceci leur permettait de rompre sans crainte d'éventuels conflits d'intérêts. Cela est conforme à l'usage pour les référents appelés à évaluer la qualité des publications scientifiques. Enfin la participation d'un nombre assez élevé de cliniciens référents, travaillant indépendamment les uns des autres, a réduit à presque rien les influences mutuelles, laissant chacun décider de ses choix en fonction de ses propres savoirs, de sa conscience professionnelle, de ses lectures et de son expérience personnelle de prescripteur, traitant de vrais malades. Dans les commissions traditionnelles chacun agit et subit l'influence de tous les autres et parfois mêmes les influences indésirables des lobbyistes à l'affût. En évitant ce genre d'écueil, cette démarche collective protégée permet probablement d'éliminer les conflits d'intérêts et le trafic des influences qui sont parvenus depuis nombre d'années à fausser des jugements, avec les conséquences si souvent préjudiciables aux patients.

Il faudra désormais que les résultats codés bruts des échanges qui ont conduit à établir la liste des ME soient mis à la disposition des chercheurs qui voudraient les traiter d'une autre façon. Nous formulons l'hypothèse que les participants ayant ou n'ayant pas de liens d'intérêts n'auraient pas produit des listes significativement différentes. Reste à le démontrer.

¹¹ Il faut pour être plus complet y ajouter le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS).

Note N° 13 : Transition de l'idée à la réalité

L'idée de distinguer parmi les médicaments ceux qui sont essentiels (ME) et ceux qui ne le sont pas, n'est pas nouvelle. Selon les pays elle a subi bien des vicissitudes. Après avoir tenté de le faire, seule la Suède a mis en pratique ce concept avec succès. Sous l'impulsion du groupe Princesps, la volonté de faire vivre, dans les faits, cette orientation émerge en France. Parviendrons-nous à réussir, malgré les obstacles qui ne manqueront pas de surgir en cours de route? Les uns le souhaitent, mais n'osent y croire, les autres plus volontaristes pensent que cet objectif est réaliste mais risqué, d'autres enfin feront tout ce qui est en leur pouvoir pour empêcher sa réalisation. Les jeux ne sont pas faits. Pour toucher au but, il faudra de l'audace, de l'imagination et de l'opiniâtreté.

Nous partons d'une situation dont nous voyons de mieux en mieux qu'elle a généré une confusion préjudiciable à la santé des personnes et de la population. Ceci est bien perçu par les patients et leurs familles et par les professionnels de santé, qui réagissent à nos propos. Ils perçoivent tous, et le disent, que l'effort vers la sélection des ME apporte un éclaircissement salutaire. Il est plus aisé de manier une centaine de médicaments que des milliers, pourvu que ce soit les plus efficaces, les moins chargés de risques.

Sur un sujet aussi sensible, rien ne pourra réussir sous la contrainte, toutes les chances seront réunies si l'on sait convaincre par la logique et la rigueur des arguments. Sachant qu'il faudra toucher les prescripteurs, mais aussi les patients et leurs proches. Le choix des ME, la qualité des sélectionneurs et leur indépendance, la méthode pour établir une liste consensuelle sont les premiers arguments sur lesquels s'appuyer. La suite sera l'affaire d'une concertation durable mobilisant de plus en plus de prescripteurs pour la mise à jour d'une liste de ME toujours restreinte et perfectible. Faisant appel, à tous les savoirs fondés sur les preuves grâce auxquels la promotion atteindra un niveau supérieur de crédibilité, les médecins généralistes seront les plus sollicités de mettre en application ce choix optimal destiné à leurs patients. Un logiciel d'aide à la prescription particulier devra y être consacré. Les patients et leurs familles seront mis à contribution. Non seulement en les informant, mais en leur donnant les outils pour participer à cette concertation durable à deux niveaux : par le dialogue avec leur médecin traitant et par les réponses et les

interpellations sur Internet sur le site dédié aux ME. Cet échange patients médecins est une clé du possible.

Combien de temps faudra-t-il pour qu'une telle option porte ses fruits? Des années sans doute. L'impatience serait une mauvaise approche. Tout comme la nonchalance ou l'indifférence. Comptons donc sur les interactions entre médecins et malades pour stimuler ce processus et aiguillonner les pouvoirs publics. Comment mieux réveiller la volonté que de prévoir d'emblée la collecte des résultats cliniques, source des arguments les plus convaincants. La mise en œuvre, dès le début, doit être conçue pour que l'analyse de ces résultats soit un élément indispensable de l'approche. C'est en termes de santé publique et par une mise en évidence des bénéfices individuels que patients et professionnels, dans le langage que chacun pourra comprendre, mesureront si ce choix des ME est un progrès réel. La mortalité, la morbidité devront en être favorablement affectés. L'assurance maladie s'efforcera de mesurer de son côté les économies espérées. Les citoyens attentifs feront alors le bilan des opérations. Mais ne vendons pas la peau de l'ours avant de l'avoir tué.

Note N° 14 : Les médicaments essentiels de l'OMS

Ce serait faire injure à l'OMS d'ignorer que le concept de « médicaments essentiels » (ME) a vu le jour au sein de cette organisation en 1977⁽¹²⁾. Presque quarante ans déjà. Il est donc légitime de s'interroger sur ce qui s'est passé pendant ces quarante années à l'OMS et sur le terrain, c'est-à-dire dans les différents pays où ce thème a été abordé.

De très nombreux pays sont en possession d'une liste de ME précieusement mise à l'abri dans un tiroir ou sur une étagère, sans pour autant que cela inspire les prescripteurs. Parfois ces listes sont mises à jour de façon périodique, mais pas toujours. Parfois elles sont accompagnées de la liste des affections les plus fréquentes pour lesquelles ces médicaments sont indiqués, mais pas toujours. À notre connaissance les seuls qui font un usage méthodique des ME sont les généralistes Suédois et les organisations humanitaires (ONG) dans les pays du Sud.

¹² Très en avance sur l'OMS, en 1970 la Tanzanie rédigea sa première liste de ME. R. Laing, B. Waning, A. Gray, N. Ford, Ellen 't Hoen. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. Lancet 2003; 361: 1723-29

Nous n'avons pas su trouver les travaux d'évaluation sur les résultats en termes épidémiologiques, apportant la preuve de l'efficacité des ME sur la santé de cette mise en pratique. Merci d'avance à celui (ou celle) de nos lecteurs qui pourrait nous éclairer sur ce point. La simplification du choix des produits a-t-elle conduit à une réduction significative des effets iatrogènes observés? La réduction de la diversité des médicaments prescrits a-t-elle entraîné une réduction significative de la consommation en volume?

Conçus pour tous les pays, les ME ont été d'entrée de jeu ramenés aux marchés initialement peu porteurs des pays les plus démunis, pour lesquels devait s'appliquer une médecine de pauvres. Collant aux ME de façon durable le stigmate des laissés-pour-compte. Il faudra comprendre ce qui déterminera l'OMS à se résigner à cette discrimination. Les ME ne sont pas l'indice d'une médecine au rabais. Bien au contraire. C'est un choix plein de dignité et d'assurance, dont la validité sera mise en question au fil du temps. Ce choix est totalement rationnel dans un pays, comme la France qui accepte de consacrer 11 % de son PNB à la santé. Les pays, où les systèmes de santé sont modernes et suffisamment indépendants des forces financières, peuvent piloter l'évolution du mode de prescription par des analyses rigoureuses des effets de changements aussi importants des pratiques des généralistes. L'existence et la compatibilité des grandes bases de données de l'assurance maladie obligatoire et de l'hospitalisation sont les outils nécessaires au suivi de l'introduction des ME.

Cependant ce suivi doit impérativement être assuré à la fois par les généralistes qui les prescrivent eux-mêmes (audit interne) et par des épidémiologistes mandatés par les départements de thérapeutiques universitaires et/ou par l'autorité de santé (audit externe). Il serait préférable que les institutions de l'Assurance maladie ne s'en mêlent pas, pour bien souligner l'indépendance des prescripteurs face aux gestionnaires de la protection sociale. L'intention économique est et doit demeurer seconde par rapport à l'intention sanitaire. Ce qui n'autorise cependant pas à négliger aucune dimension économique du problème. Tous les personnels participants à l'évaluation devront être formés et rémunérés pour accomplir ce travail avec efficacité, sans délai inutile. De surcroît, les données collectées devront sans retard être accessibles à tous les chercheurs.

Une politique de Santé pour les Régions et les Territoires

Par Jean-Luc Gibelin

La région niveau pertinent pour les problématiques de santé, le département pour celles de la perte d'autonomie et de la petite enfance.

La question des niveaux de responsabilité nécessite d'être prise en compte. La santé doit plus que jamais être une responsabilité nationale. Il est indispensable que le gouvernement détermine une politique nationale de santé qui se donne pour objectifs, à la fois, l'égalité d'accès à la santé, la construction d'une offre de soins de haut niveau qui réponde aux besoins de santé des populations et l'adaptation de cette offre de soins aux objectifs d'égalité d'accès aux soins. La volonté forte est de remettre en cause les inégalités de santé, qu'elles soient géographiques ou sociales. Il ne faut pas lâcher sur cette dimension nationale de la santé avec un vote du parlement sur ces aspects.

La région, est pour nous la bonne échelle pour la cohérence des questions de santé. Le périmètre des régions actuelles répond plus ou moins correctement à l'organisation territoriale de la réponse aux besoins de santé des populations. Or ce cadre va évoluer avec la réforme des collectivités territoriales. D'un côté, l'accroissement considérable de certains périmètres régionaux va remettre en cause la cohérence de l'organisation territoriale actuelle de l'offre de soins et de santé, au point de remettre en cause l'accès aux soins sur certains territoires. De l'autre, la concentration urbaine que cette réforme entraîne risque d'accentuer certains risques sanitaires que l'offre de soins actuelle pourrait ne pas être en mesure de résoudre. Dans ce contexte, le niveau « d'excellence » des Centres hospitaliers universitaires et régionaux est et doit rester un aspect structurant de la réponse aux besoins de la population permettant de s'articuler à une politique locale de l'offre de soins.

La région est un niveau pertinent pour approcher d'une part, la globalité des besoins, la mise en cohérence des réponses, l'impact des interventions, et d'autre part, l'état des lieux de la casse hospitalière, la désertification des territoires, les capacités de résistance...

Complémentairement, nous considérons que le département est le niveau pour la cohérence en matière de petite enfance et PMI, pour la mise en place du pôle public de l'autonomie.

Les territoires de santé: une donnée forte depuis les lois de droite, un espace réel, une organisation territoriale de la santé.

La loi « Hôpital, patient, santé, territoires » a instauré les territoires de santé. La loi Touraine va les conforter. Ce sont les DG ARS, directeurs généraux des Agences régionales de santé qui ont la responsabilité de découper les régions en territoires de santé. C'est donc un des éléments structurants de l'organisation de la santé dans les régions particulièrement avec la notion des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), regroupant de manière unique par territoire les établissements sanitaires et médico-sociaux publics dans une entité administrative autonome. L'objectif est de concentrer de manière considérable les lieux de direction des structures sanitaires et médico-sociales pour mieux « maîtriser » ces directeurs nationalement Et mieux les forcer à répondre aux impératifs de réduction des dépenses de santé hospitalières.

Notre démarche: partir des besoins de santé de la population et chercher à y adapter les capacités de l'offre de soins ou à la développer pour cela, à l'opposé d'une recherche prioritaire d'adaptation de l'offre de soins aux objectifs d'équilibre budgétaire et comptable qui organisent la répartition de l'offre de soins au moins pire des besoins jusqu'à encourager leur privatisation.

C'est une dimension déterminante. Depuis la loi « Bachelot », la logique des politiques de santé a été renversée. La notion « des besoins » a totalement disparu au bénéfice de celle de la répartition de l'offre de soin répondant à des impératifs d'équilibre budgétaire et comptable de la sécurité sociale et de l'État. Ce n'est plus la politique de santé qui s'adapte à la réponse aux besoins de santé, mais l'offre de soins qui s'adapte aux objectifs budgétaires de l'État. Ce n'est évidemment pas la même chose.

Il est indispensable que la politique de santé réponde de nouveau en premier lieu aux besoins de la population. L'offre de soins que répartit chaque DG ARS n'a de sens et ne peut être appréciée qu'au regard des besoins de santé. Nous sommes les seuls à parler de la priorité des besoins de santé, à ne pas retirer aux ayants droit à la santé l'expression de leurs besoins de santé.

Le moteur de notre projet : la démocratie

Nous proposons que la démocratie soit concrétisée à tous les niveaux. Elle doit permettre l'expression des besoins mais aussi assurer un contrôle démocratique des décisions et de la mise en œuvre des réponses aux besoins de santé. À l'opposé des opérations médiatiques vantant la démocratie sanitaire au moment où les décisions sont de plus en plus prises uniquement par le DG ARS, nous proposons la mise en place dans la durée d'une structure pérenne inédite qui donne sens à des propositions alternatives et à la pratique politique de proximité : lieu de recensement des besoins sanitaires et sociaux, lieu de détermination des réponses à apporter à ces besoins, lieu de contrôle démocratique de la mise en œuvre de ces réponses.

Problème : Quelle doit être la composition de cette structure, comment en définir ses membres ?

Ce n'est pas une entreprise de communication passagère et/ou opportune de quelque force politique en mal de reconnaissance sur les questions de santé, ce n'est pas une entreprise de flatterie des professionnels de santé, ce n'est pas un colloque, avec force d'experts, aussi compétents soient-ils, pour régler, en deux ou trois jours l'état sanitaire d'une région.

C'est une démarche ancrée dans la proximité, dans les cantons, les villes et villages, les départements ; c'est une mise en commun, pour une élaboration de propositions alternatives, sur la base des attentes, connaissances et compétences de toutes celles et ceux qui ont intérêt à ce que cela change, vite.

Concrètement cela s'organise comment ?

Une telle démarche s'inscrit dans une volonté partagée de concrétiser la démocratie sanitaire participative de proximité.

S'engager dans la tenue d'Assises locales, c'est s'engager dans la construction de lieux de l'intervention citoyenne, pour et avec :

- Les professionnels de la santé/syndicats

- Les usagers/patients/associations/comités locaux de défense
- Les élus (locaux, départements, régions)

Le « tiercé gagnant » : **besoins/propositions (dont le financement)/ action** devrait être toujours présent. La démarche démocratique participative de proximité doit rester visible, les propositions portées à la connaissance de la population pour son soutien actif, dans un mouvement à double sens villes, canton, départements, région.

Les enjeux de santé pour les prochaines élections régionales

Les différences de mise en œuvre des choix gouvernementaux par les DG ARS ne doivent pas faire perdre de vue, au final, la finalité de la démarche engagée : poser des actes politiques forts pour la construction d'une politique de la Santé publique luttant contre les inégalités d'accès aux soins, pour une offre de soins de haut niveau, et répondant aux attentes et besoins de la population et des professionnels. C'est la démarche du projet partagé dans le rassemblement de la gauche réunie dans le Front de gauche.

La démocratie sanitaire, participative et de proximité est au cœur de nos propositions. Elle est indispensable pour combattre tout de suite les reculs de la loi « Bachelot » comme celle de Marisol Touraine. S'ils doivent rester articulés aux enjeux nationaux, régions et territoires ont aussi besoin de vrais projets avec une vue d'ensemble. Ils ont besoin de maîtriser l'ensemble de la politique territoriale de santé afin d'adapter l'évolution de l'offre de soins et de santé en fonction des besoins de leurs populations. Cette politique territoriale nécessite de véritables schémas régionaux des politiques de santé.

Il en est ainsi des structures sanitaires ou médico-sociales insuffisamment sécurisées. Un bilan régional, consolidé au niveau national est la première étape du traitement de ce problème. Il faut construire dans chaque région un plan de remise aux normes, établissement par établissement.

La problématique de la démographie médicale exige urgemment cette nouvelle approche des questions de santé et de l'offre de soins, pouvant lutter contre les inégalités territoriales qui continuent de se creuser alors que de nouvelles fractures territoriales apparaissent, que des déserts médicaux urbains et ruraux menacent de s'étendre.

C'est pourquoi, nous voulons relancer dans le cadre de ces régionales, la proposition que nous avançons lors des élections départementales de demander la mise en place de Conseils cantonaux (ou de bassins) de santé, qui seraient l'outil pertinent à ce territoire. Ces conseils cantonaux (ou de bassins) de santé veilleront à l'expression des besoins de santé de manière spécifique pour le secteur concerné (y compris en matière de démographie médicale en vue de définir les besoins de professionnels de santé), valideront la réponse à ces besoins apportée sur le territoire concerné et contrôleront démocratiquement la mise en œuvre des réponses. Cela permettra les réajustements indispensables et les évaluations démocratiques.

La territorialisation peut être un instrument permettant de concilier les objectifs d'égalité et de proximité. Comme le montre si bien, Emmanuel Vigneron⁽¹³⁾, géographe de la santé, la santé ne peut être abordée comme un champ isolé des politiques publiques locales et nécessite des instances transversales de proximité.

Cela passe aussi clairement par un moratoire sur les fermetures de services, d'activité et d'établissements comme l'avaient proposé les Sénatrices et Sénateurs du groupe CRC; au contraire il faut enclencher un processus de réouverture de structures de proximité. Nous proposons aussi l'arrêt des partenariats public/privé en particulier pour les opérations immobilières qui sont de véritables pillages de l'argent socialisé. La fermeture des hôpitaux de proximité, entraîne non seulement un transfert sur les établissements privés de proximité (comme l'ont déjà montré toutes les fermetures réalisées), mais également une faille dans le maillage sanitaire, dans l'attractivité de certains territoires. La fermeture d'un hôpital conduit aussi à une perte d'intérêt des métiers de médecine ambulatoire et s'avère un obstacle à l'installation de jeunes professionnels sur ces zones.

¹³ Les inégalités de santé dans les territoires français, État des lieux et voix de progrès: Emmanuel Vigneron, éd. Elsevier Masson, 2011.

Pourquoi dépèce-t-on le DPC ?

Par le D^r Michel Limousin,
Président de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation
des pratiques professionnelles des centres de santé

La formation continue des professionnels de santé même si elle ne fait pas vraiment l'actualité du ministère et des médias, est une question centrale de toute politique de santé. Depuis quatre décennies la médecine a profondément évolué. Elle est devenue scientifique et les connaissances se sont transformées : qu'on songe à l'arrivée des nouveaux moyens d'exploration, aux nouvelles thérapeutiques issues de la révolution des biotechnologies, à l'émergence de la génétique, à la numérisation de l'ensemble du champ de la santé, à la montée en charge des connaissances en santé publique, à l'exigence d'une médecine « par les preuves ». Tout ceci réécrit la nosographie, les concepts, les moyens d'action, les méthodes de travail dont le travail d'équipe par exemple mais aussi l'exigence du public et de la loi. L'obligation de la mise à jour des connaissances s'impose et nécessite des moyens nouveaux. D'ailleurs la judiciarisation de la médecine retiendra demain l'évaluation de la formation continue des professionnels comme condition de l'acte médical.

L'obligation prévue depuis longtemps dans le code de déontologie⁽¹⁴⁾ des médecins a montré son insuffisance quand elle n'est pas assortie de moyens concrets de réalisation. Cette évolution a un coût mais ne pas la mettre en œuvre aurait un coût supérieur. Coût humain en souffrance évitée ou non, en iatrogénie, en temps de vie. Coût financier par perte de chance, de capacité de production et de dépenses inutiles. La crise économique et financière oblige d'autant plus par la rareté des ressources disponibles qu'elle organise, à une politique de formation structurée et cohérente autour d'une ambition qui doit être partagée par tous les acteurs. Cela concerne l'ensemble des professions de santé quel que soit leur statut.

Retour sur l'histoire de la formation continue

Elle s'est développée depuis les années soixante essentiellement autour d'initiatives locales souvent financées par l'industrie pharmaceutique qui y voyait son intérêt. Tard le soir, séances courtes après des jour-

nées harassantes. Aucun des principes de bases d'une bonne formation n'était réuni. Certains ont eu l'ambition de structurer le mouvement et se sont ainsi créés des associations nationales et régionales pionnières dans le domaine ; citons par exemple l'Unaformec. Ce travail s'est fait sans moyens publics dédiés et la lutte pour l'indépendance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques chez les médecins et les fournisseurs chez les chirurgiens-dentistes a été très difficile. Dans les années 80, les dirigeants de l'Unaformec estimaient que seulement 17 % des médecins libéraux s'investissaient dans une formation sérieuse. C'est dire l'ampleur du problème. Lors d'une réunion en 2011 le ministère a déclaré que seuls 18 % des médecins suivaient réellement une formation. Aucun progrès...

