



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°16
mars
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:

Oui, les psychopathes existent Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Retraites complémentaires ARRCO et AGIRC, des négociations à hauts risques Par M ^{me} Sylvie Durand, UGICT-CGT	Page 9
Mare Nostrum Par Nicolas Lambert, cartographe, ingénieur d'études au CNRS	Page 12
Grèce : rétablir la santé des marchés financiers en s'attaquant à celle de la population Par Boris Campos, interne en médecine	Page 16
Une démarche globale de santé pour les personnes précaires Par le D ^r Marie-Sarah Cayla	Page 22

Le dossier: les professions de santé

Une réforme de la médecine générale pour un système de santé rénové efficace. La médecine générale en centre de santé, une perspective d'avenir pour la révolution réussie du premier recours. Par le D ^r Éric May, Président de l'Union syndicale des Médecins de centres de santé	Page 31
Interview du Dr Patrick Bouet, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins Par le Dr Éric May	Page 35
Interview du D ^r Patrick Benoist, médecin généraliste libéral	Page 41
Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans les centres de santé : un enjeu pour de nouvelles prises en charge des patients Par M ^{me} Régine Raymond & le D ^r Guirec Loyer, Centre municipal de santé de Bezons	Page 44
Dix notes du D ^r Salomon à propos des médicaments essentiels	Page 47
Nouveaux métiers, nouveaux services et enjeux de pouvoir : les infirmières cliniciennes spécialisées Par le D ^r Alain Beaupin, médecin directeur du centre municipal de santé de Vitry	Page 55
De la protection de la santé des salariés à l'aide aux employeurs pour la gestion des risques Par le D ^r Khayi, médecin du travail	Page 59

Une politique industrielle du médicament par la mise en place d'un Pôle public du Médicament en France et en Europe Par le D ^r Fabien Cohen, chirurgien-dentiste	Page 63
Remarques & questionnements à propos de l'article de Fabien Cohen Par M ^{me} Danielle Montel coauteur du livre « Big Pharma, l'urgence de la Maîtrise sociale »	Page 71
<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 76
<hr/>	
<i>Les notes de lecture</i>	
<hr/>	
« Le livre noir du nucléaire militaire », Jacques Villain, par Jacques Bénézit	Page 80
« HesaMag n°2 de 2014 », par le D ^r N. Khayi	Page 81
« Document de travail de l'IRDES » : Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé ; le cas des CdS du projet Epidaure-CDS, par le D ^r Alain Brémaud	Page 84
« La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines », Bruno Boidin, par M ^{me} Catherine Limousin, CNRS	Page 85
<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 87
<hr/>	

Éditorial

Oui, les psychopathes existent

Dans la nosographie psychiatrique française on ne sait pas bien comment classer et définir les psychopathes. En général ils apparaissent en fin de classification ou en fin d'ouvrage. Ce sont bien souvent les oubliés. Pourtant ils sont bien là. Avec les ravages qu'ils commettent. Et la souffrance qu'ils génèrent.

Ils ne sont pas psychotiques en ceci qu'ils ne sont pas délirants. Ils ne sont pas névrosés : ils sont constamment au-delà des symptômes névrotiques (phobie, hystérie, obsession). Leur intelligence est normale. Leur caractère est pathologique, inharmonieux, déviant, morbide, instable, cyclique. L'agressivité, la haine accompagnent un caractère schizoïde. La perversité, c'est-à-dire le plaisir de faire souffrir autrui, est souvent marquée. Les comportements antisociaux, les déviations sexuelles marquent une aggravation des troubles caractériels. Ils sont constamment mythomanes, inadaptables, inamendables, instables dans leurs emplois. Ils ont presque toujours des démêlés avec la justice. Selon le DSM IV américain, les psychopathes naissent avec des caractéristiques psychologiques particulières comme l'impulsivité ou l'absence de peur, qui les conduisent à chercher le risque et les rendent incapables d'intégrer les normes sociales.

Toute société, toute civilisation, toute époque, toute classe sociale a ses psychopathes. Il ne faut jamais les oublier ni les perdre de vue sauf à attendre qu'ils se manifestent dans la rubrique « faits divers » ou qu'ils occasionnent des catastrophes historiques.

En effet, dans certaines conditions historiques, ils trouvent des circonstances pour passer à l'acte en toute impunité ou pour trouver une justification à leur comportement. Qu'on se souvienne de l'impressionnant livre de Jonathan Littell, *Les bienveillantes*, qui décrit les horreurs des commandos SS en Ukraine. Ou encore de l'œuvre de l'éducateur Fernand Deligny qui raconte qu'une partie des délinquants dont il avait la garde avant la guerre, s'est retrouvée embrigadée par les milices pour réaliser de basses œuvres lorsque l'hôpital

dont il s'occupait a été fermé par l'occupant et que les enfants ont été jetés à la rue en 1940.

Aujourd'hui, le « Jihad » des islamistes radicaux fournit à un certain nombre de psychopathes l'occasion rêvée pour se désinhiber et passer à l'acte. Toutes les violences sont permises, en particulier sur les femmes.

Tout ceci conduit la société à une réaction de défense. Une réaction de protection bien nécessaire. Mais je suis frappé de constater que lors des événements récents, peu de personnes, en particulier peu de journalistes ont fait le lien entre la personnalité des criminels et leurs actes. Les conditions de leur prise en charge avant les événements ont été occultées. Pourtant le corps médical croise souvent ces personnalités pathologiques. Il en fait d'ailleurs parfois les frais en étant lui-même particulièrement agressé. Aujourd'hui la politique est à la réduction des moyens de la psychiatrie publique. Réduction des moyens de la politique de prévention en particulier PMI et médecine scolaire. Ainsi se prive-t-on d'un moyen simple et de masse de suivre des enfants qui deviendront des adolescents à problème, et de les accompagner. La dangerosité des situations alors explose. Les médecins généralistes, médecins de premier recours doivent pouvoir jouer leur rôle de dépistage et d'accompagnement. Comment feront-ils demain dans le cadre de pénurie des effectifs qu'on organise sciemment ?

Toutes les mesures répressives aussi légitimes et justifiées soient-elles ne pourront rien si le terrain de la prévention publique est affaibli. Le coût des économies faites sur la prévention est à la fin faramineux. Coût financier mais aussi humain.

Un sujet de méditation pour les médias et les politiques ?

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Prochains dossiers à paraître :

- Numéro de juin 2015 : **L'hôpital**. Dossier suivi par le D^r M. Limousin
- 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

Retraites complémentaires ARRCO et AGIRC Des négociations à hauts risques

Par M^{me} Sylvie Durand, UGICT-CGT

Les négociations sur les retraites complémentaires ARRCO⁽¹⁾ et AGIRC⁽²⁾, ouvertes ce 17 février, seront au cœur de l'actualité sociale jusqu'à fin juin. Si elles concernent en tout premier lieu 18 millions de salariés et 12 millions de retraités du secteur privé, elles risquent d'être lourdes de conséquences pour l'organisation d'ensemble du système de retraite français. D'ores et déjà, le gouvernement ne fait pas mystère de son intention de généraliser aux régimes spéciaux, dont celui des pensions civiles et militaires, les nouvelles mesures régressives qui seraient retenues par les « partenaires sociaux ».

Les enjeux

La situation financière de l'AGIRC est la raison première de la réouverture de ces négociations. L'AGIRC permet aux cadres et assimilés de compléter, pour la partie de leur salaire dépassant le plafond de la Sécurité sociale, les droits à retraite acquis dans la limite de ce plafond auprès de la CNAV⁽³⁾ (ou la MSA⁽⁴⁾) et de l'ARRCO.

Depuis 2003, la somme des cotisations perçues par l'AGIRC ne permet plus de couvrir le paiement des pensions si bien que le régime puise dans ses réserves pour maintenir le montant des retraites. Les réserves seront épuisées en 2017. Sauf nouvel accord paritaire, toutes les pensions AGIRC devraient être diminuées de 5,15 %⁽⁵⁾ en 2018 et de 6,33 % supplémentaires en 2019.

La situation est identique à l'ARRCO avec un horizon d'épuisement des réserves à 2027 entraînant

d'emblée une diminution de toutes les pensions ARRCO de 10,48 % en 2028.

Refusant obstinément d'augmenter les ressources des régimes, le Medef propose de faire payer, pour partie, la retraite des cadres par les non-cadres en créant un nouveau régime unique de retraite complémentaire, fusionnant les deux régimes ainsi appelés à disparaître l'un et l'autre. L'IRCANTEC serait dans un second temps agrégé à ce nouvel ensemble.

La fin du droit à la retraite à 62 ans

L'idée du patronat est de siphonner les réserves de l'ARRCO pour maintenir le montant des pensions des cadres retraités et « *de se donner ainsi le temps* », selon son expression, de reculer à 67 ans l'âge effectif de départ en retraite de tous les salariés. L'épuisement des réserves ainsi mutualisées surviendrait en 2024 au lieu de 2027 pour l'ARRCO.

Pour les générations nées à compter de 1957, les pensions liquidées avant 67 ans, feraient l'objet d'un abattement dégressif pouvant aller jusqu'à 40 % pour une liquidation à 62 ans. Cet abattement serait annulé une fois atteint l'âge de 67 ans. La mise en œuvre de cette mesure correspondrait dans les faits à la fin du droit à la retraite à 62 ans.

Des baisses de retraite pour tous les salariés du privé

Pour faire passer une mesure aussi inique auprès des ouvriers et des employés, le Medef veut imposer de gros sacrifices aux cadres et assimilés. L'organisation patronale propose de supprimer la Garantie Minimale de 120 Points (GMP) de pension accordée depuis 1996 chaque année à tout cotisant à l'AGIRC. Soit pour 40 années cotisées, un total de 4800 points, représentant en valeur 2014, un montant annuel de pension AGIRC de 2089 €.

La perte de ressources induite par la suppression de la cotisation forfaitaire GMP serait compensée par la mise en place d'une Contribution d'équilibre technique (CET), non génératrice de droits, à laquelle

¹ ARRCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire; y sont affiliés tous les salariés non-cadres et cadres du secteur privé

² AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres; régime complémentaire des ingénieurs, cadres et assimilés du secteur privé

³ CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, le régime de base des salariés du secteur privé relevant de l'industrie et du commerce

⁴ MSA : Mutualité Sociale Agricole, le régime de base des salariés du secteur privé relevant de l'agriculture

⁵ Chiffres communiqués par la Direction technique du GIE AGIRC/ARRCO

seraient assujettis tous les salariés, pour financer les points acquis par le passé au titre de la GMP : encore une forme de « solidarité à l'envers » des non-cadres envers les salariés cadres.

Le décrochage du niveau des futures pensions ainsi induit serait inéluctablement étendu à l'ensemble du salariat au nom du « partage des efforts ».

Car ce nouveau régime unique de retraite complémentaire serait conçu pour fonctionner à « cotisations définies » : le taux de cotisation étant fixé une fois pour toutes, tous les ajustements se feraient, comme en Suède, par le recul de l'âge de la retraite et par la baisse continue des pensions, aussi bien celles déjà liquidées que celles en cours de constitution.

Dans cet esprit, le Medef propose d'ores et déjà 3 années supplémentaires de gel des pensions de retraite, jusqu'en 2018, et un nouveau décrochage de l'ordre de 20 % du niveau des pensions par rapport aux salaires de fin de carrière s'ajoutant aux baisses déjà actées depuis 1993 !

Les pensions de réversion ne seraient pas épargnées, le Medef proposant de les ramener à 40 % ou 50 % de la pension du conjoint décédé contre 60 % aujourd'hui. Le titulaire du droit direct pourrait maintenir le taux de la réversion de son conjoint à 60 % en acceptant un abattement définitif sur le montant de sa propre pension, pour que le régime, en toutes hypothèses, fasse la même économie.

Bien évidemment toutes ces mesures, une fois labellisées « partenaires sociaux », auraient vocation à être généralisées par le gouvernement à l'ensemble des régimes de retraite du public et du privé.

Développement massif de la capitalisation

La disparition de l'AGIRC est une étape incontournable pour développer massivement la capitalisation en substitution à la répartition. Elle aurait en effet pour conséquence de précipiter les cadres vers des dispositifs d'épargne retraite individuels. Les ouvriers et employés seraient ensuite invités à faire de même.

Pour pleinement mesurer cet enjeu, il convient de se souvenir que le régime de retraite des cadres a été mis en place en 1947 à l'initiative d'Ambroise Croizat (ministre communiste du Travail) et de deux camarades de la Fédération Nationale des Industries

Chimiques CGT, Andréjean et Roger Pascré (de leurs noms de résistants), pour ne plus laisser aucune place à la capitalisation en couvrant sans exception tous les salariés sur la totalité de leur salaire par un dispositif de retraite en répartition.