Un premier progrès a été réalisé au début des années 2000 lorsqu'est entré dans la convention avec l'Assurance Maladie, un financement pour ces formations. Une structuration s'est mise en place dans laquelle les syndicats libéraux ont joué un rôle majeur. Mais toute chose dérivant un jour ou l'autre, certains ont vu là le moyen de financer lesdites organisations syndicales, voire parfois les dirigeants eux-mêmes. La chronique judiciaire s'est alors illustrée de ces faits.

En 2009 lors de la mise en place de la loi Bachelot – à ma grande surprise, je dois le dire – a été créée une nouvelle procédure : le DPC. Le développement professionnel continu : obligatoire pour tous, ouvert à toutes les professions de santé, soumis à une exigence méthodologique contrôlée par la Haute autorité de Santé et géré par un organisme public : l'OGDPC. Le financement était mixte : État et Sécurité sociale. La gestion directe de l'OGDPC était assurée par des agents de l'État et de la Sécurité sociale mais les professionnels avaient voix au chapitre pour tout ce qui est qualité, évaluation et orientation pédagogique générale. Le système s'est mis en œuvre assez rapidement et les difficultés techniques naturelles de début d'une telle entreprise de grande ampleur se sont progressivement estompées. L'ambition était bien de mettre en formation un million six cent mille professionnels.

¹⁴ Article 11 : « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu. »

Le démarrage de ce DPC a été assez lent. En 2014, seuls 43 000 médecins différents sur 210 000 s'étaient inscrits à un programme, 32 500 infirmiers sur 500 000, 23 000 pharmaciens et 13 500 kinésithérapeutes. 2 800 organismes ont été enregistrés et 23 900 programmes ont été déposés. Ce n'est pas négligeable mais les annonces de réforme et en particulier la fin de l'obligation annuelle réelle et contrôlée ont cassé la dynamique d'inscription. Environ 135 millions d'euros ont été engagés.

Les principaux avantages de cette organisation étaient les suivants :

- financement public,
- garantie éthique sur la bonne gestion financière et administrative,
- implication des professionnels dans la définition de la pédagogie et de la qualité,
- toutes les professions, tous les modes d'exercice étaient impliqués ; pour une fois une sorte d'unité de fait des professions de santé pouvait être ressentie,
- opérationnalité rapide des programmes de formation,
- niveau très correct des moyens mis à disposition,
- mise hors circuit de l'industrie pharmaceutique.

Des problèmes néanmoins sont apparus :

- un certain esprit tatillon pour l'agrément des organismes formateurs lié à ce qu'un collègue appelle la « pédagogie »,
- la possibilité pour des organismes à but lucratif qui n'ont rien à voir avec la médecine d'être agréés,
- une action de dénigrement de l'OGDPC assez systématique de la part de syndicats - particulièrement libéraux - avec le regret assez évident de la perte de contrôle des finances de leur part.

La politique d'austérité du gouvernement est aussi passée par là et a fait le reste : restriction des dépenses publiques obligeant, l'État s'est retiré du financement du DPC en 2014, laissant à la seule charge de la Sécurité sociale le soin de régler la facture. Le bouleversement introduit par cette politique a induit la nécessité d'une réorganisation. La première mesure prise par les gestionnaires a été à l'automne 2014 de réduire les droits d'accès à la formation des professionnels : un seul stage par an.

Seulement 26 % de la population cible a suivi un DPC. Les budgets de l'OGDPC sont déjà fixés jusqu'en 2017, par la commission d'orientation et de gestion qui lie l'État à la caisse nationale d'Assurance maladie, soit

162 millions d'euros en 2015 et 182 en 2016 (pour rappel 166 millions en 2014). Or, si tous les professionnels de santé bénéficiaient du dispositif comme la loi l'impose, c'est sur un budget de 580 millions annuels qu'il faudrait s'appuyer selon une étude de l'Igas.

Le ministère a ouvert une pseudo-concertation en début d'année 2015 pour préparer une grande réforme susceptible d'être inscrite dans la loi santé à venir. Une note interne du cabinet ministériel « tombée du camion » par hasard et rendue donc publique montrait que tout était déjà bouclé par avance.

Bref, il était proposé :

1. Une redéfinition du DPC disant que la formation médicale continue (FMC) n'en faisait pas partie... et proposant que seule l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) soit financée par l'OGDPC. Des débats sans fin ont porté sur le rôle respectif et la nature de la FMC et de l'EPP dans le DPC.
2. Un recentrage sur le « cœur de métier » : le soin. Ainsi passaient à la trappe les médecins de prévention (soit 30 000 salariés). Comme ils n'étaient pas invités à la concertation, personne n'a défendu leur cause : la prévention toujours méprisée comme d'habitude.
3. Un recul de l'obligation de formation : on passe d'une obligation annuelle à une obligation sur 3 ou 5 ans. Ainsi les professionnels en fin de carrière ne seront tenus de fait à rien (autant d'économie). Et une obligation pluriannuelle ne rime à rien.
4. L'OGDPC serait supprimé : cela ouvre la porte au retour d'un système conventionnel géré par les syndicats.
5. Un engagement portant sur l'enveloppe serait pris pour trois ans : façon rassurante de dire que les fonds sont bloqués et qu'il n'y aura pas de développement du système.
6. Pour les médecins salariés : retour au financement par l'employeur comme avant. Ceci inquiète particulièrement les médecins hospitaliers.

Tout ceci est navrant : c'est la fin annoncée du DPC.

Une autre politique serait possible :

- maintenir le financement d'État et par là même permettre à toutes les professions de bénéficier de ce système (l'Assurance maladie déclare ne vouloir financer que les professionnels de soin) : garder le caractère universel de l'accès à la formation puisque l'obligation est universelle,

- maintenir l'obligation annuelle de formation et la contrôler selon le mécanisme prévu antérieurement,
- poursuivre une politique de qualité contrôlée par les professionnels,
- ne pas réintroduire les syndicats dans la gestion directe du système car au fond les professionnels ne sont pas propriétaires de cet argent public. Ils en sont les bénéficiaires,
- supprimer de la formation les organismes à but lucratif (il est répondu par le ministère que c'était impossible du fait de la réglementation européenne très libérale : alors modifions cette réglementation ou bien trouvons des solutions techniques qui découragent les prédateurs).

Une seule question devrait être posée : quels sont les besoins ? Personnellement je pense qu'il faut un milliard pour avoir un bon système dynamique pour l'ensemble des professionnels. Cette estimation est supérieure à celle un peu timide de l'IGAS mais pas hors de proportion. Eu égard aux enjeux des dépenses de santé (de l'ordre de 250 milliards), c'est raisonnable et les retours sanitaires et économiques sont certains. Cette insuffisance de moyens s'est traduite de façon spectaculaire le 22 juin 2015 par le blocage de la formation des chirurgiens-dentistes parce que la totalité du budget prévu était déjà consommée. Ces sommes n'auront pas tenu six mois ! Le même événement s'était produit en octobre dernier pour les médecins. Comment va se terminer l'année en cours ?

Souvenons-nous que l'État a pu faire un chèque sans retour de 2,2 milliards à la Société Générale pour la dédommager des pertes provoquées par l'affaire Kerviel... On pourrait prendre d'autres exemples. Un milliard : ce n'est pas hors de portée.

Oui, la formation continue des professionnels de santé est le passage obligé vers le progrès de la santé dans notre pays.

Le dossier : les hôpitaux

De la réflexion à la création des centres hospitaliers et universitaires

Par M^{me} Viviane Benoit-Renault
Docteur en Histoire

En 2008, à l'occasion du cinquantième anniversaire de la réforme de médecine hospitalière initiée en 1958 par le professeur Robert Debré (1882-1978), un de ses compagnons de route, Jean Dausset (1916-2009)⁽¹⁵⁾, évoquait cette aventure vécue avec joie et enthousiasme jusqu'à son aboutissement avec la création des centres hospitaliers et universitaires (CH&U)⁽¹⁶⁾: « *un événement qui a permis à la médecine française de reprendre sa place dans le concert international* ». Il dressait la situation de l'Hôpital en 1945 afin de souligner l'ambition portée par la réforme de 1958: « *à la sortie de la guerre, la France était couverte d'hôpitaux que seuls les plus pauvres utilisaient pour leurs soins et leurs derniers jours. Près de quatorze ministères et administrations s'occupaient de la santé et de l'hygiène. Il existait un abîme entre la médecine américaine, la recherche internationale et les hôpitaux de charité français: la situation de la santé en France imposait une transformation, ce fut l'objet de la réforme Debré* »⁽¹⁷⁾. Cette dernière est, en partie, le fruit de réflexions et de suggestions collectives présentées en 1944 par Robert Debré dans *Médecine – Santé publique – Population*, un rapport destiné au Comité médical de la Résistance et au Comité national des médecins français puis transmis au Comité français de la Libération Nationale à Alger.

Médecine – Santé publique – Population, un rapport fondateur

Rédigé durant la Seconde Guerre mondiale, ce rapport propose, selon son auteur, « *des suggestions pour des réformes profondes et raisonnables* »⁽¹⁸⁾. Relevant les insuffisances notoires en matière de population et d'hygiène et le morcellement des services traitant

de questions de fond qui relèvent de plusieurs ministères, il milite pour la création d'un ministère de la population, organisme central unique chargé d'élaborer et d'appliquer une politique cohérente. Son programme de santé repose sur l'organisation même de ce ministère. Robert Debré précise son périmètre d'actions: « *natalité, immigration, hygiène et médecine préventive, peuplement* » et détaille ses domaines de compétences⁽¹⁹⁾. Pour Robert Debré l'efficacité de l'action du ministère est soumise à la certitude et à l'étendue des informations. La création d'un service de statistique, d'information et de propagande devrait servir de base à toute l'organisation de cette administration. Un grand Institut d'Hygiène et de Démographie, subordonné au ministère, aurait pour fonctions de renseigner sur les problèmes hygiéniques et démographiques, de faire pratiquer par des laboratoires des recherches à la demande du ministère et de diriger l'information, l'instruction populaire et la propagande.

Le ministère aurait six directions centrales réparties de la façon suivante: médecine préventive, médecine curative, assurances sociales et assistance, démographie et natalité, immigration et naturalisation et enfin peuplement et urbanisme. La répartition des compétences entre ces directions serait fonction d'objectifs précédemment définis. Quant aux œuvres privées, elles seraient chargées, sous le contrôle du ministère de tâches limitées et définies. Les champs d'actions seraient volontairement vastes et ambitieux et la politique conduite s'appuierait sur les compétences de l'Académie de Médecine et du Haut Comité de la Population. Cette réorganisation de l'administration centrale serait accompagnée d'un aménagement des services régionaux afin d'adapter les réponses aux spécificités de chaque province. Et, loin, d'être uniquement de simples exécutants, ils seraient des organes d'impulsion, d'orientation et de coordination des activités locales, publiques et privées. Le ministère devrait être avant tout un « *centre créateur et animateur* »⁽²⁰⁾.

¹⁵ Professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Académie des Sciences et prix Nobel de physiologie et de médecine en 1980.

¹⁶ Dans cet article, le choix a été d'utiliser, par cohérence historique, la dénomination initiale CH&U, centres hospitaliers et universitaires et non CHU, centres hospitalo-universitaires, appellation adoptée seulement en 1991 et alors introduite dans la loi hospitalière.

¹⁷ Dausset (J.), <http://www.archivesdefrance.culture.gouv.fr>. URL: Actions culturelle et pédagogique/Commémorations nationales/recueil 2008/Sciences et techniques/. [avril 2015].

¹⁸ Debré (R.), *Médecine – Santé publique – Population*, Paris, Ed. du Médecin français, 1944, p. [I].

¹⁹ Debré (R.), *op.cit.*, p. 8-17.

²⁰ Debré (R.), *op.cit.*, p. 17.

La direction centrale de la médecine curative serait dévolue à la surveillance et à la coordination de la gestion des centres de diagnostic, des hôpitaux et des établissements de soins. De plus, « elle organiserait les rapports qui doivent exister entre Facultés de médecine et Établissements de soins, et jouerait un rôle capital dans la réforme fondamentale des Facultés de médecine (qui restent légitimement rattachés à l'Éducation Nationale) et des Centres de diagnostic et de traitement ». L'organisation professionnelle de la médecine et la réforme de l'enseignement médical sont un « *sujet capital* »⁽²¹⁾. Robert Debré développe longuement ces deux points en y consacrant six chapitres. Parmi les principes généraux, la réalisation d'une véritable égalité entre Français pour la protection contre la maladie et les soins aux malades. Il veut « *un nivellement par le haut* » grâce à deux objectifs, l'un que chaque famille française ait un médecin indépendant, appelé le « *médecin de famille pour tous* »⁽²²⁾ régulièrement formé au cours de sa vie et l'autre que « *l'organisation sanitaire comporte un effort général de la collectivité pour assurer à chaque Français le bénéfice des progrès de la médecine par l'organisation des centres de médecine préventive et curative, des centres de diagnostic et de soins* »⁽²³⁾. Il est intéressant de citer en détail ce que ce second objectif sous-entend : « *il faut réaliser l'accès à l'hôpital pour tous, l'hôpital devenant un véritable centre de diagnostic et de thérapeutique pour toute la population. Des centres de diagnostic et de traitement spéciaux [...] doivent être équipés dans les grandes villes, absorber les hôpitaux publics et les cliniques privées ou les placer sous une direction unique, la gestion matérielle étant assurée par le ministère de la population et la direction technique par les Facultés de Médecine. Le corps enseignant doit être voué entièrement à sa tâche et mener une vie essentiellement hospitalière et universitaire. Les Facultés de Médecine [...] doivent être considérablement développées. Leur tâche doit être accrue par une participation active à la vie sociale, à l'élaboration et à l'exécution des mesures d'hygiène dans chaque région par le contrôle des organisations hospitalières et des centres de diagnostic et de traitement régionaux, par le contact avec les praticiens, pour lesquels aussi des cours de mise au point seront organisés* »⁽²⁴⁾.

Le chapitre consacré à « la vie des facultés de médecine et leur avenir », dresse l'objectif du rapprochement entre hôpitaux et universités de médecine : l'hôpital doit cesser d'être un asile pour les indigents pour devenir un grand centre de diagnostic et de traitement, avec un personnel réputé et nombreux, bénéficiant des dernières recherches scientifiques. Pour mettre en place ce dispositif, Robert Debré veut que les facultés dirigent dans les villes universitaires tous les hôpitaux, sans exception, pour en finir avec la distinction entre les services de faculté et les services de médecins des hôpitaux. La faculté de médecine deviendrait dans chaque province : « *centre de travail, centre d'enseignement, centre de soins, centre de diagnostic, centre d'hygiène* »⁽²⁵⁾. Grâce à son rôle élargi, elle donnerait son impulsion et ses directives dans la mise en place et le fonctionnement de l'armement sanitaire régional et dans la lutte contre les fléaux sociaux. Cette réorganisation participerait à la diffusion de la pensée française et au maintien de son prestige.

Le rapport de 1944 déroulait un programme de santé dont l'objectif était d'œuvrer à la rénovation nationale. Il portait la genèse des centres hospitaliers et universitaires, une ambition qui, quatorze ans plus tard, est mise en œuvre.

La création des Centres hospitaliers et universitaires⁽²⁶⁾

En 1956, un petit groupe de médecins réformateurs et mendésistes propose dans le journal du parti radical socialiste, une réforme de santé. Ces médecins intègrent des cabinets ministériels et, encouragés à porter une réforme, s'attachent le concours de Robert Debré, jugé comme « *un leader, un patron indiscutable et admirable de lucidité* »⁽²⁷⁾ qui avait toute légitimité après le rapport de 1944. Afin de surpasser les prérogatives des ministères, Robert Debré impose une condition pour mener sa mission : la création d'un comité interministériel. C'est ainsi que, le 18 septembre 1956, est institué par décret le Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale au sein duquel sont étudiés en commissions

²¹ Debré (R.), *op.cit.*, p. 13.

²² C'est-à-dire, un praticien éloigné des structures sanitaires développées par les grandes sociétés industrielles, les compagnies, les banques, les diverses collectivités.

²³ Debré (R.), *op.cit.*, p. 73.

²⁴ *ibid.*

²⁵ Debré (R.), *op.cit.*, p. 88.

²⁶ Voir à ce sujet l'ouvrage publié pour le cinquantenaire en 2008 : Dhordain (A.) [dir.], *Le CHU, l'hôpital de tous les défis – Jubilé des CHU*, Toulouse, Ed. Privat, 2007.

²⁷ Dausset (J.), <http://www.archivesdefrance.culture.gouv.fr>. URL : Actions culturelle et pédagogique/Commémorations nationales/recueil 2008/Sciences et techniques/[avril 2015].

les thèmes suivants: le corps enseignant, les études (le nombre d'étudiants, CH&U), la recherche (crédits, statut), la réforme des hôpitaux et la médecine pratique (la vie quotidienne du médecin). Face aux nombreuses problématiques abordées en commissions et seulement quelques mois après les premiers travaux, Robert Debré recentre les débats: la préoccupation essentielle doit être la création et le fonctionnement des hôpitaux spéciaux des villes universitaires, une dénomination préférée à celle d'hôpitaux universitaires qui prêtait alors à confusion. L'objectif est de réunir la hiérarchie universitaire et la hiérarchie hospitalière et, grâce à cette fusion par convention, de mettre en commun les locaux, le matériel et surtout le personnel médical²⁸. Cette nouvelle entité devant assurer trois missions: le soin, l'enseignement et la recherche.

Après deux ans de réunions, de débats, d'auditions de personnalités qualifiées ou d'organismes et d'une large consultation tant à Paris qu'en province, qui ont été selon Jean Dausset « deux années de lutte et de contestation souvent très virulentes »²⁹, trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre 1958 créent les centres hospitaliers et universitaires (CH&U) et les médecins à temps plein hospitaliers-universitaires.

Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958

Art. 1^{er} - Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche, conformément aux dispositions de la présente. Ces centres prennent le nom de « centres hospitaliers et universitaires ».

Les facultés ou écoles et les établissements hospitaliers conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser les modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires.

Les législations et réglementations universitaires et hospitalières restent respectivement applicables à

ces centres, chacune dans son domaine propre, sous réserve des dérogations prévues par la présente ordonnance et ses textes d'application.

Art. 2 - Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et postuniversitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et les enseignements paramédicaux. Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie.

Art. 3 - Les études médicales théoriques et pratiques sont organisées par les facultés et écoles nationales. Elles doivent permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière.

Le régime des études médicales et post-universitaires, ainsi que l'organisation de la recherche sont fixés par décrets, pris sur le rapport du ministre de l'éducation nationale. En ce qui concerne la recherche, ces décrets sont contresignés par les ministres intéressés.

Art. 5 - Les membres du personnel médical et scientifique des centres créés à l'article 1^{er} exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun.

Ils sont nommés par les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé publique ou sur le rapport de ces ministres.

Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui pourront être prévues par leur statut.

Ils sont soumis, pour leur activité hospitalière comme pour leur activité universitaire, à une juridiction disciplinaire unique instituée sur le plan national. Cette juridiction est présidée soit par un conseiller d'État, soit par un professeur d'enseignement supérieur, désigné conjointement par les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé publique; elle est composée de membres pour moitié élus par les personnels intéressés et pour moitié nommés à parts égales par les mêmes ministres.

Les effectifs du personnel faisant l'objet du présent article sont fixés, pour chaque centre et pour chaque catégorie, par décision commune des ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé publique.

Art. 6 - Des conventions peuvent être conclues par les facultés ou écoles et par les établissements hospi-

²⁸ Dhordain (A.), *op. cit.*, p. 43.

²⁹ Dausset (J.), *op. cit.* À noter que les Archives nationales conservent sous les cotes: 19770496/21 à 19770496/26, Médecine, les textes et les travaux préparatoires à la création des CH&U, les interventions et les notes des commissions et des groupes ayant élaboré la réforme médicale, l'avant-projet de loi, les rédactions successives du texte, etc.

taliers visés à l'article 1^{er} ci-dessus, agissant conjointement, avec d'autres hôpitaux ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article 2 ci-dessus.

Art. 7 - Les charges financières résultant de l'application de la présente ordonnance sont supportées en totalité en ce qui concerne l'enseignement public médical et postuniversitaire, par le budget du ministère de l'éducation nationale. En ce qui concerne la recherche médicale, les charges incombant à l'État sont réparties entre ce budget et celui du ministère de la santé publique et de la population (institut national d'hygiène).

Fait à Paris, le 30 décembre 1958.

C. DE GAULLE.

Par le président du conseil des ministres

Le ministre d'État, Guy Mollet

Le ministre de l'Intérieur, Émile Pelletier

Le ministre des Finances et des Affaires économiques, Antoine Pinay

Le ministre de l'Éducation nationale, Jean Berthoin

Le ministre du Travail et de la Sécurité sociale, Paul Bacon

Le ministre de la Santé publique et de la Population, Bernard Chenot

Le contexte politique fut déterminant pour contourner les inévitables résistances face à cette profonde réforme de structure. Suite aux événements d'Alger, le Général de Gaulle est investi par l'Assemblée nationale le 1^{er} juin 1958 et nommé président du Conseil avec les pleins pouvoirs. Élu Président de la République le 21 décembre 1958, Charles de Gaulle reste chef du gouvernement avant sa prise de fonctions et signe le dernier jour de ses pouvoirs spéciaux, l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 portant la création de l'hôpital universitaire, la réforme de l'enseignement médical et le développement de la recherche médicale. Le cadre général, remarquable de concision, est dorénavant fixé⁽³⁰⁾ et l'absence de débats au Parlement a finalement sauvé cette réforme dont les dispositions sont partagées entre le Code de l'éducation et le Code de la santé publique.

Le comité interministériel entreprend dès février 1959 de rédiger les textes d'applications et s'ap-

puyant sur les travaux de quatre sous-commissions. Michel Debré, nommé premier ministre du premier gouvernement de la V^e République s'attacha à mettre en œuvre la réforme de son père malgré les réticences syndicales et catégorielles, des facultés de médecine et de l'Académie de médecine. Le cadre général établi en 1958, des aménagements restent possibles par les décrets. De nombreux points de crispations et de fortes réticences ont jalonné, à nouveau, les travaux du comité interministériel. Sans en dresser une liste exhaustive, on peut citer: l'internat, l'externat, l'enseignement médical, et particulièrement le temps plein hospitalo-universitaire sur un triptyque: soin, enseignement, recherche (article 5 de l'ordonnance de 1958) comme le statut et la rémunération des personnels enseignants et hospitaliers des CH&U. Le décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 règle le point épineux du statut du personnel et est l'un des premiers qui acte la mise en application de la réforme des études médicales et la transformation des centres hospitaliers. Trois ans plus tard, le décret d'application n° 63-592 publié le 24 juin 1963 s'attache aux modalités précises des conventions à conclure entre les facultés de médecine⁽³¹⁾ et les centres hospitaliers régionaux et à la structure et aux modalités de fonctionnement des centres hospitaliers et universitaires. En 1965, les six premiers CH&U sont constitués à la suite de la signature entre le CHR et l'université à Clermont-Ferrand, Dijon, Lille, Lyon, Paris et Rouen. Et, jusqu'en 1975, dans cette lancée, pas moins de vingt autres villes de province⁽³²⁾ accueillent cette nouvelle structure.

La création des centres hospitaliers et universitaires, une des grandes réformes des Trente Glorieuses portée avec détermination par Robert Debré, est une réussite qui a œuvré au prestige et à la renommée de la médecine, de l'université et de la recherche française.

³⁰ Giraud (F.), *Les centres hospitaliers et universitaires – réflexion sur l'évolution de leurs missions*, Paris, La Documentation française, 2005, p. 12.

³¹ Ce terme employé au sens large comprend aussi les facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou les écoles nationales de médecine.

³² Giraud (F.), *op. cit.*, p. 17. En 1966: Angers, Besançon; en 1972: Marseille, Saint-Étienne; en 1973: Caen, Grenoble, Nancy, Nantes, Nice, Toulouse, Tours; en 1974: Amiens, Bordeaux, Limoges, Montpellier, Nîmes, Poitiers, Reims, Strasbourg; en 1975: Brest. Enfin, en 1985: Pointe à Pitre et Fort de France.

À propos du rapport sur la maternité de février 2015

Par le D^r Paul Cesbron

Aux membres de la Cour des Comptes

**Monsieur le Premier Président,
Mesdames et Messieurs,
Que vous arrive-t-il ?**

Vous savez, nous savons, depuis plus de 20 ans, que l'organisation des soins obstétricaux français est parfaite.

Vous savez également et vous le signalez assez précisément dans votre rapport sur la maternité, remis au début de février 2015 à la Commission des Affaires Sociales du Sénat qui vous l'avait commandé, que depuis le décret du 21 février 1972 de Marie-Madeleine DIENESCH, concernant l'organisation des soins périnataux, les gouvernements français successifs avaient fermé les 2/3 des maternités (les passant de 1500 à 500 environ), afin d'améliorer les conditions d'accueil des naissances et leur sécurité, sans oublier leurs coûts devenus intolérables pour un budget national perclus de dettes.

Le Haut Comité de Santé Publique avait 20 ans plus tard chargé un groupe de médecins et d'épidémiologistes sous la direction d'Émile Papiernik, gynécologue-obstétricien universitaire, de lui faire un rapport sur l'état de la périnatalité en France. Celui-ci très alarmiste et prenant pour référence les États-Unis dont les résultats à l'époque, comme aujourd'hui, sont plus mauvais que ceux de la France, déplorait « *de très graves anomalies et insuffisances dans l'organisation des soins* ». De la mortalité maternelle, double de celle des pays du Nord de l'Europe, à la mortalité périnatale également mauvaise, tout nécessitait de profondes transformations des soins obstétricaux et périnataux.

Il fallait, selon ce rapport, former plus de professionnels, concentrer l'accueil des futures mères dans des structures de grande taille destinées à recevoir jusqu'à 5000 nouveau-nés, entraînant la fermeture de très nombreuses maternités petites et grandes. Et enfin, stratifier les maternités restantes en fonction de l'existence et du degré de pathologies présentées par la femme et/ou son enfant (gradation des soins de 1 à 3). Voici le programme dont l'argumentation était

cependant un peu faible. Après tout, les rapporteurs savaient fort bien que nous étions alors dans une période de forte récession de formations des professionnels (numerus clausus réduisant de plus de moitié leur nombre), que le lien entre sécurité et taille des maternités n'était pas sérieusement étayé et que le modèle des États-Unis ne pouvait pas servir d'exemple. D'ailleurs, nous avons un rapport de la Chambre des Communes de Grande-Bretagne (1991) qui remettait en cause le bien-fondé des concentrations des maternités et puis Émile Papiernik lui-même reconnaissait très rapidement que la sécurité des naissances n'était sans doute pas liée au nombre d'accouchements pratiqués dans un établissement hospitalier (Colloque des 14 et 15 décembre 1993 : « *Initiatives en Périnatalité* »).

Il faut dire qu'à cette occasion, Alexandre Minkowski (néonatalogiste universitaire à Port-Royal également) n'hésitait pas à formuler un jugement grave et sans appel : « *Je crois que ce que l'on est en train de préparer est tragique. Je suis venu ici pour dire que je suis effrayé de ce qui va se passer : on est sur le point de fermer des maternités de petite dimension, fonctionnant parfaitement, avec un très beau plateau technique, comme celle de Grandville (dont la fermeture est prévue) ou celle de Coutances et d'autres hélas!* ». L'épidémiologiste en périnatalité, Gérard Bréard (I.N.S.E.R.M.) affirmait d'ailleurs en février 1993, dans la revue « Que choisir Santé », que « *rien ne prouve qu'il y ait plus de catastrophe dans les petites maternités que dans les grandes* ». Claude Sureau, le 5 octobre 1993 présentait lui-même à l'Académie de Médecine son propre rapport précisant « *qu'il serait inopportun de fixer autoritairement une barre en nombre d'accouchements annuels au-dessous de laquelle la fermeture, le regroupement ou l'organisation de structures centrales associées à des antennes seraient réglementairement imposés* ». Quant à Fernand Daffos, responsable d'une petite maternité fort importante (service de médecine fœtale situé au cœur de Paris, boulevard Brune, au sein de l'Institut de Puériculture) et destinée à recevoir des bébés souvent très malades, sa condamnation des fermetures de petites unités est claire et sans appel : « *La politique de périnatalité de la France est incohérente et fondamentalement peu respectueuse des bébés* » (Journal « Libération » du 17/09/1997).

N'en jetez plus,

Jean-Marie Clément, ancien directeur d'un important centre hospitalier universitaire, rappelait en 1998: « *On veut concentrer pour faire des économies en avançant des arguments sécuritaires fallacieux!* ». (« Réflexion pour l'hôpital »).

Bref, nous ne vous accablerons pas, mais rappellerons seulement qu'en plus des professionnels qui après tout peuvent se tromper, l'argument démocratique est sûrement de grand poids au regard de vos convictions républicaines. Du plus petit cheflieu de canton (Die...) à la grande ville (Nantes...) ou à l'arrondissement parisien (13^e), la population se mobilise massivement pour défendre sa maternité. Une Fédération Nationale des Maternités et Hôpitaux Publics de Proximité fut d'ailleurs créée en 1994 par le médecin chef de service de la maternité de Coutances, elle a pour but de favoriser la mobilisation populaire et d'exiger des différents gouvernements le maintien de ces lieux d'accueil et de soins (Casimir Muszinski).

Dépourvue d'un personnel et de moyens techniques suffisants, une petite comme une grande Maternité peut devenir dangereuse.

En 1998, la gradation de soins fut imposée ainsi que les réseaux de périnatalité, absolument nécessaires dans un tel dispositif. Ceux-ci peuvent être d'excellentes structures d'échanges, de collégialités, de cohérences professionnelles et même d'enseignements réciproques, s'ils ne sont pas bâtis sur une conception pyramidale et autoritaire.

Mais ce plan de périnatalité s'accompagne de la poursuite des fermetures. La barre tout à fait arbitraire des 300 accouchements s'abat, justifiée par les mêmes et sempiternels arguments. Michel Tournaire, alors président du Collège des gynécologues-obstétriciens, défend cette mesure, rappelant que c'est une revendication de ces spécialistes, reconnaissant toutefois que le projet ne comporte aucun moyen supplémentaire pour « *les maternités très bien équipées et qui vont être débordées* ». On fermera donc en 1998, 70 maternités supplémentaires. En fait, quelques-unes sont toujours ouvertes en raison de la résistance de la population (Clermont-de l'Oise, Le Blanc, Ussel, Saint-Affrique, Die, Apt, Lannemezan,...).

Aujourd'hui, voici donc Mesdames et Messieurs, réalisées, au moins partiellement, les préconisations du Haut Comité de Santé Publique, du 1^{er} Plan de Périnatalité et des suivants. De 1998 à 2012 c'est

toujours la même logique qui prévaut. Or vous le constatez avec consternation: les résultats sont mauvais. La France est dans le peloton de queue des taux de mortalité, maternelle et périnatale des pays occidentaux. Pour tout dire à la 17^e place.

« Les Maternités sont sous équipées, sous financées et manquent toujours de professionnels »... dites-vous.

En résumé, soit, les préconisations n'étaient pas les meilleures, soit, elles étaient mal appliquées. À ces questions vous répondez que nous manquons cruellement de bonnes études épidémiologiques. C'est un peu sévère, sinon injuste à l'égard de ceux qui s'y sont consacrés. Mais comble d'illogisme, vous concluez par le pire: l'achèvement de celles qui servent de bouc émissaire, persécutées depuis quarante ans: « *les petites maternités* ».

C'est désolant, et particulièrement insidieux, puisque le gouvernement que vous servez s'appête à fermer ou l'a déjà fait, de nombreuses Maternités de niveau I, II et III (Saint Vincent de Paul) accueillant plus et parfois beaucoup plus de 400 bébés par an, comme Vire, Clermont de l'Oise, Vitry le François, Dourdan et peut-être bientôt Les Lilas, laissant pour l'instant les Bluets,

Ainsi vous n'avez pas hésité à montrer du doigt un établissement public (Orthez), aimé et défendu à juste titre par sa population et son personnel, afin de briser toute forme de résistance à une mesure administrative prévue longtemps avant l'accident tragique qui vous a servi de prétexte. En effet c'est bien cet excellent service d'Obstétrique qui a été victime d'un partenariat inadmissible (d'un troc inégal et surtout gravement dangereux) avec la Clinique privée voisine, comme la femme morte dans des conditions révoltantes que vous n'êtes pas sans ignorer,

Pas si innocents que ça!

Il se trouve qu'une épidémiologiste, médecin de PMI, ayant participé aux travaux d'Émile Papiernik sur la prématurité, dans le département de Seine-Saint-Denis, s'est tout particulièrement intéressée à l'Organisation des Soins Périnataux et précisément à la question du rapport entre le temps de déplacement d'une femme se rendant à la maternité pour y accoucher, et les taux de morbidité et mortalité, tant maternelle que néonatale. Elle met en évidence l'élévation des risques maternels périnataux consécutifs à l'éloignement du lieu de naissance (Evelyne Combier

et coll. : « *Temps d'accès aux maternités bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale* », Journal de gestion et d'économie médicale, 2013).

Mieux elle démonte les déclarations affirmant que les concentrations hospitalières de ces dernières décennies sont compatibles avec l'exigence présidentielle du respect de la règle des 30 minutes maximales du temps de déplacement entre le lieu d'habitation et l'accueil hospitalier (« *Les maternités: un temps d'accès stable malgré les fermetures* », DRESS, Études et résultats, n° 814, octobre 2012).

C'était abusivement compter sur la grande tolérance de la population et des professionnels. Ce prétendu respect des « 30 mn », n'est en fait dû qu'à l'utilisation de moyenne et plus exactement de la médiane (50 % de part et d'autre) des temps de déplacement, qui agrège les temps les plus longs avec les temps les plus courts. Il existe bien du fait de la concentration des lieux de naissance, un éloignement supérieur à 30 mn d'une partie de la population correspondant à environ 3 500 enfants, pour la France, c'est-à-dire l'équivalent de 12 maternités qui effectuent moins de 300 accouchements. Et dans ce cas de figure dit-elle, (les 3 500 bébés qui dépassent 30' de transport), on est certain de l'augmentation des risques, ce qui n'est pas prouvé pour les petites maternités.

L'auteur qui a fait parvenir ce texte à l'occasion de la Conférence de Presse organisée par la Coordination Nationale des Comités de Défense des Maternités et Hôpitaux de Proximité le 11 février 2015, introduit ainsi son analyse: « *L'objectif de la restructuration des soins périnataux, qui à l'origine était d'obtenir une meilleure prise en charge des grands prématurés, une amélioration de la sécurité des soins hospitaliers, s'est vu rapidement associer un objectif économique du fait de la concentration possible des moyens dans un nombre limité de structures. À la lecture du rapport de la Cour des Comptes on se rend compte que l'objectif économique, est devenu l'objectif principal de ces restructurations, même si elles doivent se faire au détriment de la santé des populations* ».

Enfin, Mesdames et Messieurs, vous soulignez très justement la dénaturation de la gradation des soins obstétricaux et de néonatalogie, consécutive aux regroupements. Ceux-ci entraînent des maternités de niveau III à devenir principalement des maternités de niveau I en toute inconséquence.

Mieux encore, vous signalez le rôle prépondérant assuré par les sages-femmes dans les conditions qui leur

sont ainsi imposées, pour le meilleur mais aussi pour le pire. Premières professionnelles de la naissance, historiquement et culturellement, ayant acquis un savoir de haut niveau, ne pensez-vous pas qu'elles devraient pour l'avenir obtenir un statut qui les restituerait dans cette place et leur permettrait ainsi d'être les garantes de la qualité des transformations nécessaires.

Mais ce n'est pas tout. Sans vous avancer sur le terrain de l'évolution inquiétante des « *nouvelles maternités* » que l'on nomme désormais assez largement: « *usines à bébés* » et après tout cette conception relève bien du productivisme Taylorien, vous n'y échappez pas.

À la source de la vie sociale

Vous savez en effet que la naissance est fondatrice de la vie sociale. Elle est la première relation à l'autre, la première reconnaissance de la personne comme individu singulier, créateur parce que différent.

À ce titre, le lieu de naissance s'inscrit dans l'histoire de toute communauté humaine. Il est l'un des creusets irremplaçables de sa vie culturelle. Une communauté où la naissance, le lieu de naissance, et la mort sont exclus, est une communauté qui perd l'un des éléments essentiels de sa vie, de ce qui lui donne du sens et la structure pour la mise en relation de ses membres.

Ainsi toute fermeture d'une maternité est appauvrissante pour la commune concernée. D'autant qu'à l'inverse toute concentration hospitalière, quelles que soient les raisons invoquées, entraîne nécessairement une normalisation protocolaire et donc dépersonnalisante de la naissance et un interventionnisme de système menaçant en particulier l'indispensable sympathie entre parents et soignants, véritable source de la confiance réciproque, dynamique créatrice de la relation qui s'oppose à la logique sécuritaire dominante inévitablement iatrogène et finalement ruineuse.

C'est aux femmes, aux parents, aux soignants, à tous ceux qu'intéressent l'accueil d'une nouvelle vie dans leur cité, et au-delà, la place des structures de soins dans nos villes, grandes et petites, qu'il revient Mesdames et Messieurs, de s'emparer de ces affaires, d'en faire leur propre problème, d'exiger non pas seulement qu'on les écoute, mais surtout que l'on considère qu'il n'y a pas de transformation qui vaille, sans une très forte participation des intéressés et qu'on ne pourra plus à l'avenir faire passer une politique de réduction des dépenses publiques de santé pour une volonté d'amélioration des soins.

La représentation des usagers en psychiatrie : une représentation sans contenu

Par M. André Bitton

NDLR: M. André Bitton⁽³³⁾ est le Président du CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie⁽³⁴⁾ Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901⁽³⁵⁾

1) Historique succinct

Contrairement à ce qui se dit souvent sur ce sujet, ce n'est pas la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui instaure la représentation des usagers dans le système de santé, mais la loi prise par ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁽³⁶⁾. Cette loi hospitalière d'avril 1996 a été prise par ordonnance suite au fait que le Gouvernement d'Alain Juppé avait été autorisé par le Parlement à légiférer sans débat parlementaire sur ce sujet. Cette période s'inscrit dans la suite de la grève des cheminots de décembre 1995 qui avait paralysé le pays, contre la volonté du Gouvernement de réformer les retraites ainsi que la sécurité sociale.

L'article 42 de cette ordonnance du 24 avril 1996 réformant l'hôpital stipulait dans un nouvel article L. 714-2 du code de la santé publique, que le Conseil d'administration des établissements publics de santé devait comprendre en plus des représentants des collectivités territoriales et des corps de métiers hospitaliers, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers, ainsi que des représentants des familles de malades dès le moment où l'établissement accueillait des longs séjours.

C'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades qui va fixer le cadre législatif de cette représentation des usagers par un article L 1114-1 du code de la

santé publique⁽³⁷⁾. Elle instaure que seules les associations d'usagers qui se sont vues octroyer un agrément par l'autorité administrative régionale (à l'époque les Agences régionales d'hospitalisation, remplacées le 21 juillet 2009 par les Agences régionales de santé de la loi Hôpital, patients, santé, territoires), ou nationale (la Direction générale de la santé), peuvent représenter les usagers dans les instances sanitaires.

Une loi de santé publique du 11 août 2004 va compléter ce dispositif en instaurant une commission nationale d'agrément (CNA) siégeant à la direction générale de la santé, et donc au Ministère de la santé, dont les membres sont désignés par arrêté du Ministre de la santé, et qui est chargée de délivrer un avis sur les demandes d'agrément des associations d'usagers du système de santé pour que celles-ci puissent assurer la représentation des usagers dans les instances sanitaires. L'avis de cette commission, qui est tout sauf indépendante et impartiale, lie l'autorité régionale ou la DGS, qui prennent par arrêté la décision d'agrément ou de refus d'agrément concernant l'association d'usagers qui a introduit un dossier de demande d'agrément pour la représentation des patients dans les instances sanitaires.