La Sécurité sociale du pauvre pour de pauvres prestations

La mise en place de l'AGIRC, pour les cadres, a été la contrepartie de leur affiliation à la Sécurité sociale à une époque où, sceptiques vis-à-vis des solidarités entre générations qui sont le ciment de la répartition, ils s'étaient convaincus qu'ils allaient cotiser en pure perte ou presque.

Le renvoi des ICTAM vers la capitalisation menacerait évidemment tout l'édifice de Sécurité sociale : pourquoi devraient-ils cotiser deux fois, une fois dans un système en répartition qui ne leur offrirait plus que des droits à retraite en chute libre et une fois en capitalisation ? Menace d'autant plus sérieuse que les cadres et assimilés, à peine 250 000 salariés à la création de l'AGIRC, sont aujourd'hui plus de 4 millions, un effectif de cotisants dont la Sécurité sociale ne peut se passer.

C'est pourtant ce que propose d'ores et déjà un « think-tank » récemment créé, l'IPS (Institut de la Protection sociale) : désaffilier les salariés de la Sécurité sociale à partir d'un certain niveau de salaire, les assurances privées prenant la relève !

Menaces sur les conventions collectives de branche

La fusion de l'AGIRC avec l'ARRCO aurait enfin pour effet de faire disparaître le seul organisme en charge de la reconnaissance interprofessionnelle et opposable du statut cadre : l'idée du Medef est de faire travailler les cadres en les rémunérant comme des employés pour pouvoir rémunérer les employés comme des précaires.

Le Medef entend ainsi opérer un tassement sans précédent des grilles salariales. Il s'ensuivrait l'ouverture de négociations sur les classifications et la prévoyance dans toutes les branches, le Code du travail et le décret du 9 janvier 2012 sur les catégories objectives se référant à l'AGIRC pour identifier les cadres, les assimilés cadres et les employés. Avec la destruction de l'AGIRC, c'est tout autant le statut cadre que l'ensemble des grilles salariales qui sont visées.

Perspectives

Quatre leviers pour financer l'AGIRC et l'ARRCO : des alternatives réalistes et efficaces existent aux propositions du Medef. Leur impact a été évalué à la demande de la CGT par les services techniques de l'AGIRC et de l'ARRCO.

- L'égalité salariale femmes/hommes : progressivement réalisée d'ici 2024, elle permettrait un accroissement des cotisations tel que tout déficit serait effacé à l'ARRCO, et que des réserves annuelles représentant au minimum 13 mois d'allocation y seraient durablement reconstituées. Quant au déficit de l'AGIRC, il serait réduit d'ici 2040 de 46,32 %. Le Medef exclut cette mesure au motif qu'elle porterait préjudice à la compétitivité des entreprises alors même qu'elle est rendue obligatoire par la loi 2014-873 du 4 août 2014, « *pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes* ». Le Medef se met ainsi délibérément hors la loi.

- L'alignement des taux de cotisation pour la retraite pratiqué au-dessus de plafond de la Sécurité sociale sur ceux pratiqués en dessous : pour se constituer des droits à retraite sur la partie de leur salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale, les ICTAM cotisent à un régime de base de Sécurité sociale et à l'ARRCO. Le total des cotisations versées à ces deux régimes s'établit à 27,55 % (en agréant les parts dites « patronales » et « salariales » de ces cotisations). Mais au-dessus du plafond, le total des cotisations pour la retraite ne s'établit qu'à 25,10 %.

Il ressort de ce constat que la cotisation AGIRC est sous-dimensionnée de 2,45 points, ce qui concourt au déficit de ce régime. Il n'y a aucune raison de ne pas cotiser autant au-dessus du plafond qu'en dessous. C'est l'objectif de l'alignement des taux de cotisations qui permettrait de rétablir l'équilibre financier de l'AGIRC jusqu'en 2033 et de réduire son besoin de financement de 95 % à l'horizon 2040. La part salariale des cotisations augmenterait au maximum de 0,93 point soit 7,72 euros de plus par mois pour un salarié qui gagne mensuellement 4 000 euros bruts : le prix d'un paquet de cigarette !

- L'augmentation de la Garantie minimale de points : en portant de 120 à 150 points cette garantie et en augmentant en conséquence la cotisation, le déficit prévu à l'AGIRC à l'horizon 2040 s'en trouverait réduit de 8,57 % et les pensions améliorées !

En effet, l'augmentation de la cotisation génère un apport de financement qui ne sera intégralement consommé que dans 40 ans, lorsque tous les cotisants liquideront leur pension avec une carrière complète cotisée à 150 points annuels.

- La mise en place d'une cotisation strictement patronale, ayant pour principale assiette l'intéressement, la participation et l'abondement aux plans d'épargne entreprise. Appelée au taux de 10 %, cette cotisation permettrait d'effacer 23,57 % du déficit de l'AGIRC et 74 % du déficit de l'ARRCO.

Enfin il est proposé, toujours par la CGT, de moduler la hausse de la contribution des entreprises à cet effort de financement en fonction du rapport masse salariale sur valeur ajoutée et en fonction du comportement de l'employeur en matière d'emploi (recours au temps partiel, aux contrats précaires...), d'égalité femmes/hommes, de recherche et développement, d'investissement productif.

En combinant et modulant ces 4 mesures, il est ainsi non seulement possible de rétablir rapidement l'équilibre financier de l'AGIRC et de l'ARRCO mais aussi de reconstituer des excédents ce qui permettrait d'améliorer ensuite le niveau des pensions.

Tout l'enjeu des semaines à venir est donc de permettre aux salariés actifs et retraités de se prononcer sur les propositions en présence. Ce n'est que le consensus citoyen autour de l'accroissement des ressources affectées au financement des retraites qui permettra de renouer avec un bon niveau de prestation accessible dès 60 ans. Sans modification du partage de la richesse créée au profit d'une meilleure rémunération du travail, les solutions libérales s'imposeront comme une évidence, tant en matière de retraite que de santé ou de prévoyance.

Mare Nostrum

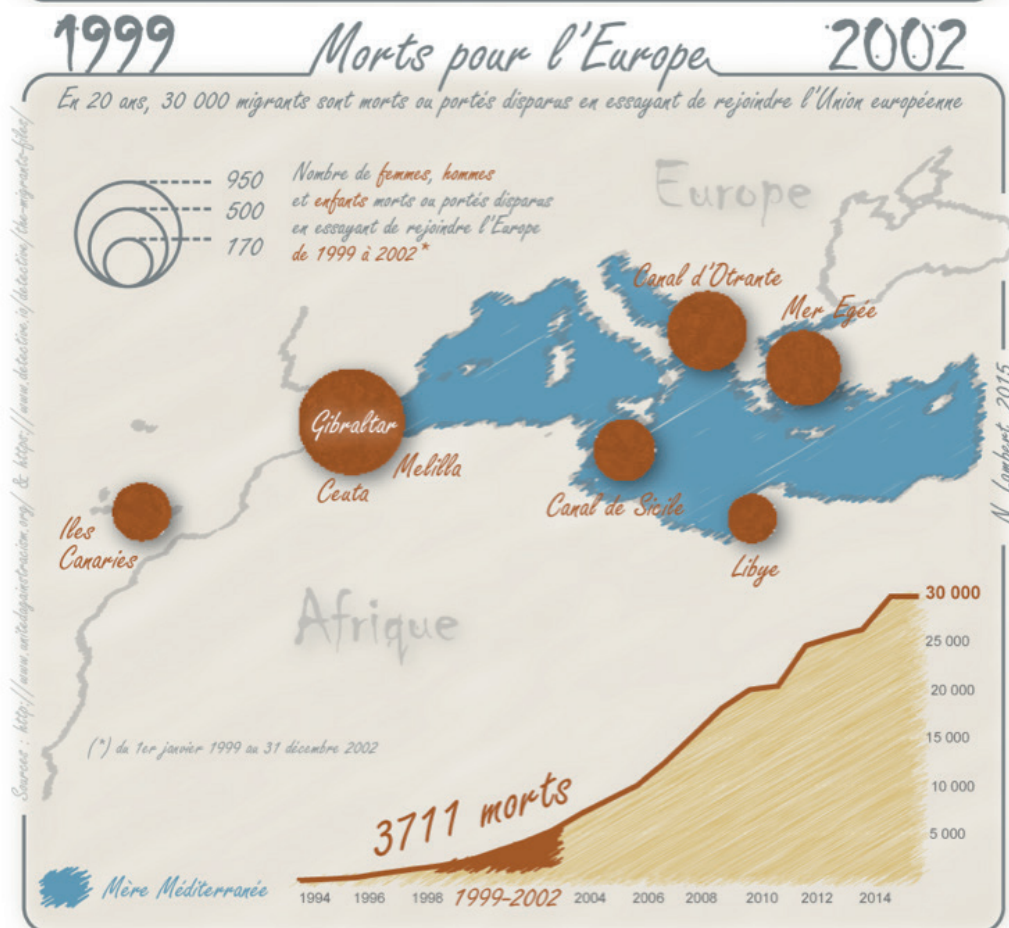
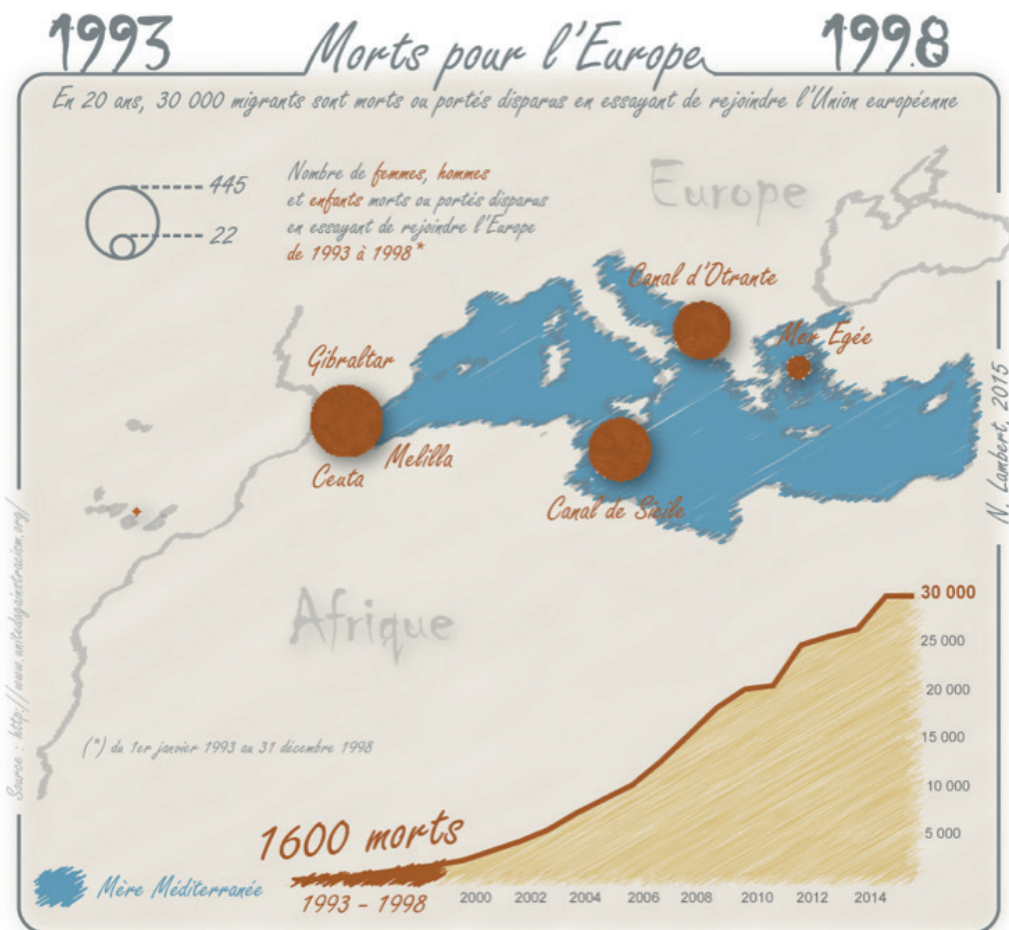
Par Nicolas Lambert, cartographe, ingénieur d'études au CNRS

NDLR: Nous avons déjà publié dans le N°1 de janvier 2011 un article intitulé « Le bilan Humain de l'Europe forteresse, Regard cartographique » de Nicolas Lambert. Depuis l'auteur a continué ses publications sur le sujet. Aujourd'hui il nous donne des cartes qui disent l'évolution de la situation. Elles parlent mieux que n'importe quel texte. Signalons que paradoxalement, ces cartes ont été largement reprises dans la presse turque et polonaise.

En 20 ans (1993-2014), 30 000 migrants sont morts ou portés disparus en essayant de rejoindre l'Union européenne, soit l'équivalent de la population totale d'une ville comme Montbéliard, Biarritz, Périgueux, Palaiseau ou Dieppe. Noyés, asphyxiés, écrasés, accidentés, empoisonnés, explosés sur un champ de mines, morts de faim, de soif, d'épuisement, morts par manque de soins médicaux, autant de drames humains qui auraient pu être évités. Nous avons, nous européens, une part de responsabilité dans cette hécatombe migratoire. Car au nom de la lutte contre l'immigration dite irrégulière, l'Europe s'est dotée de dispositifs de surveillances quasi militaires (Eurosur, Frontex...) poussant les migrants vers des routes toujours plus dangereuses. Au final, plus les accès vers l'Europe sont périlleux, plus les passeurs s'enrichissent tandis que hommes, femmes et enfants continuent de fuir la misère et la guerre en prenant toujours plus de risques.

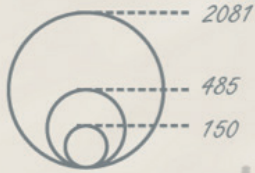
Pour illustrer cette hécatombe migratoire, je signe ici une série de cartes « en colères »⁶. Centrées sur la mer Méditerranée, notre mer(e) commune, ces cartes montrent l'ampleur du phénomène et surtout son évolution dramatique dans le temps. Mais avant tout, ces cartes donnent à voir les victimes d'une guerre invisible menée par l'Europe face à un ennemi qu'elle s'invente. « *Notre mer est une mer brisée* » (Edgar Morin, 1992). Il serait temps qu'elle redevienne enfin Mare Nostrum, notre mer à tous, un espace où chacun peut circuler librement. Car en effet, ces drames ne sont pas des fatalités. En réaffirmant la migration comme un droit - la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1948 qui annonce dans son article 13 que « *toute personne est libre de quitter son pays* » -, l'Union européenne peut sortir de sa logique sécuritaire et renouer enfin avec les valeurs de liberté qu'elle prétend pourtant incarner.

⁶ Terme explicite et percutant emprunté au talentueux Philippe « Reka » Rekacewicz. De façon plus générale, les cartes présentées ici sont largement inspirées de son style cartographique.



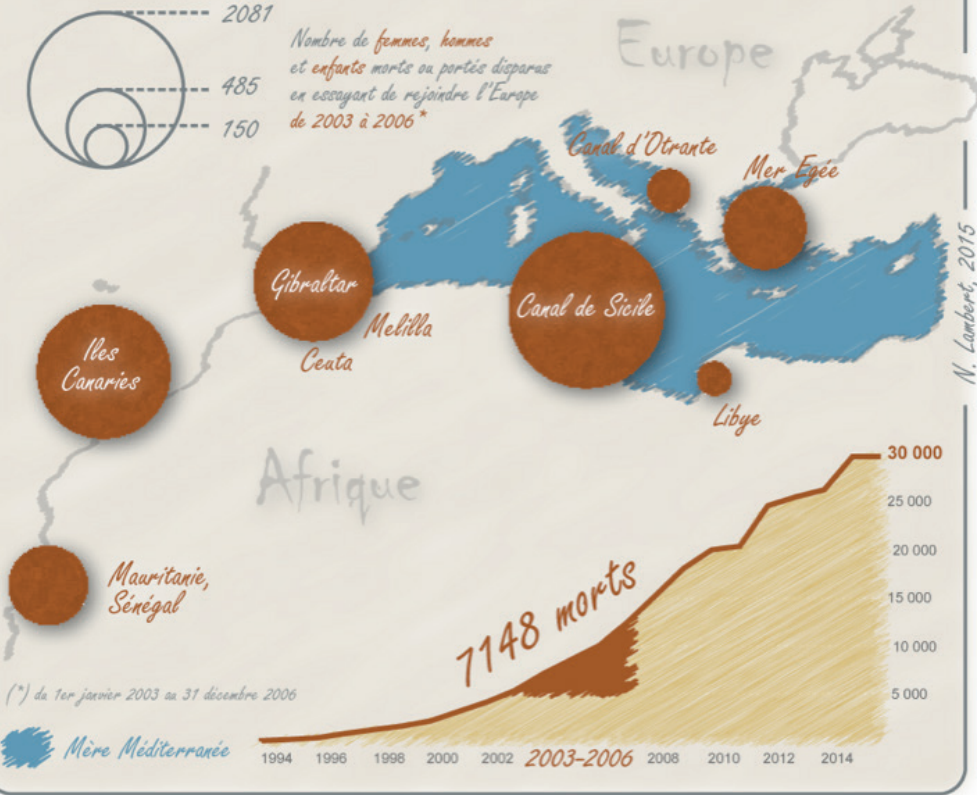
2003 Morts pour l'Europe 2006

En 20 ans, 30 000 migrants sont morts ou portés disparus en essayant de rejoindre l'Union européenne



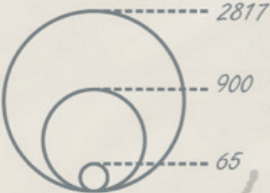
Nombre de femmes, hommes et enfants morts ou portés disparus en essayant de rejoindre l'Europe de 2003 à 2006*

Source : <http://www.detective.is/detective/les-migrants-filae/>



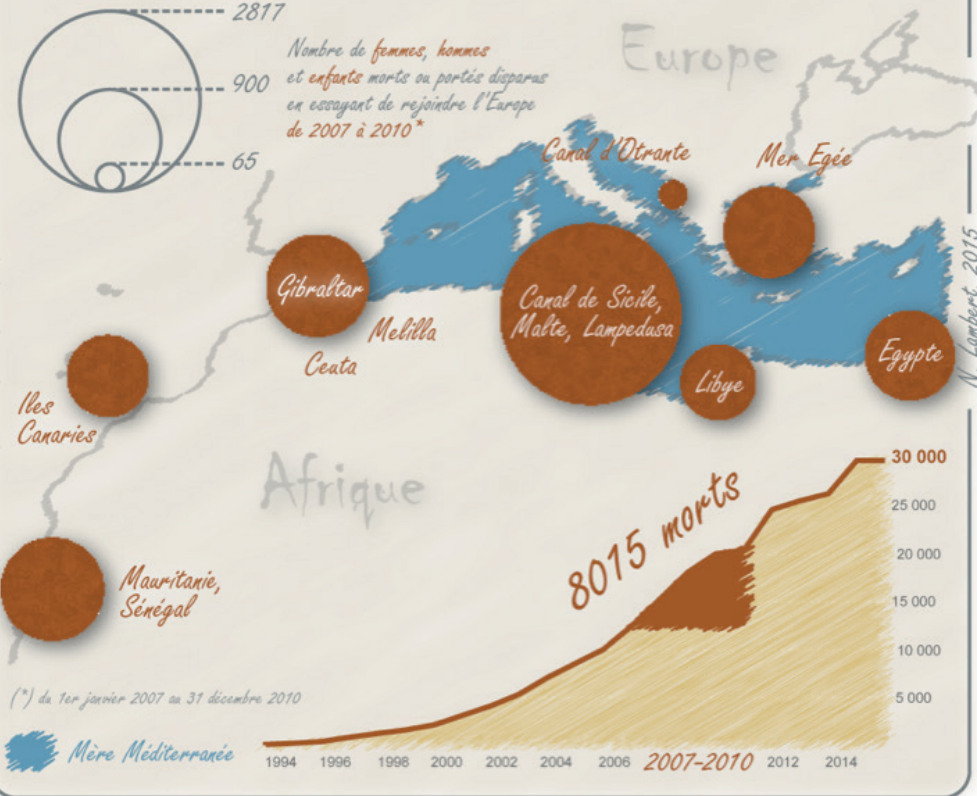
2007 Morts pour l'Europe 2010

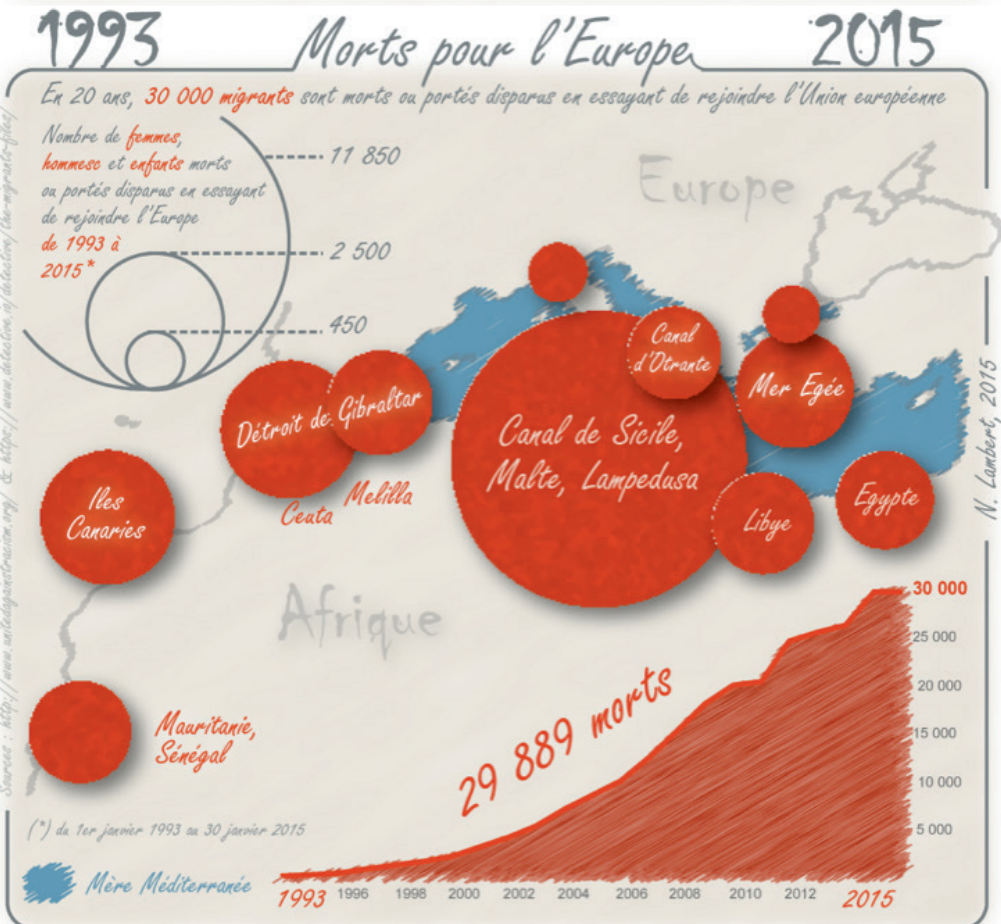
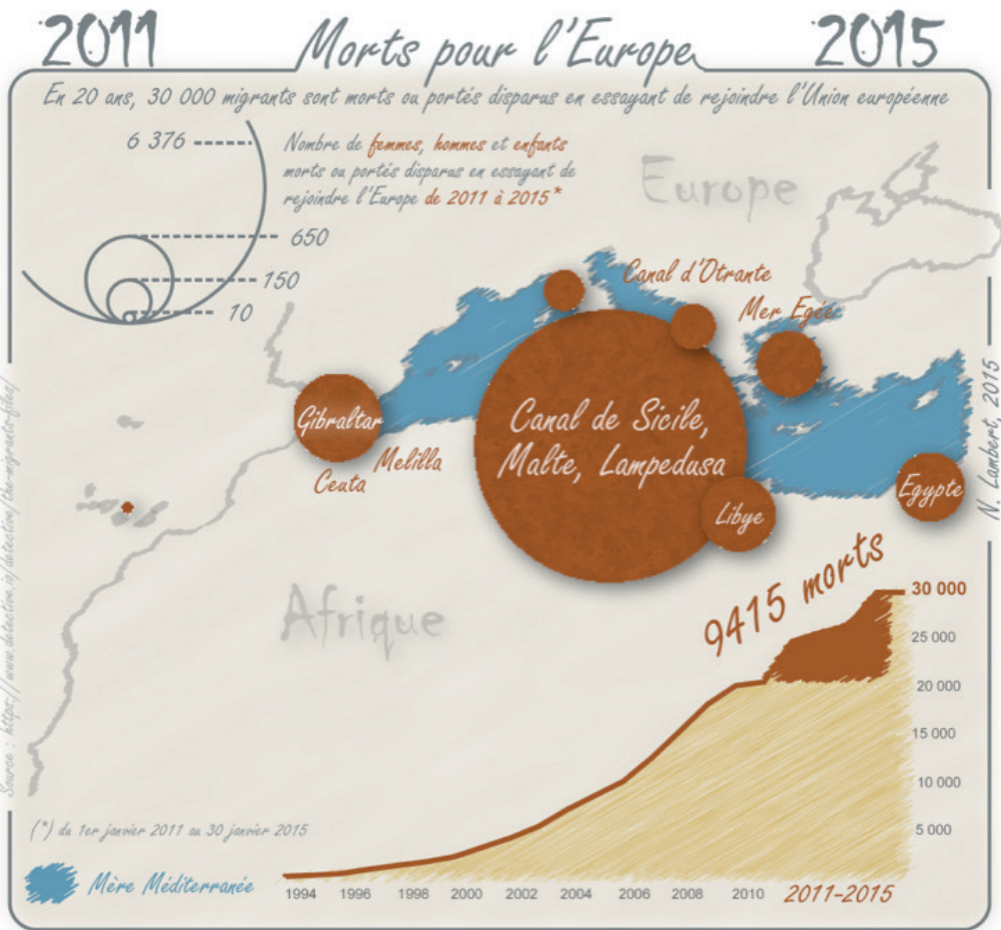
En 20 ans, 30 000 migrants sont morts ou portés disparus en essayant de rejoindre l'Union européenne