La loi du 21 juillet 2009, dite « loi HPST », complète ce dispositif en contraignant à une déclaration auprès de la HAS (Haute autorité de santé), par les firmes pharmaceutiques des montants qu'elles allouent aux associations de patients qu'elles soutiennent.

Enfin un décret du 31 mars 2005 détaille les conditions de l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances de santé, et le fonctionnement de la Commission nationale d'agrément qui délivre les avis concernant les demandes d'agrément

³³ Ancien président de l'association d'usagers en psychiatrie spécialisée dans la lutte contre l'internement arbitraire, Groupe Information Asiles (GIA).

³⁴ Le CRPA est partenaire de l'Ordre des avocats du Barreau de Versailles (Yvelines) sur la question de l'hospitalisation sous contrainte, et adhère à l'Union nationale des Groupes d'entraide mutuelle de France (UNGF).

³⁵ 14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Tél: 01 47 63 05 62.
Courriel: crpa@crpa.asso.fr | Site: <http://crpa.asso.fr>

³⁶ Cf. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Legifrance: <http://goo.gl/Awv4oL/>

³⁷ Cf. l'article L.1114-1 du code de la santé publique actuel sur Legifrance: <http://goo.gl/OvQmxx/>

formulées par les associations de patients auprès de l'autorité administrative sanitaire.

C'est donc ainsi progressivement tout un système de tutelle des associations d'usagers par l'État qui est mis sur pied. Tout d'abord et progressivement les associations de patients se sont vues poser des conditions de plus en plus drastiques par les pouvoirs publics pour pouvoir exister en étant incluses dans le système de représentation institutionnelle des patients. Puis ensuite et clairement à partir du décret du 31 mars 2005, l'administration centrale du Ministère de la santé, par sa mainmise sur la Commission nationale d'agrément dont les membres n'ont que très peu de latitude par rapport au Ministère de la santé, s'est assurée une mainmise sur la représentation des usagers dans le système de santé.

Dans de telles conditions, on ne saurait s'étonner avoir constaté dans tels établissements de santé connaissant des conflits sociaux importants, que les représentants d'usagers aient servis, d'ailleurs essentiellement par leur absence de point de vue, pour la direction administrative de ces établissements, à casser les personnels hospitaliers récalcitrants à obtempérer dans le cadre des politiques de restructuration hospitalière que nous avons connues depuis une vingtaine d'années. On ne peut pas non plus s'étonner avoir constaté que les ministres successifs de la santé, aient pu se prévaloir pour des réformes très contestées, d'avoir recueilli l'accord des associations d'usagers, puisque les cabinets ministériels successifs consultent les représentants des associations de patients agréées selon les fourches caudines de l'agrément administratif dont nous avons vu plus haut certaines arcanes. Sachant que les représentants des usagers en question n'ont pas d'indépendance par rapport aux pouvoirs publics, puisque ceux-ci sont en même temps les décideurs de fait de leur agrément pour la représentation des patients mais aussi très souvent leurs bailleurs de fonds par le biais des subventions, ainsi que tel est le cas pour le champ psychiatrique.

En matière psychiatrique le constat ne manque d'ailleurs pas de piquant.

2) La représentation des usagers en psychiatrie et santé mentale

Sur le terrain psychiatrique, des représentants des patients ont certes été cooptés (car il s'est agi d'une authentique politique de cooptation menée par des directeurs d'hôpitaux et par l'administration centrale du Ministère de la santé), dès la fin de l'année 1996.

En 1997, des représentants de la FNAP PSY (fédération nationale des associations de patients et ex-patients des services psychiatriques), devenue depuis la FNAPSY (fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie), siégeaient dans les Conseils d'administration des principaux hôpitaux psychiatriques sectorisant Paris.

La représentation des patients en psychiatrie a été structurée progressivement de façon aussi neutralisée que possible. Précisons qu'en 1997, le fait en soi que des usagers siègent dans des instances médico-psychiatriques était à soi seul, une révolution. Mais depuis lors - cela a été le tournant des années 2005 et suivantes - la très ample majorité des représentants d'usagers en psychiatrie et en santé mentale ont confondu ce seul fait de siéger, avec l'essentiel de leur mission, considérant que représenter les usagers dans le système de santé c'est essentiellement siéger, point... En pratique ce n'est jamais qu'un strapontin qui a été concédé par les pouvoirs publics et les institutions psychiatriques à quelques usagers du système psychiatrique dûment sélectionnés. Le principe étant que ces usagers censés représenter la communauté des patients en psychiatrie s'estiment heureux qu'on les désigne et les convie à des réunions où le seul fait de côtoyer des notables sert de renforcement. On peut ainsi légitimement parler d'une représentation qui manque singulièrement de contenu.

Certes cette politique de désignation de représentants d'associations d'usagers en psychiatrie a pris un certain essor au fur et à mesure de la décennie 2000, mais force est de constater que, pour l'essentiel, ces représentants d'usagers provenaient d'associations de patients et de proches, prônant la compliance aux traitements, et tenant d'une absence de critique des pratiques institutionnelles psychiatriques dont on sait pourtant à quel point elles peuvent être aberrantes. En regard de cette neutralisation structurelle des points de vue, la présidente de la FNAPSY a pu apparaître révolutionnaire par certaines de ses positions. Néanmoins force est de préciser d'une part qu'elle était bien seule, et d'autre part qu'elle bénéficiait d'une tolérance, d'une marge de manœuvre qui lui était laissée par l'UNAFAM, par la Conférence des présidents des Commissions médicales des établissements psychiatriques, et par l'administration centrale. Cette politique « d'opposition à Sa Majesté » consiste en quelques écarts déclaratifs du moment que rien ne change sur le terrain des principaux objectifs de la technostucture sanitaire.

Ainsi en 2010, à l'époque où le Groupe Information Asiles (GIA) que je présidais, allait par sa dynamique juridique et procédurale emporter des décisions sur questions prioritaires de constitutionnalité du Conseil constitutionnel censurant l'absence de contrôle judiciaire systématique des hospitalisations sans consentement, nous étions parfaitement isolés parmi les associations d'usagers dans cette lutte pour les droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans consentement ou contraintes aux soins par le biais des anciennes sorties d'essai.

À cette même époque, en mai 2010 pour être exact, la Ministre de la santé M^{me} Roselyne Bachelot, déposait un projet de réforme des soins psychiatriques sans consentement, en proclamant que son ministère avait eu l'aval des associations d'usagers. En effet d'ailleurs, puisque la principale de ces associations d'usagers (la FNAPSY) était de fait sous la tutelle des pouvoirs publics quant à ses subventions qui venaient d'être renégociées à la baisse, mais aussi de l'UNAFAM, association des familles des patients psychiatriques, militante pour des internements facilités ainsi que pour une légalisation de la contrainte aux soins psychiatriques ambulatoires sans plus amples garanties juridiques.

Les autres associations d'usagers en psychiatrie agréées nationalement étant elles aussi sous la coupe de diverses institutions psychiatriques, de l'État, ainsi que sous l'influence de parents de patients, ont donc fait silence – un silence blessant d'ailleurs en regard de la problématique des droits fondamentaux des personnes internées ou sous contrainte aux soins psychiatrique – sur le projet de réforme du gouvernement de Nicolas Sarkozy, qui était marqué d'une très nette idéologie sécuritaire et d'un hygiénisme non moins clair.

Seule l'association d'usagers Advocacy France, politiquement marquée à gauche de par ses dirigeants fondateurs, par ailleurs anciens professionnels en santé mentale, marquait ses distances par rapport au projet de réforme du Gouvernement d'alors en participant à la contestation qui se développait. Étant précisé que cette contestation était surtout le fait de syndicalistes soignants opposants au projet de réforme sécuritaire précité. Mais cette association allait également progressivement rentrer dans le rang, au long de l'année 2013. Le 6 octobre 2013, le renouvellement pour cinq ans de son agrément pour la représentation des usagers dans le système de santé étant en jeu, son responsable mettait profil bas dans un mail circulaire adressé à titre principal à la cheffe du Bureau santé mentale de

la Direction générale de la santé. L'agrément national d'Advocacy France pour la représentation des usagers du système de santé fut renouvelé pour une durée de cinq ans par arrêté du Directeur général de la santé du 22 octobre 2013⁽³⁸⁾. L'emprise tutélaire des pouvoirs publics l'avait ici emporté.

Les autres associations d'usagers en psychiatrie et en santé mentale agréées au plan national pour la représentation des usagers (France Dépression, Argos 2001, AFTOC, Schizo? Oui!), sont des associations thématiques par pathologie, impliquées à un titre ou à un autre dans des programmes institutionnels liés aux firmes pharmaceutiques, qui militent auprès des patients, pour que ceux-ci acceptent les traitements et les prises en charge on ne peut plus classiques de la psychiatrie biologique. Cette psychiatrie dont nous ne voulons pas, du moins de ce côté-ci de la barrière, du côté de celles et ceux qui entendent lutter contre la médicalisation de nos existences, et contre le rabotage de ce qui est notre humanité même par voie de neuroleptiques, et autres psychotropes légaux.

3) Quelques exemples de cette représentation inconsistante des usagers en psychiatrie

Le CH Henri Ey, Paris 13^e, dépendant du Groupe public de santé Perray-Vaucluse fut inspecté par le contrôle général des lieux de privation de liberté du 26 au 30 avril 2010. Un rapport d'inspection fut établi un an et demi plus tard et communiqué début 2012 au Secrétariat d'État à la santé. Ce rapport est publié sur le site du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)⁽³⁹⁾. Dans ce rapport qui mentionne l'existence de représentants des usagers dans cet établissement, une page et demie et 46 lignes sont consacrées aux positions des deux représentants de l'UNAFAM. 13 lignes sont consacrées aux déclarations du représentant des usagers, représentant la FNAPSY, soit moins d'une demi-page. Comme cette demi-page l'établit, le représentant des usagers au titre de la FNAPSY déclare pour l'essentiel: « ...sa satisfaction de pouvoir participer à un certain nombre de réunions, notamment à la CRUQPC ... », ainsi que sa « ... satisfaction au regard des relations établies avec la directrice de l'hôpital... ».

³⁸ Journal officiel n° 0254 du 31 octobre 2013, texte n° 3, arrêté du 22 octobre portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

³⁹ Ce rapport peut être lu sur le site du CGLPL à l'adresse suivante : <http://www.cglpl.fr/2012/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-henri-ey-a-paris/>

Or, à cette même époque, dans le cadre du Groupe Information Asiles dont j'assumais la direction j'avais co-organisé le lancement d'une action juridique contre la mort par surdose médicamenteuse et abus de contention avec isolement d'un patient quadragénaire, décédé à l'unité des soins intensifs de cet établissement en février 2008. La Cour administrative d'appel de Versailles annulait le 8 février 2011, sur illégalité externe, la décision de la directrice du CH Henri Ey d'admettre en hospitalisation à la demande d'un tiers cet homme décédé au cours de cette HDT⁽⁴⁰⁾. Cette procédure est toujours en cours actuellement au plan indemnitaire devant le Tribunal de grande instance de Paris.

Étaient également en jeu quelques autres affaires qui avaient impacté le CH Perray-Vaucluse avant son déménagement fin 2004 sur le site du 13^e arrondissement de Paris, sur lesquelles ce représentant des usagers au titre de la FNAPSY avait fait un silence total, ne prenant aucune position en défense des droits des personnes internées sur ce site. Étant précisé que ce représentant des patients siège ès qualités au Conseil de surveillance et à la Commission des relations avec les usagers de ce groupe de santé depuis 1997, soit depuis 18 ans.

Dans d'autres établissements la fonction de représentant des patients est occupée par un représentant de l'UNAFAM, faute de postulant qui puisse être agréé (comprendre : qui puisse être coopté). Ailleurs encore, ce sont des représentants des UDAF (Unions départementales des associations familiales), ayant une délégation de mission de service public pour la gestion des curatelles et tutelles déclarées vacantes au plan familial par les juges des tutelles, qui occupent cette fonction de représentant des malades dans les instances de tel établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie. Ce qui d'ailleurs ne manque pas de sel. Ainsi ce sont les tuteurs et curateurs des pensionnaires touchant une allocation aux adultes handicapés qui représentent ces mêmes personnes handicapées dans les instances de direction des hôpitaux de secteur où elles sont tenues, réduites au silence, déshumanisées sous des traitements psychiatriques puissants, enfermées quand cela chante à celles et eux qui les tiennent, éventuellement à la demande du tuteur ou du curateur de l'UDAF qui siègent dans ces mêmes établissements en qualité de représentants des patients...

Dans les cas de figure minoritaires où ce sont des représentants de patients, eux-mêmes anciens patients qui occupent ces fonctions, les institutions psychiatriques ne font guère désigner que des gens qui sont convenus de faire potiche et de s'accrocher à leur strapontin de peur que celui-ci ne leur soit retiré. Nous avons même entendu dire que lors d'entretiens, qui font penser de près à des entretiens d'embauche, pour des postulants d'associations d'usagers agréées, en vue d'occuper un poste de représentant d'usagers par exemple dans une Commission des relations avec les usagers de tel site hospitalier, la direction des usagers de l'hôpital en question tenait prêt un curriculum vitae type, pour que les postulants puissent avoir une idée du profil attendu...

Je précise que la désignation d'un représentant des usagers dans une instance d'un hôpital public se fait par arrêté du Préfet (à Paris du Préfet de Police), sur avis du directeur de l'hôpital et du directeur de l'Agence régionale de santé.

Comment dire après cet exposé synthétique, que les représentants des usagers dans les instances sanitaires, singulièrement en psychiatrie où se jouent des enjeux de sécurité publique ayant trait aux hospitalisations sans consentement, ne sont pas soigneusement sélectionnés pour leur soumission et pour leur acceptation de la politique des directions des hôpitaux et de la technostructure sanitaire? Qui des représentants des usagers en psychiatrie et en santé mentale actuellement en place échappent à ce sombre constat? Malheureusement très peu de ces représentants.

4) Propositions de réforme de l'agrément des associations d'usagers en santé

Notre constat est que le système de la représentation des usagers dans le système de santé, et singulièrement en psychiatrie, doit être réformé et repensé. Nous ne pouvons pas valablement continuer sur une telle structuration de ce que l'on appelle officiellement la « démocratie sanitaire », puisque officiellement la représentation des usagers dans le système de santé est couverte par ce concept.

Une solution juridique serait, entre autres possibilités, de donner son indépendance à la Commission nationale d'agrément, sachant que cette Commission siège actuellement au Ministère de la santé, et que son secrétariat est assuré par des fonctionnaires de la Direction générale de la santé. En conséquence de conférer à cette Commission le statut d'une auto-

⁴⁰ Cf. le dossier consacré à cette affaire sur le site du CRPA : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/480/>, ainsi que : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/44/>

rité administrative indépendante, sur le modèle de la CADA (Commission d'accès aux documents administratifs), ayant un budget autonome et donc un secrétariat autonome. Les avis de cette Commission seraient certes consultatifs, mais pourraient néanmoins avoir force de jurisprudence précontentieuse, au même sens que les avis de la CADA peuvent faire jurisprudence. La juridiction administrative serait ainsi plus aisément et plus rapidement compétente, en cas de désaccord entre l'autorité administrative décisionnaire de l'agrément et l'association sollicitant un agrément.

On pourrait aussi imaginer que l'administration et la Commission nationale d'agrément ne puissent plus, sauf des exceptions précises et probantes, en vertu d'une précision rajoutée à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique relatif à la représentation des usagers, s'immiscer dans l'organisation interne des associations d'usagers en santé. Cela au titre du maintien du principe de la liberté contractuelle qui est à la base du contrat d'association.

5) À propos d'une question prioritaire de constitutionnalité soulevée par le CRPA, sur la représentation des usagers dans le système de santé

Sur ces différents points un contentieux est en cours devant le Tribunal administratif de Paris, qui oppose le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, sur le refus de cette Agence en date du 24 novembre 2014, sur avis conforme de la Commission nationale d'agrément, d'octroyer au CRPA un agrément pour la représentation au plan régional francilien des usagers du système de santé. Le motif pris de ce refus d'agrément étant que le CRPA connaît de par ses statuts un déficit démocratique interne, étant précisé que cette association est essentiellement militante et fonctionne sans subventions. Par contre le CRPA a déjà fait condamner l'État, ministère de la santé, par un important arrêt du Conseil d'État du 13 novembre 2013⁽⁴¹⁾, et a pu emporter une décision d'inconstitutionnalité partielle prise par le Conseil constitutionnel sur QPC le 20 avril 2012, de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement⁽⁴²⁾.

À l'occasion d'un échange de mémoire, le CRPA a déposé le 4 mai dernier des conclusions afin de questionner prioritairement la constitutionnalité de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique qui légifère sur l'agrément des associations d'usagers et la représentation des usagers dans le système de santé. Les points d'inconstitutionnalité soulevés dans ce mémoire afin de QPC du CRPA visent les principes constitutionnels de la liberté d'association, de la liberté contractuelle, de la séparation des pouvoirs ainsi que le fait que le juge judiciaire est garant des libertés individuelles. Ce dernier argument étant propre au terrain psychiatrique puisque les mesures d'hospitalisations sans consentement ont été reconnues par plusieurs décisions QPC du Conseil constitutionnel comme étant des mesures privatives de liberté, impliquant un contrôle obligatoire du juge judiciaire, et ouvrant de ce fait un droit à la défense pour les personnes hospitalisées sans leur consentement en milieu psychiatrique.

La question de la transmission ou de la non-transmission de cette QPC par le Tribunal administratif formant un premier filtre, au Conseil d'État, en tant que deuxième filtre, en vue d'une saisine du Conseil constitutionnel, devrait être examinée à la fin du mois de juin par le tribunal administratif de Paris.

La constitutionnalité du schéma actuel de la représentation des usagers, singulièrement en psychiatrie, se trouve ainsi juridiquement questionnée. En espérant que cela fasse jurisprudence et que ce système puisse ainsi être rediscuté et repensé.

⁴¹ Arrêt du Conseil d'État du 13 novembre 2013, n° 352667, mentionné aux tables du recueil Lebon. Site du CRPA : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/389/>

⁴² Décision QPC n° 2012-235 du Conseil constitutionnel. Site du CRPA : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/220/>

Cameroun : la corruption tue les hôpitaux publics

Par M. Foussehou Sissoko,
expert en communication stratégique en santé, Yaoundé Cameroun

NDLR: Cet article n'engage pas la responsabilité de la rédaction.

Depuis le début de la décennie 1990, le système public de santé au Cameroun est confronté à une grave crise hospitalière liée à une multitude de facteurs, dont la corruption, considérée comme la variable explicative essentielle.

Le Cameroun a été classé successivement en 1998 et 1999 au premier rang des pays les plus corrompus du monde par l'ONG Transparency International, et les services de santé figuraient dans ces différents classements parmi les cinq secteurs les plus corrompus. Réagissant à ces différents rapports de Transparency International le ministère de la Santé a lancé le 13 décembre 2005 l'opération « **Hôpital sans Corruption** », une première qui prouve à suffisance que la corruption fait partie des maux qui minent le système de santé au Cameroun et que les autorités du secteur de la santé ont pris conscience de l'ampleur du phénomène. Malheureusement, l'acte n'a pas été joint à la parole et à l'engagement pris de lutter efficacement contre la corruption. Tout simplement, trois années après le lancement de l'opération « **Hôpital sans corruption** », en 2008, son initiateur l'ancien ministre de la santé, Urbain Olanguéna Awono a été condamné par la justice camerounaise pour détournement de fonds.

Qu'est ce qui est reproché à l'ancien ministre de la santé? Il a été condamné à 20 ans de prison ferme pour avoir détourné 80 millions de francs CFA soit plus de 120 000 euros. Le Tribunal Criminel Spécial, juridiction chargée de la lutte contre la grande corruption au Cameroun a déclaré M. Urbain Olanguéna Awano coupable de détournement de la somme de 80 864 millions de francs CFA dans un contrat public d'achat de moustiquaires pour des hôpitaux. Ce qui est en outre reproché à l'ancien ministre et certains de ses collaborateurs dont le Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA, le Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose. Ce sont des irrégularités et malversations chiffrées à plus de 15 milliards de francs

CFA dans la gestion des fonds programmes (Sida, Paludisme, Tuberculose au Cameroun) logés au ministère de la Santé.