Nombre de femmes, hommes et enfants morts ou portés disparus en essayant de rejoindre l'Europe de 2007 à 2010*

Source : <http://www.detective.is/detective/les-migrants-filae/>





Grèce : rétablir la santé des marchés financiers en s'attaquant à celle de la population

Par Boris Campos, interne en médecine

NDLR: Cet article a été écrit en décembre 2014. Dans sa dernière partie, l'auteur développe la perspective d'une possible arrivée au pouvoir de Syriza. Depuis sa rédaction, cette hypothèse est devenue un fait. Le 25 janvier 2015, la population grecque a porté au pouvoir Syriza, défenseur d'un programme anti-austérité: arrêt de la privatisation du port du Pirée et de Thessalonique ou de la compagnie d'électricité DEI, hausse du salaire minimum, réintégration de plusieurs milliers de fonctionnaires, relèvement des pensions des retraités les plus pauvres, etc. Dans le domaine de la santé, le programme de Syriza prévoit des soins médicaux et pharmaceutiques gratuits, une diminution de la participation de l'assuré au prix du médicament et l'édification d'un « système universel et achevé de santé publique ». Dans un sens, aux yeux de son auteur, le cours qu'ont pris les événements rend cet article d'autant plus d'actualité.

Été 2004: les JO d'Athènes. Pendant 15 jours, la Grèce est le centre du monde. Des millions de téléspectateurs ont droit à des spectacles pharaoniques et des épreuves sportives dans des installations flamboyantes. Les retransmissions dégagent une impression de richesse débordante. Automne 2008: les banques des États-Unis sont touchées de plein fouet par la crise financière. Le premier ministre grec, Kostas Karamanlis, assure alors que l'économie du pays est « blindée » contre le risque de contagion. Octobre 2009: le nouveau gouvernement socialiste relève la prévision de déficit public de la Grèce de 3,7 % à 15,8 % du PIB. Le pays est au bord de la faillite. C'est la panique. Pour prévenir un défaut de paiement qui entraînerait les autres pays d'Europe dans sa chute, un premier plan de « sauvetage » est adopté en mai 2010. En contrepartie d'un prêt de 110 milliards d'euros, le pays doit se soumettre à un programme de restriction budgétaire colossal, condition imposée par la Commission Européenne, le Fonds Monétaire International et la Banque Centrale Européenne, association de malfaiteurs plus connue sous le nom de Troïka. En vain: le pays s'enfoncé dans la crise, la dette poursuit sa dangereuse ascension. Février 2012: un 2^e plan de sauvetage est adopté en contrepartie de toujours plus de coupes budgétaires, toujours plus de contre-réformes.

Dans le secteur de la santé publique, l'accord exigeait la réduction des dépenses à 6 % du PIB. La plupart des pays européens, dont la France et l'Allemagne, dépensent plus de 6 % de leur PIB pour la santé publique. En toute conscience, la Troïka a donc fixé un objectif issu de considérations purement

économiques, totalement détaché des problématiques de santé publique et des moyens nécessaires pour les résoudre. Pour l'atteindre, de 2009 à 2011, le budget de l'hôpital public a été réduit de 26 %. Chaque année les coupes ont été plus importantes. En 2014, le budget prévoit une nouvelle réduction de 12,5 % des dépenses sociales et de 19,7 % des dépenses publiques de santé. Le financement public de l'Office national des services de santé (EOPYY) est réduit de 30 %, et, pour les hôpitaux, de 32 %, c'est-à-dire 5 milliards en moins⁷. En parallèle, le gouvernement cherche à baisser le coût de fonctionnement des hôpitaux en démantelant les droits des travailleurs.

Pour justifier ces coupes drastiques, le discours officiel explique que les réformes qui les accompagnent visent à rendre le système de santé plus « efficient »: en augmentant le rendement, en limitant le gaspillage, les restrictions budgétaires seront sans impact sur la qualité et l'accès aux soins. Mais dans les faits, les conséquences sont dramatiques. Les hôpitaux doivent faire face à un sous-effectif chronique, en deçà des seuils de sécurité, et à un manque de matériel permanent. Manque de gants, réserve de fil chirurgical à sec, stocks de papier hygiénique épuisés... Médecins du Monde rapporte que les médecins demandent aux patients d'acheter eux-mêmes pansements, seringues et gazes parce que certains hôpitaux sont en rupture de stocks. Le système hospitalier – et au-delà, tout le système de santé publique – est au bord de l'effondrement. Pourtant, le gouvernement s'obstine à nier tout lien

⁷ [http://www.solidaire.org/index.php?id=1340&L=1&tx_ttnews\[tt_news\]=38194&cHash=f76d840b99f98f2428584007968e7129](http://www.solidaire.org/index.php?id=1340&L=1&tx_ttnews[tt_news]=38194&cHash=f76d840b99f98f2428584007968e7129)

de cause à effet entre austérité et dégradation de l'état de santé de la population grecque. Il n'y a pas plus aveugle que celui qui ne veut pas voir : reconnaître ce lien serait reconnaître que la classe dirigeante est en train de ramener le pays des années en arrière.

Un pays en voie de sous-développement

Les effets de l'austérité commencent seulement à se faire sentir mais ont déjà des conséquences effroyables, comme le démontre une récente étude parue dans le journal scientifique britannique *The Lancet*⁽⁸⁾. Au cours de la première année d'austérité, 1/3 des plans de prévention et de traitement des toxicomanes ont été abandonnés, la distribution de seringues et préservatifs a chuté respectivement de 10 % et 24 %. En conséquence, le taux de nouvelle infection par le VIH dans cette population a été multiplié par 30 entre 2009 et 2012. Parmi eux, le nombre de nouveaux cas de tuberculose a été multiplié au minimum par 2 entre 2012 et 2013. Par ailleurs, l'abandon de programmes de lutte contre les moustiques, conséquence de la réduction drastique des budgets municipaux, a favorisé la réapparition de cas de paludisme autochtone, du jamais vu depuis 40 ans. Les patients n'ont plus les moyens d'avancer le coût des médicaments prescrits par le médecin ou les transports pour les consultations alors que les délais de remboursement s'allongent. Par manque de ressources, les vaccinations sont également remises à plus tard, ce qui à terme aura un impact sur la couverture vaccinale du pays, au risque d'entraîner la réémergence de maladies graves et pourtant évitables.

L'effondrement socio-économique a des répercussions sur la santé mentale de la population grecque. Les cas de dépression ont été multipliés par 2,5 entre 2008 et 2011, les tentatives de suicide ont augmenté de 36 % entre 2009 et 2011 et les décès par suicide de 45 % entre 2007 et 2011. Les services de psychiatrie doivent faire face à une augmentation de leur activité de 120 % au cours des 3 dernières années. Pourtant, le secteur est littéralement mis à sac par les mesures d'austérité : les fonds publics pour la santé mentale ont été amputés de 20 % entre 2010 et 2011 et d'environ 55 % l'année suivante. Des plans pour le développement de services psychiatriques pédiatriques ont dû être abandonnés. Les services n'ont pas eu d'autre choix que de réduire leurs programmes et leurs personnels ou carrément de mettre la clé sous la porte.

Les plus vulnérables ne sont pas épargnés, notamment les femmes enceintes et les enfants. La santé de ces derniers se dégrade notamment en raison de la diminution des revenus de la famille. En 2012, un rapport des Nations unies a déclaré qu'en Grèce « *le droit à la santé et l'accès au système de santé ne sont pas respectés pour tous les enfants.* » Le nombre d'enfants souffrant de malnutrition augmente. Celui des bébés avec un faible poids de naissance à l'accouchement a augmenté de 19 % entre 2008 et 2010, celui des bébés mort-nés de 21 % entre 2008 et 2011. Pire, le taux de mortalité infantile, à la baisse depuis des dizaines d'années, a explosé de 43 % entre 2008 et 2011.

Si la situation devient à ce point dramatique, ce n'est pas seulement en raison des attaques directes contre le système de santé publique : la quasi-totalité des mesures d'austérité ont des conséquences plus ou moins directes sur l'état de santé de la population. Les diminutions de salaires, l'augmentation des formes flexibles de travail, la suppression des conventions collectives, l'augmentation des heures de travail et de l'âge de départ à la retraite, la libéralisation des licenciements, l'augmentation du prix de l'électricité et du mazout de chauffage, etc. : toutes ces mesures s'additionnent les unes aux autres et engendrent une dégradation brutale des conditions de vie et de travail de la classe ouvrière grecque. Dans quelques années, cela se répercutera inévitablement sur l'espérance de vie moyenne du pays.

Transfert des coûts vers le patient et médecine à 2 vitesses

En 2011 le forfait à la charge des patients pour chaque consultation à l'hôpital public est passé de 3 à 5 euros. Une augmentation de 2 euros, mais le plus souvent le patient nécessite une série de consultations. À cela s'ajoute la nouvelle franchise de 1 euro par boîte de médicaments, entrée en vigueur cette année, et des coûts cachés, comme le passage par des numéros payants pour prendre rendez-vous avec un médecin. En janvier, un forfait de 25 euros par hospitalisation devait être mis en place. La mobilisation de la population a permis d'annuler cette mesure au bout d'une semaine d'application. Mais il s'agit plus d'un report que d'un abandon. Il faut s'attendre à ce que tôt ou tard, le gouvernement revienne à la charge.

Voilà ce qui peut être dit en ce qui concerne les coûts officiels. Ce qui se dit moins, c'est que le système hospitalier est gangrené par la corruption : les patients savent qu'une consultation rapide ou que les

⁸ doi:10.1016/S0140-6736(13)62291-6
<http://www.enetenglish.gr/resources/article-files/piis0140673613622916.pdf>

interventions importantes s'obtiennent généralement en échange d'une *fakelaki* (« enveloppe », autrement dit quelques billets qui arrivent directement dans la poche du médecin et échapperont à l'impôt). Le service public est en fait une sorte de secteur 2 sauvage, où le dépassement d'honoraires au noir est la règle. Conscient que les médecins sont sous-payés comparé aux normes occidentales - voire non payés si on parle des heures supplémentaires - et n'ayant pas les moyens d'augmenter leurs salaires, l'État tolère ces pratiques qu'il condamne en parole. En additionnant les forfaits officiels et les pots-de-vin, ce qui reste à la charge du patient devient vite insurmontable. Pour une grossesse il faudra déboursier au total environ 2 500 euros, dont 600 à 1 200 euros rien que pour l'accouchement. Pour une chirurgie de l'estomac, l'enveloppe devra être garnie d'une somme allant de 800 à 1 000 euros. Et plus l'intervention est risquée plus le prix grimpe : une opération cardiaque peut coûter au patient jusqu'à 8 000 euros⁽⁹⁾. Quand on sait qu'un smicard gagne 580 €⁽¹⁰⁾ ou qu'un retraité peut toucher 350 euros par mois, on prend la mesure de la catastrophe que peut représenter une hospitalisation. Et encore, ces derniers bénéficient d'une couverture sociale qui prendra en charge une grande partie des frais.

Fin 2013, Médecins du Monde (MDM) estimait que la part de la population sans couverture sociale s'élevait à 27,7 % de la population. Cela s'explique en grande partie par la suspension des allocations et de la couverture sociale au bout d'un an de chômage, dans ce pays où le taux de chômage a atteint, en novembre 2013, le record de 28 %, soit plus du double de la moyenne européenne (12,1 %). Chez les jeunes, il atteint le chiffre incroyable de 61,4 %. Les chômeurs en fin de droits viennent donc grossir régulièrement le rang des « sans couverture sociale ». Mais ils ne sont pas les seuls : on assiste également à une paupérisation de la classe moyenne. Anna Maïli, présidente de MDM Grèce, rapporte qu'ils accueillent dans leurs centres de nombreux anciens petits entrepreneurs qui, il y a peu encore, étaient en mesure de payer les cotisations sociales leur permettant de s'assurer⁽¹¹⁾. Selon les chiffres de la Confédération Nationale du Commerce

grec, près de 250 000 sociétés ont ainsi mis la clé sous la porte depuis 2010 et, au-delà du propriétaire lui-même, ce sont souvent tous ses ayants droit, femme et enfants, qui cessent d'être couverts par la Sécurité sociale.

Selon l'hôpital, le patient sans couverture sociale devra soit payer ses soins avant d'être pris en charge, soit remplir une « déclaration d'engagement » à payer le coût des soins. S'il ne paye pas, sa dette sera transmise aux impôts par les services administratifs de l'hôpital. Les dettes de milliers de chômeurs et de non assurés sont ainsi transmises chaque année pour être prélevées par le service des impôts. Ces dettes viennent se rajouter aux nouveaux impôts qui frappent les familles grecques. Sans revenu, malade et endetté. La politique du gouvernement dans le domaine de la santé pourrait avoir pour slogan : « Vous avez la tête sous l'eau ? On vous accroche un parpaing aux chevilles ! »

Le système de santé grec est devenu un système de santé à deux vitesses, avec d'un côté ceux qui ont les moyens de payer les *fakelaki* ou de cotiser pour une assurance privée suffisamment élevée pour prendre intégralement en charge les frais occasionnés par une hospitalisation dans un établissement privé, et de l'autre ceux qui ne pourront se le permettre, chaque jour plus nombreux. Combiné aux attaques contre le système hospitalier, on en arrive à cette situation paradoxale où les hôpitaux sont dépassés alors que les gens font tout ce qu'ils peuvent pour ne pas y aller. Dans les principaux centres urbains, pour pallier l'incapacité du système de santé à prendre en charge la population, de nombreuses cliniques sociales ont vu le jour. Il s'agit de centres de soins primaires dont l'activité est assurée par des soignants pour la plupart bénévoles. Par ailleurs, le travail des ONG occupe une place de plus en plus importante dans ce domaine. Médecins du Monde, implanté depuis des années pour délivrer soins et traitements essentiellement aux immigrés sans-papiers, a dû développer sa branche nationale. Fin 2011, Nikitas Kanakis, directeur de l'antenne grecque, rapportait que si jusqu'alors seulement 6 ou 7 % des patients se rendant dans leurs centres étaient des nationaux, la proportion était passée au cours des derniers mois à 30 %. 3 ans se sont écoulés depuis cette estimation, mais cette proportion n'a pu que s'accroître.

L'austérité épargne... les marchands d'armes

Comme nous l'avons dit, la santé publique n'est pas la seule cible des mesures d'austérités : on assiste à

⁹ Amélie Poinot, « Grèce. Un système de santé en crise », *P@ges Europe*, 16 janvier 2012 - La Documentation française © DILA.

¹⁰ http://www.huffingtonpost.fr/2014/07/27/grece-salaire-moyen-817-euros-2013_n_5624440.html

¹¹ http://www.lemonde.fr/europe/article/2014/04/22/un-nombre-croissant-de-grecs-exclus-du-systeme-de-sante_4405192_3214.html

l'effondrement de tous les budgets de l'État. Mais pour être exact, il faudrait ajouter tous, sauf un, qui résiste bien mieux que les autres : le budget de la défense ! Sur la période 2008-2012, la Grèce faisait partie du « top 15 » des plus gros importateurs mondiaux d'armes, à égalité avec le Royaume-Uni. Le budget militaire grec est très important, rapporté au Produit Intérieur Brut du pays : près de 4 % du PIB certaines années et proche de 3 % en 2013, en pleine récession et crise de la dette. À titre de comparaison, la France ou l'Allemagne ont des budgets militaires autour de 2,2 % pour la première et 1 % pour la seconde⁽¹²⁾. Rappelons que la Troïka exige de la Grèce de limiter son budget de santé publique à 6 % de PIB, alors que la France et l'Allemagne dépensaient dans ce domaine en 2012 respectivement 9 et 8,6 % de leur PIB⁽¹³⁾. Pour comprendre la logique de la Troïka, il faut garder à l'esprit qu'elle reflète les intérêts des grandes puissances européennes, l'Allemagne essentiellement et la France dans une moindre mesure. Il se trouve que la France et l'Allemagne sont parmi les plus gros exportateurs d'armes du monde, et la Grèce représente respectivement 15 et 10 % de leurs exportations d'armes⁽¹⁴⁾. Les thérapeutes de la troïka avaient donc bel et bien un plan de sauvetage... des intérêts des marchands d'armes occidentaux : « Victime d'un effondrement socio-économique ? Optez donc pour notre nouveau remède à base de fusils d'assauts et de chars de combats et votre mal de dette s'envolera ! »

L'austérité : une fatalité ?

Austérité : un terme bien austère pour masquer la terrible réalité dont nous avons voulu donner un aperçu. La classe dirigeante nie l'évidence en refusant d'admettre tout lien avec la dégradation de l'état de santé de la population. Il n'y a là rien d'étonnant. Mais même d'un point de vue purement comptable, leur raisonnement est absurde. Constatant la réduction des dépenses consacrées aux programmes de prévention à l'échelle européenne, l'OCDE s'alarme : « Les avantages budgétaires à court terme de ces réductions seront probablement minimes au regard de leurs conséquences à long terme pour la santé publique et

les dépenses⁽¹⁵⁾. » En réalité, il n'y a même pas besoin de regarder à long terme pour constater que la classe dirigeante grecque et ses « conseillers » à l'étranger mènent le pays dans une impasse : ces mesures, aussi radicales soient-elles, sont loin d'avoir résolu le problème de la dette, facteur déclenchant de la crise de 2009. Cette année-là, la dette publique équivalait à 129,7 % du PIB. 3 ans et 2 plans de sauvetage plus tard, elle s'élève à 177,3 %. De plus, les mesures d'austérité, en diminuant le pouvoir d'achat des Grecs, vont prolonger la récession en contractant toujours plus la demande intérieure et en diminuant les recettes de l'État. Pour les salariés, les chômeurs, les retraités et la jeunesse grecs, l'austérité capitaliste est la promesse d'un long cauchemar.

Quelle est donc l'alternative ? Certains proposent d'investir ou du moins stabiliser le budget de la santé publique, afin de limiter la casse. Mais pour cela, il faut de l'argent, ce qui fait cruellement défaut à l'État grec. Il y a quelques années, l'État aurait pu envisager d'emprunter massivement mais dans le contexte actuel cela lui serait tout simplement impossible. Et même en imaginant le contraire, un bon système de santé ne suffit pas pour garantir un bon état de santé à l'échelle d'un pays. Il faudrait s'attaquer au problème du chômage, de la dégradation des conditions de travail, du coût de la vie, etc. Pour faire face à l'ensemble de ces problèmes, la solution alors proposée, notamment par les réformistes de gauche, est celle de la relance par la consommation. L'idée est que l'État investisse afin de stimuler la demande intérieure et donc la reprise. C'est ce courant d'idée que l'on retrouve dans le programme de Syriza, parti de gauche dont le leader est Alexis Tsipras. Son opposition aux mesures d'austérité lui vaut un large soutien dans la population, au détriment du traditionnel PASOK, aujourd'hui totalement discrédité, comme en témoignent les résultats des dernières élections. Syriza défend de nombreuses mesures populaires, comme la renationalisation de toutes les entreprises publiques privatisées, le rétablissement des conventions collectives supprimées par l'austérité, le rétablissement du salaire minimum à 751 € ou le rehaussement des minimas sociaux. Mais de notre point de vue, de nombreuses propositions du programme actuel, bien qu'elles soient progressistes dans l'absolu, sont utopiques car justement elles ne pourraient être mises en place que dans l'absolu, en faisant abstraction du fait que la société est divisée en

¹² <http://www.tv5.org/cms/chaine-francophone/info/Les-dossiers-de-la-redaction/Crise-euro-2013/p-25616-Quelle-menace-militaire-pese-donc-sur-la-Grece-.htm>

¹³ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.PUBL.ZS>

¹⁴ <http://www.letemps.ch/Page/Uuid/71bea476-f2d4-11e1-bd50-f1b2d4fdf578> ou <http://www.webster.ch/sites/www.webster.ch/files/LeTemps-20120831.pdf>

¹⁵ <http://www.oecd.org/fr/presse/fort-ralentissement-des-depenses-de-sante-en-raison-des-coupees-budgetaires-sur-fond-de-crise.htm>

2 classes aux intérêts opposés, une mesure au bénéfice de l'une se faisant au détriment de l'autre.

Le rétablissement des conventions collectives et l'augmentation du SMIC, par exemple, se heurteraient à l'opposition implacable de la classe dirigeante grecque. La proposition de rehausser les minima sociaux va dans les faits poser la question de son financement. Comme nous l'avons dit, l'emprunt n'est plus une solution envisageable. « Il faut aller chercher l'argent où il est » entend-on alors, « il faut augmenter les cotisations patronales, il faut taxer les riches! ». À première vue, cela peut paraître simple, presque une évidence : les riches doivent payer plus que les pauvres. Les armateurs grecs par exemple. Ils représentent la première flotte marchande de la planète avec 16 % des capacités mondiales. Ils ne paient pas d'impôt sur le revenu, pas d'impôt non plus sur les bénéficiaires. Jusqu'en décembre 2013, ils devaient simplement s'acquitter d'une taxe forfaitaire sur le tonnage des navires battant pavillon grec, ce qui ne concerne que le quart de leur flotte. Depuis, pour tâcher de calmer le mécontentement de la population devant cette injustice criante, un impôt exceptionnel a été voté pour taxer pendant trois ans les armateurs en fonction de la taille des bâtiments. Mais il s'agit avant tout d'une mesure symbolique, qui permet au gouvernement de ne pas perdre la face et aux armateurs d'apparaître comme des gens responsables et solidaires de leur pays. Le programme de Syriza propose une révision du système fiscal, pour le rendre plus « juste », avec notamment des négociations avec les armateurs, « pour revoir les 46 lois d'exemption de taxes qui les concernent, et réfléchir à un régime de taxation approprié. » Dans l'absolu, ce serait effectivement une bonne idée que les barons de la navigation grecque paient des impôts au moins aussi élevés que les contribuables les plus modestes. Mais une taxation « juste » des armateurs grecs sera toujours soit « juste » indécente au regard de leur richesse, ce qu'elle est actuellement, soit « juste » excessive pour que ces armateurs continuent d'être grecs, ce que propose Syriza. Le patriotisme d'un capitaliste a ses limites : il se sent grec tant que le gouvernement grec défend ses intérêts. Cela prend à peu près 24 heures pour modifier le régime fiscal d'un bateau¹⁶. Augmenter les taxes sans leur assentiment entraînerait la fuite des armateurs et, du jour au lendemain, l'État perdrait le peu d'argent

qu'ils acceptaient de céder. Il faudrait s'attendre à la même réaction dans tous les secteurs de l'économie. Fuite des capitaux, lock-out patronal, sabotage économique : la relance par la consommation conduirait au marasme économique organisé par la classe dirigeante jusqu'à la démoralisation de la population et la chute du gouvernement.

Les dirigeants actuels de Syriza et leurs partisans à l'étranger commettent l'erreur de limiter leurs attaques au mode de répartition des richesses, sans aller au fond du problème : la répartition des richesses découle du mode de production de ces richesses. Si l'on veut un meilleur partage des richesses, il faut donc en finir avec un système économique qui entretient les inégalités. Or ce que propose Alexis Tsipras s'il arrivait au pouvoir, hypothèse pas si invraisemblable que ça, c'est de s'emparer du pouvoir politique tout en laissant le pouvoir économique entre les mains des capitalistes. Il s'agit de la meilleure recette pour être condamné à l'impuissance. Une telle situation ne serait pas viable indéfiniment. Un gouvernement de gauche radicale n'aurait alors que deux alternatives : soit capituler et se mettre aux ordres de la classe dirigeante jusqu'à ce qu'elle puisse se débarrasser de lui, soit, sous la pression de la population et avec la population, il s'empare du pouvoir économique, ce qui passe par l'expropriation de la classe dirigeante – pour se débarrasser d'elle. En définitive, seule la classe ouvrière serait capable de mettre en place un véritable plan de relance. Une fois les secteurs clés de l'économie sous son contrôle, elle serait en mesure de planifier la production pour répondre aux besoins de tous, de revenir sur le démantèlement des services publics, de mettre l'économie au service du bien-être de la population – et par ce biais d'améliorer à nouveau le niveau de santé global du pays. Entre l'utopie et le cauchemar, il y a donc bien une alternative : la révolution socialiste.