Corrompre pour être bien accueilli dans les services de santé

Ni la création du Tribunal Criminel Spécial pour lutter contre la grande corruption, ni la condamnation de l'ancien ministre et ses collaborateurs n'ont fléchi la courbe de la corruption dans les hôpitaux publics et les centres de santé. Il n'est plus possible de dispenser des services de santé de qualité sans une contrepartie du malade: « les infirmiers et les médecins cherchent toujours à extorquer de l'argent aux malades avant de les soigner ». Il faut corrompre pour être bien accueilli dans les services de santé, nous dit une patiente rencontrée à la maternité de l'hôpital central de Yaoundé (capitale politique du Cameroun); qui poursuit en ces termes: « *les patients les plus démunis sont retenus en attendant le règlement de leur facture* ». Une autre pratique décrite par les malades et que nous avons pu voir à l'hôpital Central de Yaoundé: aux entrées de chaque pavillon, toujours les mêmes uniformes marron. Les gardiens surveillent les allées et venues des visiteurs. À la maternité, ils sont chargés de faire respecter les horaires des visites, de repousser rôdeurs et voleurs et d'empêcher la sortie des femmes qui n'auraient pas réglé leur facture d'accouchement (de 30 000 à 200 000 francs CFA pour une intervention avec complication et césarienne soit de 45 à 300 euros). Ce n'est pas tout: à chaque malade de se débrouiller avec l'aide de sa famille. Le malade doit payer de sa poche jusqu'aux gants utilisés par les médecins et les infirmières (100 F CFA la paire). Une situation que résume laconiquement, un infirmier en poste au pavillon de réanimation de l'hôpital Central: « *Au Cameroun, si tu es malade et que tu n'as pas l'argent, tu meurs* ».

Des exemples rapportés par la presse locale

« *Plusieurs patients meurent dans les hôpitaux publics au Cameroun à cause de la corruption* », écrit à sa Une le journal privé d'information, « La Nouvelle

Expression » dans sa parution du 7 avril 2015. Dans un article consacré à l'hôpital Laquintinie (un centre hospitalier de la ville de Douala, capitale économique du Cameroun), le journal écrit qu'un agent de santé demande 500 francs CFA (moins d'un Euro) pour secourir un accidenté. Toujours à Douala, cette fois-ci à l'hôpital Général, une femme de vingt-huit ans sur le point d'accoucher s'est vue réclamer une somme de 200 000 francs CFA avant toute intervention du personnel soignant. Transportée d'urgence à un centre de santé, le cordon ombilical était enroulé autour du cou et un poing du bébé pointait déjà dehors. Le temps que son époux aille chercher la somme exigée, elle est restée clouée sur une civière durant une vingtaine de minutes sans assistance.

Autre pratique rapportée par la presse, la vente aux malades des médicaments contrefaits. Cette pratique est surtout courante dans les hôpitaux de district et les centres de santé communautaire. Il s'agit de vendre aux malades des médicaments contrefaits et de mauvaise qualité. Ces médicaments périmés, très souvent des antipaludéens frelatés, sont ingurgités aux malades par les médecins et les infirmiers. Des pratiques illicites assimilables à de la corruption, comme cet exemple à l'hôpital d'Ebomé, localité située dans la préfecture de Kribi (sud du Cameroun) que rapporte le journal d'information le « Jour » dans l'une de ses parutions datant du 17 mars 2010. En fait, il est reproché à cet hôpital de faire ingurgiter aux malades des médicaments périmés. Une commission de contrôle conduite par les autorités de la préfecture de Kribi descendue sur les lieux a constaté que l'hôpital n'avait pas d'autorisation de fonctionnement et la plupart des médicaments n'étaient pas homologués par les services de santé camerounais.

Cette propension à la corruption des 12 750 médecins et personnels paramédicaux du secteur public (statistiques 2013 du ministère de la santé) est liée au fait qu'ils ont tous le statut des salaires bas, autour de 140 000 francs CFA (soit 213,43 euros). Au Cameroun, les besoins de santé augmentent plus vite que le Produit Intérieur Brut.

Comment la corruption est organisée

Les spécialistes de la gouvernance en milieu hospitalier sont unanimes à reconnaître toute la complexité des mécanismes utilisés avec subtilité par le personnel médical et paramédical pour corrompre les malades. Les ramifications du phénomène sont ignorées, sinon mal maîtrisées par les pouvoirs publics. La corruption en milieu hospitalier camerounais a été peu étudiée,

et très peu documentée. Les seuls rapports suffisamment documentés sont ceux du Comité National Anti-corruption (CONAC⁽⁴³⁾) qui n'ont qu'une valeur d'information et de dénonciation.

Le Conseil pour le Développement de la Recherche Économique et Sociale en Afrique (CODESRIA)⁽⁴⁴⁾ s'est intéressé au phénomène à travers une étude circonscrite à la ville de Douala, et intitulée « Corruption et crise des hôpitaux à Douala : le schéma d'une organisation tripolaire ». Des résultats de cette étude conduite par Victor Bayemi et publiée en novembre 2008, l'on retient que dans les hôpitaux publics à Douala, il prévaut une organisation tripolaire de la corruption à travers : la perception des pots-de-vin, le transfert des patients de l'hôpital public vers l'hôpital privé, le transfert des malades de l'hôpital public vers les centres informels de santé. Au cœur de ce dispositif : les médecins en poste dans ces hôpitaux.

Comment fonctionne le dispositif? Prenons à titre d'illustration, le transfert des patients de l'hôpital public vers le centre informel de santé qui crée une sorte de confusion. À Douala, le fait que le médecin de l'hôpital public travaille à la fois à l'hôpital public et au centre informel de santé, et le fait qu'à partir de l'hôpital public le malade est invité par le médecin à aller se soigner au centre informel de santé, rend inopérante une distinction entre le service public et le service informel. Pour le malade, il y a confusion entre le service public et le service informel, puisqu'il peut accéder aux soins médicaux offerts par le même médecin ici ou là. Ceci est dû au fait que les médecins sont en situation de monopole vis-à-vis des patients. Ils ont un pouvoir discrétionnaire de s'absenter de l'hôpital public et d'aller soigner les patients soit dans une clinique privée, soit dans un centre de santé informel.

⁴³ La Commission Nationale Anti Corruption (CONAC) est un organisme public et indépendant, placé sous l'autorité directe du Chef de l'État. Elle remplace l'Observatoire National de lutte contre la corruption, aujourd'hui dissout. Elle a pour mission de suivre et d'évaluer la mise en œuvre effective du plan gouvernemental de lutte contre la corruption. Elle est tenue d'ouvrir une information sur tous les cas, faits ou actes de corruption avérés, portés à sa connaissance par quelque moyen que ce soit. La CONAC a été créée par un décret présidentiel du mois de mars 2006.

⁴⁴ Le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) créé en 1973 a pour buts principaux de « développer des capacités et des outils scientifiques susceptibles de promouvoir la cohésion, le bien-être et le progrès des sociétés africaines Ceci passait évidemment par l'émergence d'une communauté panafricaine de chercheurs actifs, la protection de leur liberté intellectuelle et de leur autonomie dans l'accomplissement de leur mission et l'élimination des barrières linguistiques, disciplinaires, régionales, de genre et entre les générations. » Son siège est situé à Dakar au Sénégal.

Conséquence, ces pouvoirs discrétionnaires dont ils jouissent leur permettent de collecter des pots-de-vin auprès des patients en contrepartie des soins de santé offerts.

Distinction dans les pratiques de corruption

L'étude du CODESRIA ressort une distinction dans la pratique de la corruption selon qu'il s'agit de la radiologie, des examens de laboratoire, de la vente des médicaments et des consultations.

1. Dans la radiologie et les laboratoires, la pratique la plus courante consiste à faire croire aux patients que le service ne possède plus de consommables ou que les machines sont en panne. Les techniciens de la radiologie ou ceux du laboratoire leur suggèrent alors le paiement d'une certaine somme afin d'obtenir par exemple un film pour la radio ou un réactif pour le laboratoire. Les patients qui ne passent par ces circuits subissent des retards dans la réalisation de leurs examens de santé. Les consommables achetés pour les centres hospitaliers et auxquels les patients devaient accéder aux prix officiels, sont plutôt revendus à des prix plus élevés que ces derniers au profit des agents corrompus.
2. Concernant la pharmacie, la vente abusive des remèdes peut se manifester au moins de deux façons. Dans le premier cas, il y a des médecins qui vendent des échantillons médicaux. Pourtant, il s'agit des remèdes qui leur sont offerts, à titre publicitaire ou d'expérimentation, par des délégués médicaux et qui devraient être donnés gratuitement aux patients. Deuxième cas : suite à la consultation du patient, certains praticiens faussent souvent le diagnostic et, partant, la prescription médicale dans le but d'écouler leurs propres remèdes. À leur poste de travail, ils prescrivent des remèdes qu'ils possèdent et les vendent aux malades.
3. Pour ce qui est de la consultation, le principe veut que le droit d'être consulté soit payé à la caisse, à un montant officiel connu de tous. En réalité, on distingue au moins deux pratiques différentes. Premièrement, certains médecins exigent que les malades leur versent une somme additionnelle en plus du paiement du droit officiel à la consultation. Deuxièmement, d'autres exigent que chaque malade leur verse une somme irrégulière et ne cherchent pas à savoir si le malade s'est acquitté du versement de la somme officielle demandée à cet effet.

Enfin on apprend de manière caricaturale, que dans la grande majorité des hôpitaux publics au Cameroun, les principes et la réalité se confrontent.

- a. **Dans les principes :** « Dans les principes au Cameroun, il est courant de distinguer le trésorier de l'hôpital public du médecin. Le premier a pour rôle d'encaisser le paiement des actes médicaux, alors que le second est là pour consulter et traiter les malades ».
- b. **Dans la réalité :** « La distinction ainsi décrite est inopérante dans le cadre de la corruption. Désormais les médecins perçoivent les pots-de-vin en contrepartie des soins offerts et les patients ne versent plus rien dans les caisses de l'hôpital. Pour le patient il y a confusion entre la caisse de l'hôpital et celle du médecin ».

Ce cas du Cameroun que nous venons de voir n'est pourtant pas la seule exception dans l'espace francophone d'Afrique : il y a aussi celui de la République du Bénin que nous rapporte le Docteur L. G., médecin chef à Cotonou dans le cadre d'un débat en ligne des experts des Communautés de Pratique (Cop) de l'Initiative Harmonisation for Health in Africa sur la thématique des soins de santé au Bénin. Au Bénin, dit-il, la corruption dans les hôpitaux publics et les services de santé est réelle. La pratique consiste en ceci entre autres : le rançonnement des malades, la vente illicite de médicaments, auxquels s'ajoute le détournement des poches de sang de l'hôpital public vers la clinique privée non autorisée appartenant au médecin auteur de la transaction en poste à l'hôpital public. La plupart des cadres de la fonction publique chargés de la régulation ou des prises de décisions dans le secteur de la santé ont des cliniques privées.

Pourquoi le phénomène perdure ?

Ce qui rend dubitatif bon nombre de spécialistes de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé, c'est la persistance du phénomène, malgré la création de l'Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé et l'élaboration du plan de gestion des ressources humaines. Lancé officiellement en mars 2010, l'Observatoire national des ressources humaines pour la santé contribue à construire la vision du ministère de la Santé en matière de ressources humaines, à savoir : « mettre le personnel qu'il faut à l'endroit qu'il faut, muni de compétences nécessaires et de la motivation souhaitée, pour produire le résultat escompté ». L'Observatoire dispose d'un organe dénommé, « Groupe de Recherches pour les Ressources de la Santé Humaine au Cameroun (GRESAC) », qui

a pour mission de contribuer au renforcement des capacités des formations sanitaires en matière de gestion des ressources humaines pour la santé. Le ministère de la Santé a élaboré le plan de gestion des ressources humaines. Ce plan cerne presque tous les problèmes qui minent le secteur de la santé ; à savoir : les recrutements, les rémunérations, les motivations, la présence à son poste de travail, les affectations, la durée à un poste, les départs à la retraite. Son opérationnalisation de l'avis des spécialistes, aura l'avantage de résoudre les problèmes récurrents de la valorisation des salaires du corps médical, leur augmentation de l'ordre de 5 % réclamés par les syndicats des travailleurs de la santé, l'harmonisation de l'âge de départ à la retraite et la prise en charge du personnel médical. Ni les activités en plein régime de l'Observatoire, ni l'opérationnalisation et l'effectivité du plan de gestion des ressources humaines ne suffisent à elles seules pour éradiquer la corruption dans les hôpitaux publics et les centres de santé. La solution, disent tous les spécialistes et partenaires nationaux et internationaux du secteur de la santé, est politique.

Un manque de volonté politique

Bien qu'en légère hausse depuis 2006, l'enveloppe allouée à la santé au Cameroun ne représente que 4,81 % du budget national. Un pourcentage bien loin des 15 % préconisés par les chefs d'État réunis à Abuja au Nigeria en 2000. En outre, le Cameroun ne dispose pas de système d'assurance maladie. La Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), créée en 1967, ne couvre que les prestations familiales, les pensions vieillesse et les risques professionnels des travailleurs du secteur privé. Un avant-projet de loi sur la couverture risque maladie a été élaboré depuis 2009, mais le texte à ce jour n'est toujours pas passé devant l'Assemblée nationale. Les solutions portées par les mutuelles de la santé sont une autre option politique. Pour favoriser l'accès aux soins, la Plate-Forme des promoteurs de mutuelles de santé a vu le jour en 2005. À l'origine, ce réseau regroupait 60 mutuelles, des ONG, des organismes étrangers et internationaux (GIZ, Coopération française, Unicef, OMS...) et des institutions (le ministère de la Santé publique et celui de la Sécurité sociale). L'objectif était de couvrir 40 % de la population en 2015. Or, six ans après son lancement, le projet piétine : le Cameroun compte aujourd'hui 150 mutuelles, mais seulement 2 % de la population est concernée... Cet énorme retard selon les promoteurs de la Plate-Forme est lié au manque de volonté politique pour élaborer un cadre juridique alors que le Gabon, le Rwanda, le Ghana possèdent déjà un système d'assurance maladie.

Références

1. Erreurs des Soins infirmiers: Qu'est ce qui fait quoi? (page 5 à 9), hebdomadaire d'information « NOTRE SANTÉ » N0 140 du 21 au 28 avril 2015.
2. Journée Mondiale de la Santé: le Cameroun malade de ses tares/pages 6-7/Quotidien d'Information « la NOUVELLE EXPRESSION » N03948 du mardi 7 avril 2015.
3. Hôpital Central de Yaoundé: le personnel médico-sanitaire en grève (page 9)/Quotidien d'information « le MESSAGER » N04336 du mardi 2 juin 2015.
4. Yaoundé et Douala, une grève paralyse les hôpitaux publics/pages 2-3/Quotidien d'information « le JOUR » N01943 du mardi 2 juin 2015.
5. Affaire des médicaments périmés: l'hôpital d'Eboomé reprend du service/page 5/Quotidien d'information « le JOUR » N0610/page 5 du vendredi 15 janvier 2010.
6. « Le système de santé camerounais »/auteur Jean Paul Beyeme Ondoua-Interne en Santé Publique HCSP/ADSP N0 99-juin 2002/page 61 à 65.
7. Cameroun: dans les hôpitaux, la double peine/auteur: Matthieu Cotinat/Jeune Afrique en ligne/31 août 2011/www.jeuneafrique.com.
8. CODESRIA/Corruption et crise des hôpitaux publics à Douala: le schéma d'une organisation tri-polaire/page 34 à 43/auteur: Victor Bayeme./www.codesria.org.
9. Placement d'un « HUB-BENIN », D^r Laurinda Gbaguidi Sainozou, Médecin chef CS-Cotonou 4/COP Financial Access to Health Services Performance Based Financing.
10. Jean-François Médard, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », Bulletin de l'APAD [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 27 mars 2006, <http://apad.revues.org/35>.

Les brèves des Cahiers

L'affaire Solvadi

Nous avons été parmi les premiers à prévenir : **650 Ms € est le montant de la facture du Solvadi** en 2014 d'après *Les Échos*. Selon le secrétaire d'État au Budget, auditionné au Sénat, la dépense brute atteint 1,2 Md €, mais ce résultat est obtenu avec les « *remises secrètes* » négociées par l'État (300 Ms €) cumulées au mécanisme « W » introduit dans la LFSS 2015 (2500 Ms €). Pour mémoire : le chiffre d'affaires du marché pharmaceutique mondial en 2014 est de 1000 milliards d'euros, soit une croissance de 8,8 %.

Les dépassements d'honoraires « encadrés »

L'hôpital ne jouira plus d'une cause d'exterritorialité en matière de dépassement d'honoraires. Et devra s'aligner sur le droit commun. Dans la loi de santé, les députés ont voté un amendement qui soumet les praticiens hospitaliers au régime de l'avenant 8, un instrument de lutte contre l'inflation des honoraires en ville. Les mandarins qui pratiquent des tarifs abusifs devraient à terme être sanctionnés ou signer un contrat d'accès aux soins. Ce nouveau régime impose aux praticiens hospitaliers de s'inscrire dans la convention et d'opter pour le secteur I ou II. En cas d'honoraires jugés hors norme, une commission sous la responsabilité des ARS disposera du pouvoir de déconventionner les médecins coupables. Ce qui entraînera l'arrêt automatique de l'activité libérale. Moins de 2000 médecins hospitaliers pratiquent des dépassements. La moyenne s'élevait à 35 000 euros en 2011. Enfin, une autre clause interdit au PH en passe de quitter l'hôpital de s'installer à proximité de l'établissement où il exerce encore. Paris, Marseille et Lyon ne sont toutefois pas concernés. Finalement, rien n'est réglé... Toutes ces mesures ne font que confirmer l'existence du secteur privé à l'hôpital en le réglementant. Pour ce qui est des abus et de leurs sanctions, ce n'est pas demain que la répression sera opérationnelle.

Les Français satisfaits de leur système de santé, mais...

86 % d'entre eux se déclarent satisfaits de la qualité des soins et 85 % de la sécurité, selon un sondage réalisé par l'IFOP pour Deloitte. Opinion confirmée par une autre enquête réalisée par BVA pour la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évalua-

tion et des statistiques) : lorsqu'on les interroge sur leur état de santé, sept Français sur dix s'estiment en bonne santé en 2014 dont trois sur dix en très bonne santé. En règle générale, les Français sont davantage préoccupés par le risque de précarité que par les sujets liés à la santé. Pour autant persistent deux abcès de fixation, à savoir l'accessibilité des soins et les conditions financières tant au niveau du prix que du niveau de remboursement. Les projections sur l'avenir sont assombries par les questions démographiques. 56 % des Français estiment que le nombre de médecins spécialistes diminue. Sans surprise, les habitants des zones rurales sont davantage inquiets que les Parisiens. Quant à la moins bonne performance en matière de sécurité des soins dans les établissements de soins de faible activité, le concept n'arrive pas à s'imposer. 62 % de la population française s'oppose au regroupement d'hôpitaux au niveau territorial. En revanche, un consensus se dessine en faveur de la chirurgie ambulatoire. Près de la moitié des sondés ont déjà eu recours à ce nouveau mode d'organisation. La qualité et l'efficacité des soins sont plébiscitées à hauteur de 95 %. Au total, les Français s'inquiètent de l'accès aux soins, du remboursement des soins, de la pénurie de professionnels, ils sont contre les regroupements hospitaliers à visée purement économique et ne croient pas à l'argument du manque de qualités des hôpitaux de proximité. Ils ont une vision assez juste, n'est-ce pas ?