Épilogue

Au moment de sa publication dans les Cahiers de santé publique et de protection sociale, le nouveau gouvernement grec terminait ses négociations avec l'eurogroupe pour percevoir la fin du programme d'aide financière, non seulement sans avoir à mettre en place les séries de contre-réformes qui y étaient corrélées mais en les remplaçant par son propre programme. On peut d'ores et déjà s'avancer à dire que ces négociations n'aboutiront à rien de bénéfique à long terme. La Troika défend les intérêts des capitalistes européens. À

¹⁶ <http://www.rfi.fr/emission/20140603-armateurs-grecs-insubmersibles-commerce-mondial/>

leurs yeux, le vote grec résonne comme un cri de défi qu'il faut étouffer au plus vite, si possible en en faisant un exemple pour l'ensemble des travailleurs européens à la recherche d'une alternative à l'austérité. C'est pourquoi, de leur point de vue, la seule « négociation » envisageable est celle des termes de la capitulation des dirigeants élus par le peuple grec. De notre point de vue, la seule chance de vaincre les forces rangées contre le nouveau gouvernement réside dans l'organisation et la mobilisation de la classe ouvrière pour une action de masse extra-parlementaire, pour la prise du pouvoir économique. Sans l'appui actif et puissant des travailleurs grecs, le gouvernement ne pourra pas venir à bout de la résistance de la classe dominante. Les semaines et les mois à venir seront décisifs pour le peuple grec – et, à travers lui, l'ensemble des peuples européens.

Une démarche globale de santé pour les personnes précaires

Par le D^r Marie-Sarah Cayla

NDLR: Marie-Sarah Cayla est médecin généraliste au centre municipal de santé de Malakoff, installée depuis juillet 2014. Sa thèse⁽¹⁷⁾ de doctorat de médecine générale a été soutenue le 17/10/2014, médaille de bronze.

Son sujet: Étude EVAPOPS-Convergence: Évaluation, dans une population de personnes précaires, des obstacles à la mise en œuvre du parcours de soins expérimental.

C'est une étude qualitative par entretiens semi-directifs sous la direction d'Olivier Grandcolin.

Résumé

Depuis la loi 98-657 de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, l'accès aux soins des populations précaires est une des priorités de santé publique. Malgré les dispositifs mis en place par l'état français (CMU, AME, PASS...) il persiste de fortes inégalités sociales de santé. Face à ces constats, des associations prennent le relais et proposent diverses initiatives. L'association Emmaüs Défi lutte contre la désaffiliation sociale à l'aide de chantiers d'insertion par le travail. Depuis novembre 2012, elle va plus loin avec le projet CONVERGENCE dont l'objectif est de permettre un retour à une situation stable à la fois sur le plan de l'emploi mais également sur ceux du logement et de la santé pour des personnes vulnérables dont les problèmes sociaux et sanitaires sont indissociables. L'évaluation quantitative de la première année de fonctionnement du dispositif a montré que moins d'un tiers (n = 23, 28.7 %) des 80 bénéficiaires avait effectivement réalisé le bilan de santé initial. Afin de mieux comprendre leur vision de la santé et leur logique de recours aux soins, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Dix-sept entretiens ont été conduits. L'analyse des résultats a mis en évidence une représentation particulière de la santé. Celle-ci est une priorité « relative », dans un contexte de vie complexe. Devant la nécessité de hiérarchiser les priorités, le recours à la santé se construit dans une logique « curative », dans le but d'avoir un corps « en état » de travailler. Mais cette vision curative ne signifie pas nécessairement le recours à un professionnel de santé, car souvent les patients sous-estiment leurs besoins sanitaires, du fait notamment de trajectoires de vie difficiles, mais aussi par le désir de se soigner seuls. Enfin, lorsque le besoin de soins se fait ressentir ils ne savent pas vraiment à qui s'adresser et se heurtent à des difficultés concrètes (déplacements, parfois problèmes financiers). Il est

certainement possible de proposer à cette population une démarche de santé globale incluant une vision de la prévention et de l'éducation pour la santé, mais pour atteindre ces objectifs, il faut sans doute partir de leurs besoins ressentis qui sont d'ordre curatif. Ce travail sur les représentations, qui impose un cheminement vers des objectifs initialement méconnus du patient devrait être mieux intégré aux réflexions sur la mise en place de dispositifs de santé à destination des populations en situation de précarité.

Introduction

La précarité est un phénomène hétérogène et évolutif qu'il est difficile de cerner par une simple définition. Pourtant, celle de J. Wresinski fait consensus et a d'ailleurs été reconnue comme référence par l'État français. « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) estime que le phénomène de précarisation touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France. En France, la prise en compte de la santé des personnes en situation de précarité est relativement récente. Cette notion s'impose en 1998 avec le premier rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP), et la loi 98-657 de lutte contre les exclusions. Il ne devrait donc pas, ou peu y avoir de difficultés d'accès aux soins, car il existe des interventions ciblées. Tout d'abord, au niveau de l'accès aux soins grâce à l'existence d'une assurance maladie garantie pour presque tous. Ensuite, l'organisation du système de santé se donne les moyens d'être accessible pour le plus grand nombre, notamment par les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Enfin, des actions

¹⁷ Références dans le sudoc: <http://www.sudoc.fr/18365000X>

de prévention et d'informations adaptées aux populations ont été mises en place. La loi de 1998 rend notamment obligatoire dans chaque région (...) un programme pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), qui « s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes (...) ».

Malgré ces dispositifs d'envergure, il persiste des difficultés de recours aux soins. Ainsi, 30,9 % des habitants de l'agglomération parisienne déclaraient en 2010 avoir renoncé à au moins un type de soin de santé au cours des douze derniers mois, quelle qu'en soit la raison. Il existe un gradient social où l'état de santé des populations se dégrade progressivement, des catégories les plus favorisées aux plus défavorisées. En outre, la santé des patients précaires a ses propres spécificités. On ne décrit pas de « pathologies de la précarité », mais la prévalence de certaines maladies est plus élevée dans cette population.

Ces inégalités s'expliquent par diverses raisons ; tout d'abord, les dispositifs d'accès à une assurance maladie sont parfois méconnus ou difficile à obtenir. Il y aurait plus d'un million de bénéficiaires potentiels de la CMU qui n'en feraient pas la demande. Ensuite, on remarque ces dernières années un durcissement des critères permettant d'en bénéficier. Malgré la protection obtenue pour ceux qui bénéficient de la CMU et de l'AME d'autres difficultés persistent. En effet, ces dispositifs d'assurance sont parfois refusés par certains professionnels de santé. Des difficultés financières persistent également car ces assurances ne couvrent qu'une partie des frais de santé. Les frais de soins laissés aux usagers lorsque le tiers-payant n'est pas appliqué posent des problèmes financiers. Le ticket modérateur étant forfaitaire, il pèse plus lourd pour les budgets les plus bas. Ainsi l'absence de couverture maladie complémentaire, apparaît comme un facteur important du renoncement aux soins.

Pour faire face à ces difficultés, des associations prennent parfois le relais. Depuis près de 60 ans, Emmaüs Solidarité lutte contre la misère et l'exclusion. Au sein d'une branche de l'association portant sur l'économie solidaire et l'insertion, on retrouve des structures d'insertion par le travail qui tentent de replacer le travail à l'origine du processus d'insertion. L'une d'elle, Emmaüs Défi, à Riquet, est à l'initiative du projet Convergence qui a pour objectif de permettre un retour à une situation stable sur le plan de

l'emploi mais également sur les plans du logement et de la santé. Il s'adresse à des personnes en situation de grande exclusion. Ce dispositif d'une durée prévisible de 5 ans a été lancé en novembre 2012. Il prévoyait d'inclure 90 bénéficiaires la première année et un nombre croissant les années suivantes. Il s'agit d'un projet original dans sa forme, d'une part parce qu'il n'est pas fondé sur la demande, et d'autre part, parce qu'il rompt le cloisonnement entre le champ social et le soin.

Le point d'entrée de la filière est la structure d'insertion par l'activité économique (SIAE). Lors d'un entretien social qui a lieu dans les 3 mois suivant l'embauche, les éducateurs et/ou le référent santé proposent systématiquement un bilan de santé. Ce bilan a lieu au centre de santé St-Vincent et les prestations proposées sont celles d'un bilan de santé CPAM gratuit et sans avance de frais. Le partenariat permet d'obtenir des rendez-vous rapides, et les bénéficiaires ont la possibilité d'être accompagné à leur(s) rendez-vous par un éducateur. L'examen se déroule en 3 temps ; remplissage d'un auto-questionnaire, examens cliniques et biologiques, et enfin l'examen médical. Le rendu des résultats du bilan se fait lors d'un deuxième rendez-vous où des recommandations peuvent être formulées. La proposition de déclarer un médecin traitant est systématique.

Matériel & méthode

En préambule de notre travail qualitatif, nous avons réalisé une évaluation quantitative rétrospective de la filière de soins expérimentale CONVERGENCE, sur la première année de fonctionnement du dispositif. La participation au bilan de santé était faible ; seulement un tiers des bénéficiaires l'avait réalisé ($n = 23,29\%$). Au-delà des chiffres et pour apporter de nouveaux éléments de compréhension, nous avons réalisé une étude qualitative.

Hypothèses & questions

Nous avons émis des hypothèses quant aux obstacles médicaux, psychosociaux, culturels ou environnementaux pouvant favoriser ou induire une situation de rupture. Nous pensions que les bénéficiaires avaient peut-être un sentiment de peur et de méfiance à l'égard du médecin. L'existence préalable d'un médecin traitant avec ou sans suivi médical, peut amener le bénéficiaire à refuser un autre suivi. Nous avons cherché à savoir si les bénéficiaires craignaient qu'il ne s'agisse d'un test d'aptitude à travailler (et que la découverte d'une maladie les empêcherait d'intégrer le chantier).

Ensuite les obstacles psychosociaux et culturels; nous avons imaginé que les bénéficiaires n'avaient potentiellement pas compris que le bilan les concernait et qu'ils y avaient droit. Nous avons émis l'hypothèse que les bénéficiaires craignaient d'avoir à payer et qu'ils n'avaient pas compris sa gratuité. Nous pensions que les bénéficiaires avaient peut-être une représentation négative d'un centre de santé gratuit en raison de l'image stigmatisante que cela peut véhiculer.

Enfin, les obstacles environnementaux; nous pensions que les bénéficiaires pouvaient se sentir obligés d'accepter, craignant peut-être les répercussions d'un refus. Ou qu'ils ne souhaitaient pas que le champ de la santé soit abordé au travail ou au contraire, le sujet voudrait que le bilan soit réalisé sur le lieu de travail. Nous avons recherché l'existence de difficultés d'ordre organisationnel.

Méthodologie de la recherche

Population d'étude

La population d'étude est constituée des bénéficiaires du dispositif CONVERGENCE présents sur le chantier au 30 novembre 2013. La population de l'enquête est constituée par les bénéficiaires qui ont réalisé les entretiens; elle repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population, la représentativité statistique n'était pas recherchée. Dans notre étude, l'échantillonnage est raisonné: nous avons choisi les personnes à interroger en fonction de la réalisation du bilan ou non, afin de comprendre la position de chacun face aux soins. Le nombre d'entretiens n'était pas prédéfini; la campagne d'entretiens a été considérée comme close lorsque nous sommes arrivés à « saturation des données », après 17 entretiens.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative compréhensive, par entretiens individuels semi-dirigés afin de comprendre les points de vue des individus sur leur santé et les raisons de leur non-recours au bilan proposé. L'étude qualitative compréhensive est la plus adaptée à notre recherche car il s'agit de laisser la place à la subjectivité et à la compréhension de l'action. Il s'agit d'entretiens semi-dirigés conduits avec une attitude d'écoute visant à la production de discours. C'est en effet l'interaction interviewer/interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien. L'analyse des résultats s'est faite selon le principe de la « théorie enracinée » (ou ancrée) ou « grounded theory » où le chercheur, à partir du sens que les gestes, les discours et les échanges symboliques

ont pour les individus, peut construire de manière inductive des concepts et des hypothèses.

Objectifs

Notre objectif principal était d'écouter le point de vue de personnes en situation de précarité sur les obstacles à la mise en œuvre d'une filière de soins. Nos objectifs secondaires étaient de :

- Mieux comprendre les besoins de santé de cette population.
- Améliorer la filière de soins.
- Permettre à tous les bénéficiaires de réintégrer le parcours de soins général.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en verbatim. L'analyse du contenu a été réalisée sur le logiciel Nvivo8, par un examen systématique du texte afin d'identifier et de regrouper des thèmes, puis de les coder, les classer et ainsi développer des catégories, et établir des correspondances entre celles-ci, pour faire apparaître une cohérence thématique inter-entretiens.

Résultats : analyse thématique

L'analyse des 17 entretiens a permis d'envisager les obstacles médicaux, psychosociaux, culturels et environnementaux pouvant expliquer la faible participation au bilan de santé selon trois axes principaux; la représentation du corps et de la santé, la compréhension du système de soins et le contexte de vie.