L'Ondam soumis à l'austérité

Alors que le Parlement avait adopté pour 2015 un Ondam⁽⁴⁵⁾ à 2,1 %, l'objectif est désormais fixé à 2,05 % par rapport à l'exécution 2014. Pour les années 2016-2017, l'effort demandé sera encore plus soutenu. Au lieu des 2 % annoncés pour 2016, la progression sera limitée à 1,75 %. On parle de 1,16 % en 2017. Pour atteindre l'objectif, un effort de 3,3 milliards d'euros devra être réalisé. Sont programmés 500 millions d'euros d'économies sur l'efficience de la dépense à l'hôpital. L'industrie pharmaceutique est mise à forte contribution avec un gain attendu de 1,1 milliard d'euros sur la rationalisation des prix et des produits de santé et la promotion des génériques. La pertinence des prescriptions devra générer 1,2 milliard d'euros. Quant au virage ambulatoire, il contribuerait à économiser 400 millions d'euros ; cet objectif est peu crédible. La croissance naturelle du taux de l'Ondam, c'est-à-dire les besoins réels est évaluée entre 3,6 et 3,9 %. C'est bien d'austérité dont il s'agit.

⁴⁵ Objectif national des dépenses d'assurance maladie

Déficit des hôpitaux

En 2014, le déficit des hôpitaux s'est élevé à 398 millions d'euros. La Fédération hospitalière de France (FHF) dénonce la stratégie d'abandon de l'hôpital public par l'État. Elle met en avant les économies réalisées l'année dernière. Le déficit s'élevait à 312 millions d'euros en 2013. Les hôpitaux publics ont vu leur capacité nette d'autofinancement chuter globalement de 5,9 % et les CHU de 10,7 %. En outre les emprunts ont diminué de 26 % et l'investissement réel des établissements a baissé de 14 %. La FHF rappelle que les pouvoirs publics ont mis sciemment les hôpitaux en déficit en 2014. En effet, si les crédits de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie votés par le Parlement, sur proposition du gouvernement, avaient été entièrement distribués, les hôpitaux auraient atteint l'équilibre. Concrètement, que s'est-il passé en 2014? L'année dernière, le gouvernement a tout simplement annulé 430 millions d'euros de crédits mis en réserve. Précisément, 250 millions d'euros ont été gelés dans les fonds pour les soins de suite et de rééducation, et la psychiatrie. L'exécutif a également supprimé 180 millions d'euros initialement dédiés aux missions d'intérêt général. Le gouvernement est coutumier du fait pour se constituer une réserve en cas de dérapage excessif et brutal des dépenses. En supprimant les lignes de crédit dédiées à l'hôpital public, le gouvernement a donc puisé dans les crédits accordés à l'hôpital pour réduire le régime général de la Sécu. En mettant dans le rouge les comptes de l'hôpital public, il continue de faire pression et légitime déjà les prochains tours de vis budgétaires. En juin, en détaillant au Conseil de l'Union européenne sa stratégie pour atteindre les cibles de finances publiques recommandées par Bruxelles, le gouvernement a acté une nouvelle réduction de l'ONDAM à 1,75 % en 2016-2017 pour permettre la réalisation de 425 millions d'euros d'économies.

Maîtrise des investissements hospitaliers, le nouveau pari des ARS

En l'absence de volonté de réduire la dette des hôpitaux, les pouvoirs publics s'efforceraient-ils de baisser les investissements dans le secteur hospitalier? C'est ce qui ressort de la dernière audition⁽⁴⁶⁾ de la

Mecss (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale) le 14 avril dernier, à l'Assemblée nationale. La rapporteur de la Mecss, Gisèle Biémouret auditionnait les représentants de la Mission d'accompagnement général à la tarification à l'activité créée en 2005 pour aider les établissements à franchir le cap de la tarification à l'activité. Cette mission agit au niveau régional et reçoit une subvention de 500 000 euros par l'ARS Pays de Loire. Elle supervise 150 établissements publics et privés de santé. Cette mission donne des outils sur son site Internet aux établissements. Et a un rôle de facilitateur entre ARS et établissements de santé.

Les ARS veulent maîtriser les investissements par un plan global et un schéma directeur des investissements hospitaliers sur le plan régional. Le logiciel Ophélie (Outil du pilotage du patrimoine hospitalier des établissements de santé-législation, indicateurs, environnement) est l'outil de la connaissance du patrimoine hospitalier et de ses coûts. Les 123 établissements de la région qui ont déposé un projet d'investissement devaient en juin avoir impérativement rempli le premier socle de la base Ophélie. Le plan de la tutelle représentée par les ARS est de ne valider aucun projet d'investissement nouveau si Ophélie n'est pas remplie. Fin 2014, le taux de remplissage de ce logiciel n'atteignait que 16 % sur le plan national alors qu'il était déjà de 73 % en Pays de Loire, région pilote. L'objectif de ce programme de maîtrise des investissements est de remplir les critères de mutualisation en matière d'investissement. Les plus grands établissements notamment dans cette région pilote sont déjà suspects de prévoir des reconstructions surdimensionnées. Ophélie: encore un outil de contrôle des hôpitaux en matière d'investissement et toujours l'idée sous-jacente que les hôpitaux gaspillent l'argent public.

La confiance dans les hôpitaux

78 % des médecins souhaiteraient que la consultation à l'hôpital reste « *ponctuelle voir exceptionnelle* », à l'inverse 59 % des patients qui veulent que ce dernier occupe « *une position centrale* », selon le baromètre Orange Healthcare Mnh. Cette confiance des patients envers l'hôpital doit faire réfléchir et permet de mieux comprendre pourquoi ils se dirigent de plus en plus vers les urgences hospitalières par exemple.

⁴⁶ <http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6672.mecss--dette-des-etablissements-publics-de-sante-14-avril-2015>

Les 13 Mds € de déficit de la Sécurité sociale en 2015

Les chiffres viennent d'être transmis au gouvernement (Marisol Touraine et Christian Eckert notamment) : le déficit du régime général devrait s'établir à 13 Mds cette année (un mieux de 400 Ms € par rapport à la LFSS 2015) et se décomposer comme suit :

- - 7,2 Mds pour la Cnamts (une petite hausse en raison d'un Ondam réel un peu plus fort que prévu par le Comité d'alerte des dépenses de mai dernier)
- - 2,0 pour la Cnaf (mieux que prévu en raison des décisions sur les prestations comme le gel et la modulation des A.F.)
- - 0,8 Md € pour la Cnav
- + 0,5 Md € pour les AT-MP (normalement le Fonds des AT-MP doit respecter un strict équilibre)
- - 3,6 Mds € sur le FSV (dépourvu de personnalité juridique, le Fonds est dépendant de la Cnav). On notera que son déficit s'accroît.

Incontestablement, la situation des comptes s'améliore avec un déficit global évalué à 13 Mds € en 2015, prolongeant les chiffres de 2014 de 13,2 Mds, de 2013 à 15,4 Mds et surtout de 2012 à 17,5 Mds €. L'amélioration des comptes du régime général de sécurité sociale, plusieurs questions viennent à l'esprit quant à 2015 :

- Le déficit de la Cnamts demeure élevé à -7,2 Mds €. Il s'en suit une grande difficulté pour améliorer la qualité des prestations.
- L'amélioration des comptes de la Cnaf et de la Cnav tiennent à des mesures structurelles (modulation des Allocations Familiales) non pérennes comme le gel des prestations.
- L'excédent de la branche AT-MP ne peut perdurer car la règle du strict équilibre doit être respectée.
- Quant au FSV, son déficit demeure très élevé.

Inégalités sociales de santé se développent chez les enfants

Les inégalités sociales de santé se manifestent dès le plus jeune âge, confirment les résultats de l'Enquête nationale de santé scolaire réalisée en 2012-2013 et publiée récemment par la Drees. Dès 6 ans, les enfants de cadres présentent de meilleurs bilans de santé, 7 % sont en surcharge pondérale et 1 % obèse, contre respectivement 16 % et 6 % pour ceux d'ouvriers. Même constat pour la santé bucco-dentaire, si 8 % de

la « progéniture » des cadres a au moins une carie, la proportion grimpe à 30 % chez celle des ouvriers qui a également plus de caries non soignées (24 % contre 4 %). D'après l'enquête, les enfants de cadres sont plus nombreux à se brosser les dents plusieurs fois par jour, consomment moins de boissons sucrées et passent moins de temps devant un écran d'ordinateur ou de télévision. Ceci n'est-il pas à mettre en rapport avec le fait suivant ? **Les 10 % des plus riches** ont un revenu de 9,6 fois supérieur à celui des 10 % les plus pauvres, dans les 34 pays de la zone OCDE. La proportion était de 7,1 fois dans les années 1980 et 9,1 fois dans les années 2000.

Parution d'un décret détaillant la procédure de suspension d'activité des centres de santé par les ARS

Qui a dit que le gouvernement ne faisait rien pour les centres de santé ? Un décret relatif à la procédure de suspension totale ou partielle d'activité des centres de santé en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins a été publié au Journal officiel. Le décret précise les mesures qui peuvent être prises par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à l'encontre des centres de santé lorsqu'il constate au sein de ces centres l'existence de manquements mettant en péril la qualité ou la sécurité des soins. Ces mesures, graduées en fonction de la gravité du risque et des mesures prises par le responsable du centre de santé pour mettre fin aux manquements constatés, incluent la suspension totale ou partielle de l'activité du centre. Personne ne peut être contre, mais n'y avait-il que cela comme priorité ?

Plusieurs milliers de manifestants à Feurs (Loire) pour défendre l'hôpital

Les « grands » médias ne vous le diront pas : environ 4000 personnes selon les organisateurs et 2500 selon la gendarmerie ont défilé le 31 mai dans les rues de Feurs pour défendre l'hôpital de la ville, dont plusieurs services ont été ou doivent être prochainement transférés à Montbrison. Les hôpitaux de Feurs et de Montbrison, situés à environ 25 km, ont fusionné le 1er janvier 2013 pour constituer le centre hospitalier du Forez (900 lits et places). Plusieurs manifestations ont déjà été organisées par les syndicats de l'établissement pour protester contre la fermeture de services. La

manifestation a duré deux heures à travers les rues de cette commune d'environ 8 000 habitants. Elle a été organisée cette fois par le nouveau comité de défense de CH du Forez-site de Feurs, créé au cours des dernières semaines. Un collectif de médecins généralistes avait été initialement constitué car ceux-ci déploraient le manque de concertation sur la restructuration de l'hôpital. Il s'est toutefois rendu compte début 2015 que les élus locaux n'avaient pas plus d'information, à l'exception du président du conseil de surveillance, a expliqué le président du comité de défense, Olivier Nicolas, médecin généraliste à Panissières (Loire). Le comité a donc été créé pour regrouper les élus locaux, les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, les syndicats et les usagers. Cela a permis une plus large sensibilisation et donc une manifestation de plus grande ampleur, incluant les petites communes voisines, a observé Olivier Nicolas. « Même si le projet médical n'a pas été voté, la direction est en train d'entreprendre une politique de démantèlement express du site de Feurs », a-t-il déploré. Le président du comité de défense critique la volonté de l'hôpital de regrouper les services et il déplore aussi la suppression du lien ambulancier entre les deux sites avec des transferts réalisés par les ambulanciers privés ou par les sapeurs-pompiers. Le comité demande un moratoire sur tous les transferts. Saluons ce travail de terrain et de résistance. Oui, la proximité, c'est l'excellence. Sa meilleure alliée ? La démocratie locale.

Les notes de lecture

Note de lecture par Mme Catherine Limousin, CNRS :

Le savoir vagabond. Histoire de l'enseignement de la médecine.

Patrick Berche (2013). Paris: Docis, 2013, 415 p., 30 ill.

Né en 1945, Patrick Berche est aujourd'hui directeur général de l'Institut Pasteur de Lille depuis juillet 2014. Médecin et biologiste, professeur des universités et praticien hospitalier, il a été chef de service de microbiologie de l'hôpital Necker-Enfants malades. Il a été aussi le doyen de la faculté de médecine Paris-Descartes, faculté qu'il a contribué à créer en 2004, en faisant fusionner trois facultés de médecine, Cochin, Necker et Broussais, ceci dit en passant, puisque dans l'ouvrage dont nous faisons ici le compte rendu, il s'insurge contre les grandes structures de formation françaises qui sont ouvertes à de trop grand nombre d'étudiants qui, à son avis, sont de plus en plus médiocres et qui manquent totalement de culture générale. Des étudiants, qui du fait du système de sélection, sont, il est vrai, des bêtes à concours.

Il vante les mérites des universités américaines comme Harvard Medical School, Yale School of Medicine et surtout le Johns Hopkins Hospital qui reçoit, quant à lui, la palme d'excellence, universités qui ne prennent que très peu d'étudiants en médecine et encore des étudiants triés sur le volet et détenteurs d'un master scientifique... soit des étudiants qui ont déjà fait 4 ans d'études supérieures avant de commencer leur cursus médical qui durera, lui, au minimum neuf ans.

Si nous commençons en fait cette recension en prenant le livre par la fin, c'est qu'il nous semble dommage qu'un tel chercheur qui vient de nous dresser en 380 pages et 14 chapitres, un digest de l'histoire de la médecine du monde occidental et de temps à autre de son enseignement, ne consacre finalement que deux chapitres au problème que connaissent aujourd'hui les étudiants en médecine, les médecins et les hôpitaux en France. Le tout premier chapitre, en guise d'introduction, évoque rapidement la Loi Debré de 1958 et la création des premiers centres hospitaliers universitaires (CHU) et le dernier propose quelques brèves idées très élitistes pour « rénover l'enseignement de la médecine en France ».

Si l'auteur rappelle très vite qu'entre 1950 et 1960, on formait 24 000 nouveaux médecins par an, s'il

donne bien la date de 1971 pour la création du fameux *numerus clausus*, initialement fixé à 8588 places par an, il ne dit pas un mot et ne fait aucun commentaire sur l'évolution de la population française qui passe de 42 millions d'habitants en 1950 à plus de 66 millions en 2013⁽⁴⁷⁾. Pas un mot sur la démographie de la France, mais pas un mot non plus sur le *numerus clausus* qui descendra à 3 500 places en 1993 pour ne remonter que très lentement à 7 492 places en médecine en 2014, pas un mot non plus sur le vieillissement de la population et les départs à la retraite de nombreux médecins ces dernières années qui entraînent les déserts médicaux que l'on sait.

Rénover l'enseignement de la médecine se limite pour l'auteur à une sélection supplémentaire des étudiants en exigeant tout d'abord une présélection avant le concours de la première année d'études de santé (PAES), puis une suppression de l'examen classant national (ECN). Des mesures qu'il conviendrait sans doute de discuter, mais certainement pas d'imposer sans une réflexion entre les différents acteurs, médecins, enseignants et étudiants.

Ce livre est un agréable vagabondage, une compilation assez érudite somme toute de connaissances sur la médecine à travers les siècles, limitée on ne sait pourquoi au monde occidental, mais souvent brossée à grands pas et destinée au « grand public » plutôt qu'à un public académique. La réforme de l'enseignement de la médecine en France reste cependant à être discutée, étudiée et mise en œuvre⁽⁴⁸⁾.

Note de lecture par le Dr Michel Limousin :

Tout peut changer

Noémie Klein. Éditions Actes Sud

Dans un entretien paru dans *Télérama* le 17 mars 2015 Naomi Klein affirme : « *Exxon Mobil, BP, Shell... ont déclaré la guerre à la planète* ». Elle s'engage, avec un nouvel essai, dans la lutte contre le changement climatique. Elle voit dans la crise actuelle une chance pour remettre en cause le système capitaliste. Sept ans après **La Stratégie du choc**, elle fait à nouveau entendre sa voix. « **Tout peut changer** », paru chez Actes

⁴⁷ <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/FRA/fr/SP.POP.TOTL.html>

⁴⁸ Vous pouvez aussi lire la critique de cet ouvrage par M. Alexandre Klein, post-doctorant à l'Université d'Ottawa publiée dans <http://rechercheeducation.revues.org/1976> et dans *Recherches & éducation*, 10/2014, 257-260.

Sud, décrypte les liens consanguins et mortifères entre capitalisme et changement climatique, au fil de pages aussi denses que passionnées, souvent personnelles, et fourmillant d'expériences, de chiffres, de faits. À quelques mois de la conférence sur le climat qui se tiendra à Paris fin 2015, voilà un essai implacable, offensif et optimiste, car « *oui*, assure l'essayiste canadienne, *le changement climatique nous offre une opportunité unique pour changer de système* ». « *Quand j'écris un livre — celui-ci m'a pris cinq ans —, je me mets en retrait. Mais quand il sort, j'entre en campagne* ».

Elle revient sur les luttes récentes aux États-Unis « *Thomas Piketty n'aurait jamais eu un tel succès aux États-Unis s'il n'y avait eu Occupy, qui a exposé la question des inégalités. La gauche américaine s'intéresse de près à la victoire de Syriza en Grèce et aux progrès de Podemos en Espagne. Je suis convaincue que les mouvements sociaux vont trouver de nouveaux débouchés politiques aux États-Unis. Peu d'entre eux font le lien entre les politiques d'austérité et la crise écologique, y compris Podemos et Syriza. Cette question est au cœur de Tout peut changer* ».

Elle appelle au rassemblement. « *Effectivement, les gens qui travaillent sur le changement climatique n'interagissent pas assez avec ceux qui luttent pour un meilleur partage des biens communs ou contre l'austérité, alors qu'il est évident que l'on parle d'une seule et même chose. Que nous dit le changement climatique? Que notre système extractiviste — c'est-à-dire basé sur l'extraction intensive de nos ressources naturelles —, qui repose sur une croissance illimitée, une logique hyper compétitive et concentre le pouvoir dans les mains de moins de un pour cent de la population, a échoué. Ramener nos émissions de gaz à effet de serre aux niveaux recommandés par les climatologues implique une transformation économique radicale. C'est aussi une formidable occasion de changer car, avec ou sans réchauffement climatique, notre système ne fonctionne pas pour la majorité de la population.* »

Elle fait le lien avec l'actualité du système capitaliste. « *J'espère vraiment que le mouvement contre les coupes budgétaires, celui contre le Tafta — le traité de libre-échange transatlantique — et celui pour le climat vont travailler ensemble pour exiger une transition post-carbone équitable, en se servant de la chute des prix pétroliers comme d'un catalyseur* ». « *Selon le sociologue Bruno Latour, si l'on veut être sérieux avec le changement climatique, il nous faut déclarer la guerre aux ennemis de la Terre... Mais Exxon Mobil, BP, Shell et les autres*

géants des énergies fossiles ont déjà déclaré la guerre à la planète, et à l'humanité! »

« *En fait, si je me concentre sur la critique du capitalisme, c'est parce qu'il s'agit du modèle dans lequel nous vivons. Nos économies sont capitalistes, même en Bolivie. Et le réchauffement climatique nous remet en cause de la manière la plus profonde, en nous obligeant à renoncer à cette envoûtante utopie d'une maîtrise totale de la nature dans laquelle les énergies fossiles ont joué un rôle capital. Comme l'a écrit l'écologiste Andreas Malm, le premier moteur à vapeur commercial « était apprécié pour n'être soumis à aucune force qui lui fût propre, à aucune contrainte géographique, à aucune loi extérieure, à aucune volonté résiduelle autre que celle de ses propriétaires; il était absolument — ou plutôt ontologiquement — asservi à ceux qui le possédaient ».*

À lire par ceux qui ont besoin d'espoir et de perspectives.

Note de lecture par le Dr Nadine Khayi :

Rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques

de septembre 2014 (Ministère de l'Intérieur)

Ce rapport comprend 3 parties :

- Les moyens des services de prévention : mal connus
- Les missions : à faire évoluer
- Le vivier de recrutement : valorisation et reconversion

A. Les moyens :

Les moyens sont mal connus, surtout dans la FPE⁽⁴⁹⁾. Pratiquement inexistant dans l'éducation nationale, les autres services peuvent faire appel aux services interentreprises, à la MSA⁽⁵⁰⁾ ou aux centres de gestion de la FPT⁽⁵¹⁾. L'offre des centres de gestion est insuffisante pour la FPT. La FPH est la mieux couverte mais de façon fragile en raison de la pénurie de médecins.

Dès l'introduction, je m'étonne de ne pas avoir la liste nominative des personnes auditionnées. Il semble y avoir assez peu de médecins de prévention de terrain. Ils apparaissent dans la liste des personnes associées aux réunions et noyés dans une série de médecins

⁴⁹ Fonction publique d'État

⁵⁰ Mutualité sociale agricole

⁵¹ Fonction publique territoriale

« institutionnels ». Il semble également surprenant, alors que c'est dans le cadre de la prévention des RPS que la demande a été faite, que cette préoccupation ne se ressent pas.