Représentation de soi et de la santé

Plusieurs bénéficiaires interrogés ont parlé avec beaucoup de détachement de leur corps, le comparant à un objet, souvent une voiture. Le bénéficiaire 17 allait encore plus loin, en parlant de lui et de son corps à la troisième personne du singulier. Parallèlement à ce détachement par rapport à leur corps, nombreux sont les bénéficiaires qui ont développé un amour-propre qu'ils énoncent sans modestie, et cette fierté d'eux-mêmes, se retrouve aussi par une mise à distance des « autres », ceux qui « ne font pas bien ». De façon générale, les bénéficiaires montrent une certaine fierté à ne pas se faire soigner. La vision que les bénéficiaires portent sur la maladie est violente; elle anéantit tout.

B14: « *Le mot malade, c'est pas rien du tout, c'est Malade, c'est... quelqu'un qui sert à rien* ».

Notons l'utilisation d'un terme du registre de l'utilité (« servir ») qui représente bien la logique dans laquelle ils sont face à leur santé. Être en bonne santé « sert » à pouvoir travailler, et seuls les symptômes sont pris en compte. Nous parlerons de logique curative de recours aux soins. Mais leur vision de la maladie est restreinte;

elle nie l'existence de pathologies silencieuses (que la prévention pourrait dépister), et cela entraîne que la prévention ne soit pas connue, ou même pas envisagée. Nous avons vu la fierté que tiraient les bénéficiaires à ne pas consulter. Cette volonté de ne pas avoir recours au système de soins s'explique notamment par un manque de confiance dans le corps médical.

B15: « *Mais c'est quoi la prévention chez le docteur? - Ah ben moi j'sais pas pour moi c'est c'est j'jje ne sais pas moi. Moi le docteur c'est pas mon truc* ».

Cette méfiance semble s'intégrer dans un rejet plus global du système en général. Mais la méfiance envers le système de soins n'est pas la seule raison du non-recours. Tout d'abord, certains bénéficiaires ne semblent pas savoir ce qu'est un bilan de santé. Ensuite, les bénéficiaires n'étant pas très au clair avec leur santé, le bilan leur fait peur. D'autant que, comme nous l'avons évoqué, la maladie étant vécue comme un anéantissement de la vie, l'idée de découvrir une potentielle maladie les inhibe totalement.

Contexte de vie difficile

Les bénéficiaires semblent s'accorder sur l'importance de la santé.

B11: « *Donc euh... tout ce qu'on peut dire, la santé n'a pas de prix. Voilà, parce que tant que tu n'as pas la santé, tu peux rien faire. Alors donc euh... La bonne santé, c'est le meilleur... Pour moi!* » (rires)

Pourtant, devant la complexité de leur quotidien, la santé n'y apparaît plus comme une priorité. Le temps semble pris par d'autres préoccupations administratives.

B3: « *Il y a pas mal de petites choses avant les yeux - Comme quoi par exemple?*

- *Ben heu... le logement, euh le travail, euh...* »

Devant la nécessité de faire des choix, la santé est prise en charge selon un gradient de gravité ressentie. Et, comme nous le rappelle une bénéficiaire, prendre soin de sa santé s'apprend, notamment dans l'enfance et le non-recours peut-être alors être vu comme une mauvaise habitude. Lors des entretiens, la vraie priorité pour l'ensemble des bénéficiaires semble être le travail. C'est d'ailleurs le travail qui définit la santé, et l'arrêt de travail qui signifie la vraie « maladie ». Ainsi, le bilan de santé est vécu comme une sorte de test d'aptitude. Cette importance vouée au travail gêne le recours aux soins.

B9: « *Et j'ai, et quand j'ai fait mes soins, j'avais des soins à faire, j'ai attendu d'avoir, d'être en vacances pour les faire. (...)*

- *Non, le système, là, de vouloir aller voir le médecin, mais, par crainte de son travail, il ne va pas aller se soigner!* »

L'aspect financier du non-recours aux soins est souvent évoqué par les bénéficiaires, et le bilan de santé s'accompagne d'une crainte de devoir payer ou avancer les frais. Ils réaffirment la nécessité de la CMU.

B13: « *J'avais la CMU,*

- *Ouais*

- *Je ne l'ai plus.*

- *d'accord*

- *donc je suis dans la merde! (...)*

- *bah là ma généraliste j'attends le mois prochain pour aller la voir. Parce que j'ai pas laaa j'ai pas l'argent. (...)*

- *Donc les difficultés que vous rencontrez sont surtout financières?*

- *Oui*

- *d'accord*

- *elles sont que financières* ».

L'étude d'une population d'anciens grands exclus ne saurait ignorer leur passé. Lorsque les bénéficiaires reviennent sur cette période de leur vie, nous avons ressenti un certain dégoût, une mise à distance. Et cet écart souhaité entre le présent et ces épisodes douloureux semblait intervenir dans la décision de ne pas recourir aux soins. Certains bénéficiaires ont présenté le bilan comme un bilan plus général; un point sur leur vie. De ce point de vue, leurs parcours compliqués pourraient expliquer un retard voir un non-recours au bilan.

B3: « *On a des... on a tous eu un parcours, on sait tous ce qu'on a fait, il y a des choses pour lesquelles on met des choses de côté, parce que ça tombe un peu dans l'obscurité de nous-même. C'est des choses qu'on a pas voulu faire et qu'on a du faire... et que... on sait qu'on a peut-être pris des risques, et ces risques-là bah, on veut ptet pas on veut ptet pas les revoir en fait! c'est-à-dire que si on fait un bilan de santé, et bah le passé nous rattrape* ».

La consommation d'alcool est omniprésente dans le quotidien des bénéficiaires. Bien que l'absence de consommation ait souvent été utilisée pour décrire la « bonne santé ». Il n'y a pas de tabou pour parler de leur consommation; c'est une réalité de leur quotidien que les bénéficiaires évoquent facilement.

Vision du système de soins

Les bénéficiaires semblent avoir une connaissance très partielle du système de santé et du rôle de chacun. Par exemple, plusieurs bénéficiaires ont donné des réponses erronées concernant leur couverture sociale. Une bénéficiaire pensait avoir la CMU alors qu'elle était prise en charge à 100 % au titre d'une ALD, et un bénéficiaire pensait avoir l'AME alors qu'il était au régime général de la sécurité sociale. De même, nous avons remarqué que la plupart des bénéficiaires

confondent médecine du travail et bilan de santé. Cette erreur nous semble caractéristique d'une méconnaissance de l'organisation du système de soins et du rôle de chacun. La déclaration du médecin traitant est vécue comme une contrainte, une obligation. Certains bénéficiaires ont justifié leur non-recours par un acte civique, par respect du système de santé.

B17 : « *J'ai pas creusé le trou* ».

D'autres semblaient surpris quand le chercheur leur en parle (bien que le bilan ait été proposé à tous). Très judicieusement, une bénéficiaire exprime la nécessité d'une référente santé, pour faciliter l'accès aux soins. De nombreux bénéficiaires sont d'origine étrangère et comprennent mal le français. C'est une difficulté surajoutée pour l'accès aux soins de ces bénéficiaires. D'ailleurs lorsqu'ils en comprennent le fonctionnement, ils sont motivés pour réintégrer la filière de soin, par exemple en prenant un médecin traitant. Certains préfèrent ne pas entrer dans la filière de soin CONVERGENCE et prendre un médecin traitant parlant leur langue. Pour d'autres bénéficiaires, l'existence d'un suivi en ville explique le non-recours au bilan proposé.

Les bénéficiaires ayant réalisé le bilan disent avoir rencontré des difficultés avec le questionnaire proposé avant la consultation. Ils déplorent aussi des problèmes d'organisation au sein du centre de santé. On peut imaginer que le fait de parler de ces difficultés avec d'autres bénéficiaires ne motive pas ces derniers à engager un bilan de santé. L'éloignement du centre de santé par rapport au lieu de travail et/ou domicile est souvent revenu comme un frein à faire le bilan. À l'inverse, l'idée d'un bilan sur place a enthousiasmé les bénéficiaires. Enfin la réalisation du bilan gratuit dans un centre de santé a posé problème à plusieurs bénéficiaires, qui se sentaient probablement stigmatisés, eux qui souhaitaient mettre à distance « les autres » précaires.

Discussion

A) *Discussion de nos résultats*

1) Représentation de soi et de la santé

Nous avons vu que les bénéficiaires avaient un rapport « objectivé » à leur corps. Or, pour avoir conscience de sa santé il faut déjà avoir conscience de son propre corps. Boltanski avait montré que l'intérêt et l'attention que les individus portent à leurs corps croissent en s'élevant dans la hiérarchie sociale. Xavier Emmanuelli en parlant de son travail au Samu Social relevait l'absence de plainte malgré des symptômes énormes, qui témoignait selon lui du fait que les sans-abri n'habitaient plus leur corps. Les

bénéficiaires du projet CONVERGENCE n'en sont pas (ou plus?) à ce stade de détachement face à leur corps, mais l'objectivation du corps dans leur discours tend à y faire penser. Le choix de la voiture n'est pas anodin. Il s'agit en effet d'un objet symbolique fort, de richesse et d'indépendance. Si elle reflète le statut social de son possesseur, avoir une voiture, c'est aussi exister socialement, tant par la mobilité qu'elle offre que par ce qu'elle représente. L'ego surdéveloppé que nous avons retrouvé chez les bénéficiaires peut être interprété comme un mode défensif en réaction au contexte de vie difficile. Cet onirisme social permettrait d'esthétiser une réalité difficile et de se mettre en valeur positivement pour contrebalancer sa situation sociale. On peut aussi penser que ces anciens grands exclus sont fiers de leur position sociale actuelle en réaction au chemin parcouru pour l'atteindre, ce d'autant qu'ils ont un regard très dur sur leur passé.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est définie par un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Les bénéficiaires, eux, définissent la santé par l'absence d'infirmité (qui pourrait gêner pour travailler). Cette réduction du champ de la santé est un argument pour comprendre le détachement avec lequel celle-ci est envisagée. Il paraît bon de rappeler ici que leurs choix de vie sont limités; en effet, dépendant des aides sociales, ils sont contraints d'accepter les logements proposés, mais aussi les repas servis par les associations. Dans ce contexte il semble logique que la santé aussi soit vécue comme quelque chose d'imposée, de non modifiable. On peut aussi envisager le courage et la résistance aux symptômes et à la douleur comme vecteur d'une image de virilité qui constitue l'identité masculine dans les milieux populaires. Devant la nécessité de faire face, nombreux sont les hommes qui sous-estiment leurs symptômes et retardent la consultation. Nonobstant ce « choix » de ne pas consulter, il semble important de prendre en compte que les patients aux faibles niveaux d'éducation sont moins à l'aise pour décrypter leurs besoins corporels et repérer l'offre de soins. C'est ce que montre une étude de IRDES qui a observé la discordance entre l'état de santé ressenti et l'état de santé diagnostiqué.

Trois bénéficiaires (17 %) affirmaient qu'on ne leur avait jamais parlé du bilan de santé. Il semble que la proposition n'ait pas été comprise. On peut certes mettre en cause l'organisation au sein d'Emmaüs, mais les entretiens sociaux étant très bien structurés et le bilan de santé y étant proposé de façon systématique,

on peut aussi imaginer que les bénéficiaires sont tellement convaincus que le bilan n'est pas pour eux, qu'ils l'oublient ou le refoulent. De nombreux travaux, montrent comment les plus pauvres ont du mal à s'approprier les éléments mis à leur disposition et se persuadent que ce n'est pas pour eux. Les bénéficiaires décrivent les malades comme des personnes inutiles. Cette notion d'inutilité du malade leur interdit d'appartenir à cette population et la crainte d'être étiqueté malade les éloigne du bilan. Comme le dit le bénéficiaire B17 : « C'est pte que pte que quelque part heeu j'sais pas, inconsciemment, j'en sais rien. Mais... (...) Peut-être, ouais. J'vous dis inconsciemment la peur qu'oon, qu'on qu'on t'annonce un heu une grosse cata quoi ».

2) Contexte de vie difficile

Les bénéficiaires placent conceptuellement la santé comme priorité suprême, comme le disait la bénéficiaire N°B11 « *la santé c'est le meilleur* ». Pourtant, de multiples problématiques du quotidien viennent se placer devant la santé; comme travailler, se loger, se nourrir. On assiste alors à une hiérarchisation des besoins, comme si les besoins sociaux (logement, emploi) passaient temporairement au dessus du besoin de soins. C'est ainsi que le champ de la santé n'intervient qu'en cas de symptôme gênant le quotidien et surtout le travail. Ces résultats sont en accord avec l'étude de l'IRDES sur les logiques de recours aux soins des centres de santé gratuit, qui retrouvait que « plus que l'intensité ou la durée de la douleur, c'est la perte d'autonomie de mouvement qui inciterait à prendre en considération leurs troubles ».