1. FPE

La pénurie est soulignée et les différents « bricolages » pour pallier au manque sont décrits. Mais la description de l'organisation et de son insuffisance ne sont pas mis en rapport aux besoins réels pour prévenir l'altération de la santé mais seulement aux besoins pour répondre aux obligations du code du travail : il s'agit (comme toujours) d'une gestion comptable ; ce rapport se place dans une logique de gestion des risques (donc du côté des obligations de l'employeur) et non du côté de la protection de la santé des salariés (droit constitutionnel que l'état est censé garantir).

Remarque : les employeurs privés, qui ne sont responsables que de leurs obligations c'est-à-dire de la gestion des risques, confondent (et confortent cette confusion) protection de la santé et gestion des risques ; dans la FPE, l'état se retrouve à porter ces 2 missions potentiellement contradictoires ; dans le contexte d'austérité et d'option gestionnaire de l'état, il n'est pas étonnant que la protection de la santé soit effacée face à la gestion.

2. FPT

Le recueil de données est compliqué et très partiel. Les confusions présentes dans le rapport montrent la perception très floue de ce qu'est (ou devrait être) la médecine de prévention professionnelle. Médecins de prévention et médecins territoriaux peuvent être assimilés dans les décomptes. La pluridisciplinarité est décrite dans ses différentes formes mais sans faire le lien avec sa finalité. Le paragraphe sur la mutualisation montre clairement que les services de santé au travail sont conçus comme des prestataires de services et non comme une réponse à une obligation de moyens que les employeurs doivent mettre en œuvre et dont la responsabilité leur a été confiée par l'état.

3. FPH

Même s'il y a une meilleure couverture, les amalgames sont constants : professeurs de pathologie professionnelle ayant les fonctions de médecins du travail, reconversion des praticiens hospitaliers en médecins du travail. De même pour le terme d'équipe pluridisciplinaire : des amalgames se voient fréquemment dans les établissements et le rapport ne clarifie pas ces données. Dans la réalité on peut voir des ergothérapeutes se voir confier des fonctions d'IPRP ergonomes, ou

des psychologues intervenant dans le soin auprès des publics des établissements devoir endosser le rôle de psychologue auprès de l'équipe du médecin de prévention ; ces confusions de rôle permanentes montrent bien la méconnaissance de ce qu'est le rôle de la médecine du travail. La pluridisciplinarité est ouvertement positionnée comme un palliatif à la pénurie de médecins et non comme l'introduction de compétences diverses permettant par des regards croisés de mieux cerner les situations pour proposer des solutions. (L'affirmation, dans la période actuelle, de la meilleure prise en compte des risques professionnels dans la FPH que dans les autres, est assez sidérante!).

4. La mutualisation n'est pas précisée ; le seul intérêt que l'auteur lui trouve c'est de tirer les prix des consultations (on est bien dans une logique de prestation de service et non de mise en place des moyens nécessaires à la protection de la santé). On ne voit pas très bien dans la pluridisciplinarité si les médecins en font partie ou non (ce qui donne une orientation différente).

B. Les missions :

Le sujet n'est pas dans la mission de la commission mais celle-ci propose qu'il y ait une réflexion pour rapprocher ces missions de ce qui est dans le code du travail (donc rapprocher le public du privé). Quelques spécificités distinguent chacune des fonctions publiques, notamment pour la périodicité de la surveillance médicale. En fait sur ce point, le rapport sur aptitude et médecine du travail, propose de porter cette périodicité à 5 ans dans le cas général, ce qui est le cas de la FPE. Trois paragraphes traitent de l'aptitude à l'emploi (déterminée par le médecin agréé) et de l'aptitude au poste (du médecin de prévention). C'est une question complexe qui mérite une discussion approfondie. Les logiques et les buts sont différents. La première relève d'une posture d'expert, sa pertinence peut être discutée : faut-il la supprimer, la réserver à certains postes et sur quels critères, dans quel but ? La seconde nécessite une écoute compréhensive du vécu du salarié, une connaissance du poste de travail, des conditions concrètes de sa mise en œuvre ; la confiance est une condition de son efficacité et elle se construit sur le secret médical et des rencontres suivies permettant l'établissement d'une relation de confiance. La première serait au bénéfice de l'employeur, la seconde ne doit avoir que la santé du salarié comme fil conducteur. Donc toute solution qui confondrait ou ferait l'amalgame entre ces deux postures, serait dangereuse. Le paragraphe suivant (2.4) fait le point sur ce qui est

réalisé parmi les obligations et constate l'impossibilité de réaliser toutes les obligations réglementaires en raison de la démographie médicale. La conclusion est donc de diminuer les obligations réglementaires! Pas de référence aux besoins des salariés ni aux avis des médecins. « *Il convient de s'interroger, sur le contenu des missions afin de ne conserver que celles qui pourront effectivement être assurées avec les moyens disponibles* ».

Les propositions: la complémentarité visites médicales, action en milieu de travail est actée:

- Pas de suppression des visites périodiques: la périodicité de 5 ans comme pour la FPE semble un maximum pour assurer un suivi réel. La proposition est de laisser le médecin fixer « *l'équilibre entre la visite médicale et l'activité en milieu de travail* ». Cette solution est dangereuse car elle laisse le médecin à la merci de l'employeur: nous voyons dans le privé comment la pression par les visites médicales se fait sentir (nous sommes débordés par les demandes des salariés qui vont mal et par les visites de reprise; ces visites s'imposent pour pouvoir voir si un aménagement est nécessaire; nous sommes loin de pouvoir choisir cet équilibre).
- Les actions en milieu de travail sont difficilement contrôlables ou quantifiables; ceci pose problème aux directions qui veulent tout mesurer et contrôler. Ces actions couvrent effectivement des domaines très divers qui ne peuvent pas être cernés a priori: ce sont des réponses au cas par cas, qui se moulent sur l'existant pour être le plus efficace. Ceci est difficilement perçu par la DIRECCTE ou la DGT comme de la prévention primaire (mise en avant par les réformes) car ce n'est pas formatable.
- Afin de donner du sens à l'action du médecin, celui-ci devrait pouvoir déterminer la fréquence de convocation des agents à risques particuliers. Le problème vient du manque de temps pour le médecin: il faut prendre le temps de définir le meilleur schéma de surveillance; ce n'est pas possible quand on ne fait que répondre à l'urgence. Le recrutement d'infirmier(e)s est proposé « dans le respect de l'évolution des plafonds d'emploi pour l'état ». Il s'agit donc de faire par redistribution des postes. Pour pallier à une pénurie on recrute sur un métier en tension en dégageant d'autres métiers donc en appauvrissant d'autres domaines de la fonction publique.
- Les actions sur le milieu de travail, listées dans le texte, sont jugées irréalisables; en fait, établir une liste est illusoire et je pense qu'on ne peut donner que des axes. La solution proposée est de déléguer

(à des médecins non qualifiés: collaborateurs médecins?), infirmières (formées en santé au travail), équipe pluridisciplinaire (intervenant en prévention des risques professionnels: techniciens, ingénieurs, ergonomes, toxicologues, hygiénistes...). Plutôt que de pluridisciplinarité, cela ressemble plutôt à de la co-activité. La pluridisciplinarité est positive si elle garde pour objet la prévention pour la santé des salariés. Si chacun agit indépendamment en fonction seulement du sujet traité, elle perd tout son intérêt et elle devient une aide à l'employeur pour la gestion des risques. La conception de la pluridisciplinarité est un enjeu important.

- La modulation des actions devrait être réfléchie d'après les risques auxquels les agents sont exposés. Le modèle d'analyse proposé est celui de la branche AT/MP avec les instances paritaires. Or la modulation des cotisations est liée au taux d'AT mais on sait qu'il y a sous déclaration des AT et surtout des MP. L'auteur propose de confier ce rôle au Conseil Commun de la Fonction Publique qui construirait le cadre d'une politique nationale de prévention des risques professionnels. Le risque, compte tenu des moyens qui ne seraient pas augmentés, serait que le service de prévention se limite à ce que la fonction publique peut faire: c'est une auto censure imposée par la direction par le biais des moyens alloués.
- Pour ce qui est de l'approche globale du DUERP, pourquoi pas si elle est complétée par une approche du réel des situations de travail et qu'elle ne reste pas sur l'analyse du poste théorique et du travail prescrit. C'est une démarche qui est loin d'avoir pris dans le privé et la grande majorité des DUERP que j'ai vus n'apportent rien à la prévention. La proposition de confier cette mission au CCFP aidé de médecins coordinateurs ne semble pas prendre cette orientation. Quelle est donc la place des médecins coordinateurs, quelle est leur existence légale?
- En fonction de la définition de la politique nationale de prévention le métier de médecin de prévention serait redéfini. Cette fiche métier serait rédigée par les universitaires et le CNOM; l'éloignement de ces professionnels de la réalité du terrain fait craindre encore qu'on soit loin des préoccupations des médecins du travail et des besoins des salariés qui sont en réalité les bénéficiaires de ces actions.

C. Recrutements des médecins

La spécialité est peu attractive et tous les postes ouverts à l'internat ne sont pas pourvus. Serait en cause: le manque de visibilité, le faible effectif d'enseignants

et le moment du choix. La médecine du travail est pratiquement absente des enseignements de premier et deuxième cycle. Elle n'est pas enseignée dans toutes les facultés de médecine et le nombre d'enseignants diminue, restreignant les possibilités de formation (et d'information sur cette spécialité). La médecine en France est orientée vers le soin et la prescription, les étudiants seraient de même motivés par le soin.

Le concours européen, qui est une voie de reconversion, est aussi peu attractif un médecin installé doit quitter son cabinet pour redevenir interne et repasser un examen. Les diplômés d'un pays européen peuvent être reconnus; ceux ayant des diplômes extracommunautaires peuvent obtenir une autorisation après une épreuve d'aptitude et un stage d'adaptation.

Pour augmenter l'attractivité, l'auteur renonce à l'hypothèse d'une augmentation du *numerus clausus* en raison de la pénurie dans les autres spécialités! Par contre il propose que le métier conduise à une carrière hospitalo-universitaire. Est-ce vraiment le souhait de la majorité des étudiants? Le nombre d'universités concernées devrait être réduit pour rester centres d'excellence! Les reconversions concernent les médecins des armées et les médecins collaborateurs (non qualifiés mais en cours de formation en médecine du travail). Ils peuvent se former en 2 ans par un DIU. Cette formation est longue et donc assez répulsive. Pour favoriser les reconversions, l'auteur suggère une campagne nationale d'information sur la médecine du travail. Pour terminer il propose de porter l'âge limite d'emploi dans la fonction publique à 73 ans.

Commentaire

Ces propositions ne tiennent pas réellement compte de la réalité démographique; la mise en place de services de santé au travail là où il n'y en a pas, notamment l'école, nécessite un grand nombre de médecins; le nombre de médecins formés étant insuffisant, aura pour conséquence de dégarnir les médecins de soin. On assiste à une baisse de la formation des médecins (formation en 2 ans des collaborateurs au lieu de 4), à un glissement des fonctions des médecins vers les infirmières ou les membres de l'équipe pluridisciplinaire. L'embauche de ces professionnels doit se faire dans la limite d'emploi de la fonction publique; ceci nie donc toute volonté de prise en compte des besoins en santé au travail des salariés.

Le courrier des lecteurs

Les enjeux d'une plainte

Par le Dr Nadine Khayi, médecin du travail

Le 8 septembre 2015 la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins examinera en appel 2 plaintes d'employeurs contre des médecins du travail.

Le contexte

Le contexte économique extrêmement tendu dans le monde du travail associant des contraintes physiques (charge de travail, densification et intensification...) et psychologiques (demande d'engagement total, direction déconnexion des directions face à la réalité de l'activité...), des contraintes économiques (impossibilité de quitter un emploi insatisfaisant du risque de chômage, difficultés financières de nombreux salariés...) explique l'explosion des troubles de santé liés aux conditions de travail et s'exprimant sur le mode de décompensation psychique ou psycho somatique. Les médecins du travail sont donc conduits de plus en plus souvent à faire état de ces problèmes de santé aux employeurs mais aussi en CHSCT ; les plaintes des salariés aux prud'hommes ou même au pénal se multiplient et si un médecin a pu rédiger un écrit mettant en cause l'organisation du travail, cet élément semble avoir du poids. Il devient donc urgent pour les employeurs de stopper dès les prémices toute velléité des médecins de se prononcer dans ce sens. Depuis les années 1990 un groupe de médecins du travail, s'appuyant sur la clinique et les sciences humaines, a élaboré une méthodologie d'analyse des situations, la clinique médicale du travail, permettant d'établir un lien entre une situation de travail vécue par un salarié et les altérations de la santé qu'il présente. Cette clinique, spécifique à la médecine du travail, est totalement ignorée du CNOM. Celui-ci refuse donc la possibilité à un médecin formé à cette méthode, d'affirmer le lien entre la santé d'un salarié et son travail.

L'historique

Depuis quelques années des employeurs décident de porter plainte auprès du CDOM de leur département contre leur médecin du travail. Depuis 2013 ces plaintes se multiplient et concernent plus que les médecins du travail (des généralistes, des psychiatres, des médecins hospitaliers sont aussi confrontés à ces plaintes) ; le nombre de 200 plaintes d'employeurs par an est évoqué dont la moitié contre des médecins du travail (Médiapart). Cette accumulation de plaintes ressemble à une action concertée des employeurs. Après des écrits de médecins établissant le lien entre la santé

et le travail du salarié les employeurs portent plainte dans le but de discréditer le médecin, de faire pression pour qu'il modifie son écrit ou de faire pression sur l'ensemble du corps médical pour obtenir qu'il s'auto-censure et ne produise plus d'écrit mettant en cause les employeurs. Les médecins sont alors convoqués par le CDOM pour une conciliation entre le médecin et l'employeur en dehors de la présence du patient/salarié concerné! Le médecin se trouve en position de ne rien pouvoir dire sans trahir le secret médical. Certains ont cédé devant la pression et ont modifié leur écrit ; d'autres ont refusé la conciliation la jugeant injuste (impossibilité de se défendre) et illégitime (le CDOM n'est pas dans son rôle de protection de la santé des patients et l'employeur n'est pas le patient). En fait la contestation d'une action d'un médecin du travail relève de l'inspection du travail qui instruit avec l'avis du médecin inspecteur régional du travail. Ces plaintes sont transmises au CROM à la chambre disciplinaire. Cette instance se montre totalement ignorante de la compétence des médecins du travail : elle nie la capacité de faire le lien entre la santé et le travail et l'existence d'une clinique médicale du travail validée par les professionnels. Les décisions rendues peuvent être incohérentes d'un cas à l'autre et contradictoires d'une année à l'autre. Mais les conclusions ne remettent jamais en cause la licéité de la réception des plaintes d'employeurs ni ne reconnaissent la capacité de médecins formés à faire le lien entre la santé et le travail.

Les enjeux

La comparution en appel devant la chambre disciplinaire nationale des deux médecins du travail peut avoir plusieurs issues :

1. Une condamnation (le médecin n'est pas témoin et donc ne peut affirmer le lien santé/travail) : ce serait la non-reconnaissance de leur professionnalité ; cela ouvrirait la porte à une intimidation généralisée des médecins afin d'obtenir leur auto censure et par là le maintien en invisibilité des risques liés au travail et plus particulièrement aux modes d'organisation actuels qui caractérisent le capitalisme financiarisé.
2. Un rejet de la plainte sur la forme des écrits, assortie de rappels à la prudence dans l'écriture : c'est un moyen de ne pas traiter le problème et de laisser perdurer ce type de plainte ; si les médecins mis en cause ne sont pas soutenus par un collectif, ils sont très fragilisés et renoncent à faire leur travail.
3. Le conseil de l'ordre peut instruire le fond de la question en droit et statuer sur le fait qu'une plainte d'employeur soit recevable ou pas.

Les enjeux sont triples :**• Pour les médecins :**

Pour pouvoir exercer leur métier sereinement, ils doivent ne pas craindre d'être mis en cause pour avoir mis en lumière auprès des salariés les problèmes de santé liés aux conditions de travail. Pour cela leur pratique professionnelle doit être reconnue comme pratique clinique validée.

Les plaintes des employeurs ne doivent pas être acceptées par le conseil de l'ordre; elles relèvent des prud'hommes ou du pénal. Le conseil de l'ordre doit s'en tenir à son rôle de garant de la déontologie médicale. L'ordre ne doit pas se faire complice de la mise en invisibilité des altérations de la santé par des conditions de travail délétères.

• Pour les salariés :

C'est la possibilité de voir les problèmes mis sur la table dans l'entreprise par un professionnel qui fait autorité. Si les plaintes des employeurs sont encouragées, c'est la possibilité de poser une alerte sur la mise en danger des salariés qui est remise en cause (alors qu'elle est une raison d'être du médecin).

• Enjeu politique :

Il faut voir cette attaque contre les médecins du travail (et par extension contre tout médecin qui met en cause les conditions de travail) dans l'ensemble des attaques contre les outils de protection des salariés. La médecine du travail a été laminée, et par le biais de la pluridisciplinarité et de l'ajout dans le code du travail de l'aide aux employeurs pour la gestion des risques, détournée de son but initial de protection de la santé des salariés. L'inspection du travail est désarmée par les mutations mises en place: le lien avec les salariés est rendu très difficile du fait de la spécialisation des inspecteurs du travail. Les attaques (physiques et armées il y a quelques années) se placent actuellement sur le plan juridique comme on le voit actuellement. Le troisième élément est l'attaque contre les CHSCT et les IRP à qui on retire les moyens d'action.

La protection sociale face à la transition épidémiologique et à la transition démographique

Par le Dr Paul Cesbron

Le système de protection sociale, tant l'Assurance maladie que la branche retraite, a à faire avec une transformation profonde du pays, née du progrès du XX^e siècle. La population générale augmente et la proportion des personnes âgées croît rapidement. Cet allongement de la vie pose des problèmes particuliers: les besoins sociaux et médicaux sont plus importants et les pathologies se transforment. C'est ce qu'on appelle transitions démographique et épidémiologique. De nombreuses maladies qui étaient mortelles il y a peu encore, sont devenues curables. Ainsi les maladies infectieuses ont reculé. Les maladies cardiovasculaires sont prises en charge à temps et il y a moins de morts prématurées de ce fait. Enfin, si les cancers progressent en nombre, ils sont mieux soignés. Tout ceci nécessite des moyens nouveaux. Prendre en charge un malade chronique coûte plus cher qu'un décès brutal. Les besoins de financement des retraites sont donc en proportion de l'allongement de la durée de vie.

Pour autant est-ce qu'on peut dire que c'est là la cause des déficits des différentes caisses de protection sociale? Non, les économistes de tout bord sont d'accord sur ce point. Il n'y a pas de gaspillage. Même les économistes libéraux ne s'aventurent plus sur cet argument. D'ailleurs des politiques de réduction des dépenses de santé ont été conduites depuis longtemps: elles n'ont jamais donné de résultats probants quant à la réduction des déficits. Le déficit des caisses est lié à la crise économique: l'augmentation du chômage de masse réduit l'apport des cotisations, la baisse du pouvoir d'achat qui en résulte va dans le même sens, les dispenses de cotisations sociales patronales idem; les profits explosent, les inégalités sociales de toutes natures s'accroissent, les ressources disponibles se tarissent alors que la création de richesses continue. Des secteurs entiers de l'économie échappent à la cotisation sociale.

On est même en droit de considérer que cette transition démographique et épidémiologique est bénéfique pour l'économie. Le fait que des sujets jeunes vivent plus longtemps, induit qu'ils restent dans le secteur de la production; si mourir jeune brutalement ne coûte pas cher en soins, c'est bien souvent une catastrophe économique globale pour la famille. Les personnes du

troisième âge contribuent sous de multiples formes à la création de richesses (expérience transmise, le travail poursuivi, l'appui familial pour l'éducation, la garde des enfants, l'aide financière en direction des jeunes adultes quand c'est possible) et le travail social bien souvent gratuit est un apport non négligeable pour enrichir la société et l'humaniser. Enfin, pourquoi ne pas considérer que l'activité sanitaire – au même titre que d'autres comme la culture, l'éducation ou la production de biens matériels – est une activité économique moderne et que son développement est un apport précieux à l'emploi et à la création de richesses ?

Ou alors faudrait-il revenir en arrière, abandonner le progrès ? Pourquoi pas l'âge de pierre ?

Les documents

Appel des médecins hospitaliers pour sortir l'hôpital public de la crise

NDLR par le Dr Michèle Leflon et M^{me} Evelyne Vander Heym : Nous avons pris connaissance avec intérêt de cet appel de médecins hospitaliers que nous publions ici : le constat est partagé et notre disponibilité est totale pour lutter contre la casse du service public hospitalier et élaborer ensemble des propositions alternatives.

Nous appuyons les propositions de ne plus supprimer de lits hospitaliers, d'un service public de premier recours et d'une évaluation beaucoup plus globale, impliquant les usagers. L'organisation de l'hôpital doit effectivement être beaucoup plus démocratique, permettant aux personnels médicaux et paramédicaux de s'impliquer dans le fonctionnement des structures : c'est un gage d'efficacité ! Et plus globalement nous portons un projet de démocratie sanitaire impliquant personnels, usagers et élus.

Cet appel reste cependant marqué par les idées dominantes du moment de réductions des dépenses publiques, la volonté de réduire le coût du travail alors que c'est le coût du capital qui obère notre société : faire cotiser les revenus financiers des entreprises à hauteur du taux de cotisation patronale sur les salaires rapporterait 40 milliards d'€ par an à la branche maladie de la sécurité sociale. Une telle mesure d'urgence s'opposerait frontalement à l'endettement insupportable des hôpitaux publics, contraints de rembourser des emprunts bancaires, alors même qu'ils n'ont plus les moyens d'assurer le fonctionnement des établissements, et notamment d'investir.

Aucune amélioration des conditions de travail des soignants, aucune amélioration de la qualité des soins, en particulier la nécessaire construction de parcours impliquant « l'hôpital et la ville » ne pourront avoir lieu si le verrou de la tarification à l'activité n'est pas levé ! Certes des modes nouveaux de financement devront pour partie être fonction de l'activité. Mais ce n'est pas la non-adaptation de la T2A à certaines spécialités qui est en cause (sous-entendant qu'elle pourrait être adaptée à la chirurgie, l'obstétrique, la cardiologie...), c'est son principe même de tarifs décidés technocratiquement pour que les « recettes » des hôpitaux rentrent dans l'enveloppe décidée chaque année lors du vote par le parlement de la loi de financement de la Sécurité sociale : les recettes des hôpitaux ne peuvent être décidées en amont pour limiter les dépenses de santé. Elles doivent être adaptées aux besoins, sans opposer hospitalisation et ambulatoire dans le cadre d'un budget de fonctionnement, gage des missions de service public, indépendamment de l'incidence « activités ».

Les hôpitaux publics connaissent une double crise, une crise de financement, et une crise d'adaptation au progrès de la médecine et aux changements des besoins des patients.

La crise financière est due à la volonté des gouvernements successifs de contraindre un peu plus chaque année le budget hospitalier. Ce sont 3 milliards d'économie qui sont à nouveau demandés aux hôpitaux d'ici 2019. Les directeurs d'hôpitaux en déficit devront prendre les mesures nécessaires pour assurer le retour à l'équilibre : geler les investissements, supprimer des activités non rentables, réduire les emplois, utiliser de plus en plus des personnels sous contrats temporaires et demander aux personnels sous statut de travailler plus sans gagner plus, alors même que la « productivité » hospitalière a augmenté selon les sources officielles de 2 % par an depuis 2003 et que des journées travaillées et non payées s'accumulent sur des comptes épargne-temps.

La crise de mutation est la conséquence du progrès médical et de l'épidémie de maladies chroniques. Le progrès des prises en charge hospitalières ambulatoire de moins d'une journée ou d'hospitalisations brèves intensifie le travail des soignants qui doivent en faire toujours plus, toujours plus vite. Le raccourcissement du temps de séjour hospitalier nécessite une parfaite coordination entre la ville et l'hôpital et au sein de l'hôpital entre les professionnels médicaux et non médicaux. Toute activité médicale hospitalière, nécessite de penser et d'organiser l'amont et l'aval, l'avant et l'après. C'est parce qu'on n'a pas su construire un service public de la médecine de proximité assurant la permanence des soins qu'il y a 20 millions de passages aux urgences par an. Et c'est le défaut d'aval des urgences qui explique le temps passé par les urgentistes à « trouver un lit ». De même le vieillissement de la population et l'augmentation épidémique des maladies chroniques nécessitent une médecine globale de la personne où le patient et/ou son entourage

deviennent des partenaires de soins. Là encore, l'hôpital se retrouve trop souvent en première ligne, sans coordination satisfaisante avec les soignants exerçant en ville. Le cloisonnement des soins entre la ville et l'hôpital et au sein de l'hôpital lui-même a été aggravé par les réformes décidées depuis 15 ans : mise en place des 35 heures hebdomadaires inapplicable faute d'embauches suffisantes et ayant entraîné l'octroi de jours de repos supplémentaires (RTT) variable selon les établissements, tarification à l'activité (T2A) conduisant à une recherche permanente d'augmentation des activités « rentables » et suscitant des pratiques égoïstes non coopératives, mise en place d'une « gouvernance d'entreprise verticale » et d'un « management » d'inspiration taylorienne, obsédés par la fragmentation des tâches et par la « flexibilité » des personnels. Tout doit désormais être quantifié et mesuré. Le temps « administratif » dévore le temps soignant, transformant un travail choisi en un exercice subi. Ces réformes mettant en œuvre « l'hôpital-entreprise » entraînent une perte de sens du métier de soignant et sont responsables de l'amertume et de la démotivation que beaucoup ressentent. Adaptées aux gestes techniques standardisés programmés pour des pathologies de gravité moyenne, soit environ 30 % de l'activité hospitalière, ces réformes ont hélas été généralisées à toutes les activités et appliquées indistinctement à tous les personnels. Plutôt que de corriger leurs erreurs, les décideurs politiques ont persévéré en empilant les réformes déstabilisant l'hôpital public, Cette instabilité finit par détruire ce qui est une des conditions essentielles de la qualité des soins et de la satisfaction au travail : **le travail en équipe.**

C'est pourquoi nous médecins des hôpitaux appelons à redonner du temps et de la liberté aux équipes soignantes en desserrant l'étau actuel qui empêche ou retarde l'adaptation du fonctionnement hospitalier. Nous estimons :

1) **qu'il faut en finir au plus vite avec la dictature du « tout T2A »** et utiliser conjointement les 3 modes de financement possibles (T2A, dotation et prix de journée) en fonction des activités. La dotation de service, modulée chaque année en fonction de l'activité (**la D2A**) permettrait par exemple aux professionnels prenant en charge des patients atteints de maladies chroniques de développer les prises en charge alternatives à l'hospitalisation classique et de mettre en place de nouvelles conditions de travail, y compris avec de nouvelles modalités d'application des 35 heures.

2) qu'il faut définir par établissement et par unité de soins les conditions de travail permettant **un travail d'équipe stable**. Le travail d'équipe doit être coordonné par un médecin et un cadre de santé co-décidant avec l'administration et non seulement chargés d'appliquer les décisions prises par les « managers ». Il faut définir au niveau de chaque établissement pour chaque unité de soin, **le nombre minimal de soignants** permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

3) qu'il faut donner aux hôpitaux **la liberté de s'organiser** comme ils le souhaitent pour réaliser leurs missions : liberté pour constituer ou non des pôles de gestion ou des départements médicaux, l'unité de base de l'hôpital restant les structures où travaillent les équipes de soins : services ou unités fonctionnelles.

4) que **les lits hospitaliers ne doivent pas être supprimés mais redistribués** avec plus de lits pour l'aval des urgences et pour les soins de suite.

5) que l'hôpital doit aider les professionnels de ville partenaires à construire **un service public de la médecine de 1^{er} recours**.

6) que l'évaluation du système de santé ne peut pas se limiter à la somme d'indices portant sur les procédures qui conduisent chaque professionnel et chaque établissement à soigner les chiffres plutôt que le malade, et à ignorer l'aval et l'amont de sa propre activité. Elle doit se faire par pathologie et porter sur les résultats de santé globaux et de qualité de vie incluant la ville et l'hôpital et **impliquant les patients et leur entourage**.

7) que **les pistes d'économies sont connues** et doivent être empruntées. Les médicaments génériques sont 2 fois moins prescrits et 2 fois plus chers en France qu'en Angleterre avec un gain possible de 2 milliards d'euros par an pour la Sécurité sociale. Le coût des transports sanitaires ne cesse de croître pour dépasser les 4 milliards par an. Les frais de gestion du système de santé français avec ses 500 mutuelles et compagnies d'assurances privées et ses 18 agences d'État coûtent plus de 16 milliards. Le fonctionnement bureaucratique de l'hôpital est coûteux. La liste est longue des lobbys privés et publics puissants qui s'opposent aux réformes utiles.

Il appartient aux pouvoirs publics de défendre l'intérêt général au lieu de choisir la solution de facilité :

réduire le déficit de la Sécurité sociale en augmentant celui de l'hôpital public, qui n'a plus les moyens d'assurer ses missions.

Signatures :

Zaïr Amoura, Frabrizio Andreelli, Daniel Annequin, Bernard Augereau, Michel Azizi, Patrick Barbet, Thierry Baubet, Amine Benyamina, Jean-François Bergmann, Jacques Boddaert, Clara Bouché, François Bricaire, Eric Bruckert, Olivier Canceil, Nicole Casadevall, Eric Caumes, Pierre Charbonneau, François Chast, Laurent Chouchana, Davis Cohen, Jean-Philippe Collet, Roland Dardennes, Stéphane Dauger, Jean-Pascal Devailly, Sophie Dimicoli-Salazar, Brigitte Dorémus, Jean Dupouy-Camet, Gilles Edan, Olivier Gagey, Olivier Gall, Joël Gaudelus, Alain Gaudric, Anne Gervais, Jacques Gilquin, Pierre-Marie Girard, Christian Gisselbrecht, Anne Gompel, Bernard Granger, André Grimaldi, Julien Harroche, Agnès Hartemann, Xavier Jeunemaître, Jean Jouquan, Jean-Pierre Kahn, Amina Lahlou, Christophe Lançon, Etienne Larger, Véronique Leblond, Laurence Leenhardt, Marc Lejay, Jean-Pierre Lépine, Philippe Lévy, Francis Louarn, Xavier Mariette, Donata Marra, François Martin, Jean Marzelle, Emmanuel Masméjean, Dominique Mazier, Vincent Meininger, Jean-Claude Melchior, Jean-Philippe Metzger, Noël Milpied, Isabelle Nègre, Thomas Papo, Antoine Pelissolo, Julie Peltier, Jean-François Pinel, Sylvain Renolleau, Jean Paul Richalet, Jean-Pierre Riveline, Jean-Jacques Robert, Ronan Roussel, Elisabeth Rouveix, Rémi Salomon, Marc Samama, Georges Sebbane, Frédéric Selle, Daniel Sibertin-Blanc, Nicole Smolski, Alain Sobel, Antoine Tabarin, Eric Thervet, Nicolas Thiounn, Dominique Valla, Jean-Paul Vernant, Bernard Vialettes, Laurence Weiss, Michel Zerah.

Le collectif UGICT-CGT des médecins du travail à l'attention de la représentation nationale

NDLR: nous donnons ici ce texte des médecins du travail de la CGT qui éclaire la politique générale de démantèlement de la médecine du travail et des droits des travailleurs qui y sont afférents conduite par le gouvernement. Au-delà de son caractère technique, ce texte nous éclaire.

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons vous alerter sur le fait que l'article 19 du projet de Loi « relatif au dialogue social et à l'emploi » constitue un cavalier législatif puisqu'il envisage des dispositions qui concernent explicitement les services de santé au travail et l'exercice de la médecine du travail ainsi que la fiche de prévention des expositions ce qui est étranger au cadre de référence de ce projet: le dialogue social et l'emploi, de ce projet.

Nous estimons que cela prive la Représentation du Peuple d'un examen spécifique de ces questions dans le cadre législatif approprié. Il vous appartient par conséquent de refuser cet article sur ce motif.

Nous désirons néanmoins également vous faire part de notre opinion négative concernant certaines dispositions de cet article 19, ce qui renforce notre conviction sur la nature inappropriée du cadre choisi pour ces modifications.

I) Tout d'abord plusieurs paragraphes de l'article 19 concernent la surveillance médicale des travailleurs et introduisent des dispositions sans pertinence

Article 19 IA:

IA. - (Non modifié) La deuxième alinéa de l'article L. 1226-12 du code du travail est complété par une phrase ainsi rédigée:

« Il peut également rompre le contrat de travail si l'avis du médecin du travail mentionne expressément que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé. »

- Cela n'est pas conforme aux possibilités d'avis conférées au médecin du travail par l'article L4624-1 du code du travail dans la mesure où l'avis proposé n'est ni une « mutation » ni une « transformation de poste ».
- Cela permet à l'employeur de rompre le contrat de travail et de licencier le salarié ce qui contrevient à la santé sociale de celui-ci, le médecin du travail ne

peut participer à cette atteinte à la santé sociale du salarié en rendant un tel avis dans la mesure où cela est contraire à la déontologie médicale.

- Cette disposition dérogerait à l'obligation pour l'employeur d'assurer la protection des salariés et en exemptant l'employeur de son obligation de recherche de poste, cela constituerait une dérogation au principe de prévention qui exige l'adaptation du travail à l'Homme.

Notre proposition: suppression de l'article 19 IA

Article 19 IC :

IC. - (Non modifié) La seconde phrase de l'article L. 4622-3 du même code est complétée par les mots: « ainsi que toute atteinte à la sécurité des tiers ».

- La médecine, dès lors qu'elle comporte une activité clinique, se caractérise par un rapport à un sujet unique: le patient. C'est l'unique intérêt de la santé du patient qui en est l'objet. Par conséquent ne relève pas de son exercice un arbitrage entre la santé du patient et la sécurité des tiers. Ainsi l'exercice de la médecine peut concerner la santé publique mais en aucun cas la sécurité publique
- Un médecin du travail n'est pas un expert HSE (hygiène sécurité environnement). Il n'a donc ni les compétences, ni les moyens d'une mission consistant « à éviter toute atteinte à la sécurité des tiers »
- La liberté d'entreprendre implique l'obligation que son exercice ne crée pas de préjudice pour les tiers. La sécurité des tiers relève par conséquent des prérogatives exclusives du chef d'établissement de l'entreprise. La délégation de ce droit ne saurait concerner le médecin du travail.

Notre proposition: suppression de l'article 19 IC

Article 19 I quater :

I quater. - (Non modifié) Le même article L. 4624-4 est ainsi rétabli:

« Art. L. 4624-4. - Les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou de tiers et les

salariés dont la situation personnelle le justifie bénéficient d'une surveillance médicale spécifique. Les modalités d'identification de ces salariés et les modalités de la surveillance médicale spécifique sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Remarque: En dépit du fait que ces dispositions sont déjà envisagées à l'article R4624-18 du CDT, on peut estimer qu'il n'est pas préjudiciable que ce principe soit arrêté par la loi. Nous remarquons toutefois que le législateur a affaibli en 2012 cette surveillance et que les dispositions de cette SMR viennent d'être renforcées par décision du conseil d'état ce qui devrait faire l'objet de dispositions réglementaires rectificatives.

Mais:

- La commission « Aptitude et Médecine du travail », dont le député qui a présenté ces amendements était le rapporteur, propose d'affaiblir parallèlement la surveillance des salariés qui ne relèveraient pas de cette catégorie.
- Notre crainte porte donc sur l'absence de principe concernant la surveillance des autres salariés dans la Loi alors que cette surveillance est prévue par la directive CEE 89-191.
- Nous rappelons que les risques liés aux organisations du travail (dit RPS) ne sont pas spécifiques de certaines catégories de salariés et qu'il est paradoxal dans la même Loi de demander d'une part la reconnaissance des maladies psychiques, d'autre part de ne pas prescrire une surveillance médicale de tous les salariés.

Notre proposition: supprimer l'article 19 I quater mais en conserver les termes afin de les insérer dans un autre projet de loi spécifique qui aurait pour objet de rétablir une surveillance clinique pour tous les salariés conformément à la Directive européenne 89-191.

Article 19 septies :

(Non modifié)

Le second alinéa de l'article L. 4613-2 du code du travail est complété par une phrase ainsi rédigée:

« [Les médecins du travail] peuvent donner délégation à un membre de l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ayant compétence en matière de santé au travail ou de conditions de travail. »

- L'exercice de la médecine du travail est personnel.
- La présence ès qualités du médecin du travail relève de son exercice qui est encadré par le code de la santé publique.
- La délégation éventuelle doit par conséquent être motivée et écrite et ne peut être confiée qu'à un

membre de l'équipe pluridisciplinaire relevant des dispositions du code de la santé publique.

Notre proposition: suppression de l'article 19 septies et modification du deuxième alinéa de l'article R4623-14: après « aux infirmiers » ajouter « notamment pour le représenter au comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail ».

II) Les autres dispositions de l'article 19 (de l'article 19 ter à l'article sexties) permettent la transformation de la fiche de prévention des expositions en simple déclaration de l'employeur.

Nous souhaitons préciser, tout d'abord, pour mémoire, que, dans sa version initiale, la fiche de prévention des expositions à des facteurs de pénibilité, liée aux dispositions sur les retraites en 2010, se substituait, en matière de risque chimique, aux fiches et attestations d'exposition aux agents chimiques dangereux dont les cancérigènes mutagènes et reprotoxiques font partie.

La supprimer empêcherait dorénavant toute visibilité sur les expositions du salarié à ces agents chimiques ce qui contrevient notamment aux directives européennes.

Article 19 ter :

L'obligation de l'employeur d'informer le salarié sur ses risques à travers son accès à la fiche de prévention est supprimée pour ce qui concerne la déclaration le salarié n'est donc plus informé de la nature des expositions que comporte la déclaration de l'employeur (article 19 ter):

- Ceci introduit dans le cadre du contrat de travail une dérogation aux règles d'information sur les risques qui constitue une obligation de l'employeur vis-à-vis du salarié
- Elle prive le salarié de son droit de contestation dans ce domaine (et de ce fait entrave aux prérogatives des délégués du personnel)
- Elle empêche le salarié de mesurer, en cas de conséquence sur sa santé, s'il a pu être victime d'un préjudice
- La suppression de la mention à la conformité de cette déclaration avec l'évaluation des risques (document unique d'évaluation des risques) qui qualifiait l'action préventive du CHSCT atteint à ses prérogatives.
- Il faut craindre l'abrogation des articles réglementaires concernant la fiche de prévention et faisant référence au CHSCT.

Article 19 quinquies :

Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} de la quatrième partie du code du travail est complété par un article L. 4161-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4161-3. - Le seul fait pour l'employeur d'avoir déclaré l'exposition d'un travailleur aux facteurs de pénibilité dans les conditions et formes prévues à l'article L. 4161-1 ne saurait constituer une présomption de manquement à son obligation résultant du titre II du présent livre d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale des travailleurs résultant du titre II du présent livre. »

- La déclaration de l'employeur concerne les salariés exposés « à certains seuils appréciés après application des mesures de protection collective et individuelle » « susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur la santé ».
- Il s'agit donc de niveaux de risque susceptibles d'être négatifs pour la santé des travailleurs.
- Imposer par la Loi que la déclaration de l'employeur ne saurait constituer une présomption de manquement à la responsabilité de l'employeur concernant les effets de ces seuils, constitue une immixtion de la puissance publique dans les conditions d'exécution du contrat de travail au bénéfice de l'employeur alors qu'elles relèvent des prérogatives du pouvoir judiciaire.
- Par conséquent la responsabilité de l'état devrait être engagée subsidiairement à celle de l'employeur en cas de manquement à l'obligation de sécurité de résultat de celui-ci.

Notre proposition : suppression des articles 19 ter à 19 sexties et élaboration d'un projet de loi spécifique aux modifications de la fiche de prévention des expositions à des facteurs de pénibilité.

Nous sommes à votre disposition pour toute précision qui pourrait vous paraître nécessaire.

Considération distinguée.

D^r Gilles Seitz, responsable du Collectif UGICT
CGT des médecins du travail⁽⁵²⁾

⁵² Contact : seitz@cgt.fr

Réalisation, Impression:



Dépôt légal: août 2015