Antoine Rode, dans sa thèse de science politique sur le « non-recours » aux soins des populations précaires différencie l'« abandon de soin » du « report de soins » quand les symptômes ne laissent plus le choix. C'est ce report de soins qui apparaît très clairement dans notre étude, où seule la gravité des symptômes semble décider du recours aux soins.

Le travail a une place centrale pour l'intégration sociale; avoir un revenu est un moyen d'accéder au pouvoir de consommation que l'argent procure et permet d'améliorer sa qualité de vie. Pourtant, à travers les différents témoignages des bénéficiaires, il semble évident que le travail n'est pas qu'une simple source de revenus. Nos résultats ont montré que pour les bénéficiaires, le travail c'est la santé et la bonne santé c'est aussi ne pas manquer au travail. Cette vision trahit une place centrale de la santé, alors même que c'est le travail qui est mis en avant. L'incapacité de

s'actualiser dans l'exercice d'un travail agit comme un révélateur de leurs faiblesses et de leurs valeurs. C'est le travail comme vecteur d'intégration sociale qui est ici défendu; avoir un emploi, c'est exister avec les autres, créer des liens sociaux, c'est appartenir à la société et se sentir utile aux autres. Cette dimension du travail explique probablement le rejet du « malade », ces deux statuts étant en opposition pour eux.

Les bénéficiaires réaffirment l'importance de l'assurance maladie dans leur recours aux soins, mais, si les problèmes financiers sont évoqués par la plupart des bénéficiaires interrogés, ils sont rarement mis au premier plan. Cette minimisation s'inscrit probablement dans ce que Lahire appelait « l'effet de légitimité », selon lequel une « personne risque de sous-évaluer les pratiques qu'elle perçoit comme les moins légitimes ». Dans notre étude, le renoncement pour raison financière touchait principalement les soins les moins bien remboursés : dentaires et optiques. Il ne faut pas oublier que même pour des raisons financières, le renoncement aux soins est un phénomène pluridimensionnel qui mêle des dimensions « objectives » (notamment la capacité financière) et des dimensions « subjectives » (renoncement de type personnel et culturel).

Le rapport aux addictions est lui aussi ambiguë; les bénéficiaires évoquent très facilement leur alcoolisme, sans tabou, mais ils le minimisent quand même, en normalisant leur consommation; sujet B6 « *Je bois normalement, je fume normalement* » et en s'intégrant dans un groupe « *tout le monde est alcoolique* ». Cette facilité à parler de l'alcool vient contredire les idées soutenues par certains professionnels qui hésitent à parler de l'alcool par peur de stigmatisation. Au contraire, les bénéficiaires, qui en parlent facilement, semblent avoir conscience que leur consommation est excessive et savoir l'entendre peut être un premier pas vers un sevrage. Pourtant l'idée selon laquelle le seul fait de poser la question de la consommation de substances psychoactives dans le cadre d'une consultation produit des effets préventifs a largement été décriée. On peut donc soutenir la thèse inverse, qui est que la situation stigmatisante serait de nier une part du quotidien des personnes en situation de précarité plutôt que celle d'évoquer la consommation d'alcool.

3) Connaissance et compréhension du système de soins

Dans notre étude, il est apparu que le délai court entre la demande de bilan et le rendez-vous était un facilitateur à l'accès aux soins. Les délais d'attente sont un facteur de renoncement aux soins qui existe dans

toutes les classes sociales, mais encore plus pour les personnes en situation de précarité qui ont plus de mal à organiser leur emploi du temps; citons Castel « pour maîtriser l'avenir, il faut une certaine stabilité du présent ». Les difficultés liées à la distance au centre de santé sont revenues dans notre étude comme un frein à la consultation comme l'avait décrit le rapport d'Auxilia sur la mobilité, l'insertion et l'accès aux soins, qui montrait comment les difficultés d'accès à la mobilité étaient un frein à l'insertion sociale. Nous avons déjà évoqué la problématique des patients suivis en ville; les efforts devraient porter sur la médiation pour renouer un suivi et non pas sur la création d'un nouveau dispositif. Il nous semble important que le bilan soit adapté au profil des bénéficiaires, et pas « seulement » un bilan CPAM. Peut-être serait-il intéressant de réfléchir à une délocalisation du bilan, sur le principe des bus de dépistage, avec un bilan plus ciblé sur les problématiques retrouvées dans ces populations. Le rendu des résultats est un moment essentiel dans la relation avec les bénéficiaires et c'est à ce moment-là que tout doit être mis en place pour qu'il serve à la réintégration du droit commun.

Cette étude d'une filière de soins expérimentale nous permet d'extrapoler sur le recours aux soins de manière générale. Le non-recours est le résultat de causes liées aux institutions et aux individus, avec leur propre rapport à la société. Aucun refus de soins par des professionnels de santé n'a été déclaré dans notre étude. C'est assez surprenant car dans la littérature, les taux de refus sont élevés. Trop d'études mesurent l'utilisation des soins comme représentation de l'accès aux soins, alors qu'il existe une grande différence entre reconnaître que l'on a besoin de soins, savoir qu'il existe des services de prise en charge, la possibilité et l'envie de s'y rendre. Une partie des bénéficiaires ne recourt pas aux soins tout simplement parce qu'ils ne sont pas en demande. Ils avancent l'idée selon laquelle un recours aux soins serait inutile. Ils n'ont pas l'impression de prendre des risques pour leur santé.

Notre étude cherchait à entendre comment et pourquoi les bénéficiaires palliaient au système de soins. C'est ainsi que nous avons retrouvé de « bonnes raisons du non-recours »; il s'agit d'un choix revendiqué par les individus. La santé est une priorité puisqu'elle est nécessaire à une vie professionnelle. Mais sa prise en compte répond à des besoins ressentis selon lesquels les individus décident ou non de recourir aux soins. La tendance actuelle de rendre chacun responsable de son destin, fait émerger un sous-entendu moralisateur

selon lequel il existerait « les bons pauvres » qui essaient de s'en sortir et les « mauvais pauvres » qui prennent des risques qui pèsent sur la société. Soulignons que l'absence de recours au système de soins ne veut pas dire absence de soins; les individus peuvent faire le choix de se soigner tout seuls. L'automédication renverse les rôles dominé-dominant habituellement en place dans la relation médecin-malade. On peut considérer qu'elle laisse voir une adhésion aux normes véhiculées par le système de soin dans le sens où elle les rend acteurs de leur propre santé, ce qui est valorisé dans les discours de santé publique. De même, l'automédication participant à la réduction des dépenses de la sécurité sociale, elle peut être vue comme un geste civique. Mais cette limitation des dépenses personnelles de santé s'inscrit aussi comme une contrepartie des aides sociales perçues (dont les bénéficiaires se sentiraient redevables et dont ils ne voudraient pas abuser). Il faut relativiser ces « choix », car ils s'inscrivent en fait dans une histoire, dans le cadre d'une « pauvreté héréditaire », où comme l'a montrée une étude de l'IRDES, la santé d'un individu à l'âge adulte varie en fonction du niveau d'étude et de la profession de ses parents. De même, on sait qu'il existe une intériorisation des contraintes initiales de l'accès aux soins; en effet, le renoncement aux soins est plus fréquent chez ceux qui ont connu des difficultés dans leur jeunesse. Cette décision de non-recours aux soins, si l'on se place à l'échelle individuelle peut apparaître comme le choix d'une personne, mais à l'échelle sociale, elle apparaît plus comme un processus dans le temps, comme la résultante d'interaction entre plusieurs acteurs sous contraintes de situations. Le sujet ne serait alors pas le vrai décisionnaire de son recours aux soins.

B) Discussion de notre méthode

Notre étude s'appuie sur des entretiens individuels semi-directifs. Les entretiens sont source de nombreux biais. D'une part les biais liés à l'enquêtrice elle-même, d'autant qu'il n'y avait qu'une seule enquêtrice pour tous les entretiens, cela renforce les biais liés au chercheur. Par un contre-transfert culturel, les croyances et représentations du chercheur peuvent influencer son interprétation du matériel de recherche. De plus, pour un médecin, la réalisation d'entretien de recherche est un exercice difficile car il faut sortir de ses habitudes de consultations. Le chercheur n'est pas dans une relation de soin avec ses enquêtés, et cette position beaucoup plus passive dans la relation est compliquée à tenir. D'autre part, les biais liés aux enquêtés. Comme nous l'avons vu précédemment, la parole des enquêtés, par

un « effet de légitimité », risque d'être le reflet de ce qu'ils pensent être la « bonne réponse » attendue par l'enquêteur. Ce biais était d'autant plus risqué dans notre étude qui traite du champ de la santé.

Enfin, la proximité du chercheur avec les bénéficiaires a parfois mené ces derniers à poser des questions à l'enquêtrice, renversant la situation de l'intervieweur et de l'interviewé. Malgré les précautions prises par la chercheuse dans ses réponses, elles restent chargées de ses convictions et peuvent influencer les réponses ultérieures du bénéficiaire. Notre étude se situe au croisement de plusieurs institutions; Emmaüs, le centre de santé Saint Vincent et le réseau Paris Nord. La coordination entre ces trois institutions n'a pas été simple, et elle reflète de la difficulté d'un travail d'équipe multi-site et multi-professionnels. Notre étude cherchait à révéler la perception et le rapport à la santé qu'avaient les bénéficiaires. Notre choix d'une méthodologie qualitative compréhensive a permis de laisser place à la subjectivité ce qui nous paraissait essentiel pour « dévoiler l'invisible » dans une population qui échappe aux statistiques. Notre étude est originale dans sa forme puisqu'elle donne la parole à ceux qui ne la prennent pas, afin d'appréhender la façon dont ils perçoivent leur santé et le recours aux soins. Elle repose sur le principe d'intervention sociologique selon lequel les individus sont « des experts de leur propre expérience ». La recherche qualitative ne cherche pas de représentativité statistique, mais le nombre élevé (17) de bénéficiaires a enrichi ce travail par la diversité des parcours de vie et la pluri-culturalité des bénéficiaires que nous avons rencontré.

Conclusion

Nous devons nous garder d'imposer une prise en charge universelle de la santé, qui serait vue comme « la bonne prise en charge ». Les dispositifs d'aide à l'accès à la santé doivent respecter les représentations des patients, pour les accompagner dans un cheminement vers un regard élargi sur leur propre santé, plus que pour leur imposer notre vision théorisée.

Bibliographie restreinte

1. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. *Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer.* 2009; 85:22-6
2. Rode A. *Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.* [Science Politique] de Grenoble; 2010.
3. Collet M, Menahem G, Picard H. *Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits.* Étude Precalog 1999-2000. Questions d'économie de la santé. 2006 Oct;(113).

Le dossier : les professions de santé

Une réforme de la médecine générale pour un système de santé renoué efficace. La médecine générale en centre de santé, une perspective d'avenir pour la révolution réussie du premier recours

Par le D^r Éric May, Président de l'Union syndicale des Médecins de centres de santé

Préambule

Les débats que suscite la loi de santé auront révélé :

- L'incapacité de cette loi à répondre aux enjeux pourtant bien identifiés par les rapports qui se sont succédé (Decouty, Cordier, Igas sur les centres de santé, Archambault,...)
- Le fossé entre les belles intentions de la Stratégie Nationale de Santé et le projet de loi qui devait permettre leur mise en œuvre.
- L'inaptitude des organisations représentant les médecins libéraux spécialistes et généralistes à mener une réflexion constructive et à apporter des solutions novatrices aux problèmes posés, enfermées dans une défense du dogme confus de la « libéralité » de leur exercice (libéral, liberté...). Les débats auront montré des syndicats de professionnels de santé libéraux enfermés dans une approche autocentrée et corporatiste, déconnectée des préoccupations des usagers. Refusant toute régulation de leur exercice, toute prise en compte du contexte sociétal et socio-économique, mais aspirant sans fausse honte à un soutien et des financements massifs de l'Assurance maladie et de l'État sans contreparties, leur « liberté » étant non négociable, ils vont rater encore le tournant de la révolution du premier recours. En oubliant que la refondation du système de santé n'aura de sens que si elle répond aux besoins des territoires et des populations. Aux besoins des Français. Et non aux seuls besoins des professionnels de santé. Le constat est sans appel. Les organisations syndicales des médecins libéraux sont aujourd'hui en dehors du coup. De même, les inégalités territoriales de santé sont une réalité qu'elles refusent d'affronter s'enfermant dans un déni qui ferait sourire si la situation de certains territoires n'était si grave. Et quant à la crise de la démographie médicale s'ajoute la perte d'attractivité pour la médecine générale qui voit fuir chaque année des centaines de praticiens formés à cette discipline, elles s'évertuent à vendre

un modèle d'exercice entrepreneurial et laisse apparaître la grève des médecins libéraux pour ce qu'elle est : celle de petits patrons.

Pourtant, il y a urgence :

Le maillage territorial hospitalier est défaillant, profondément altéré par des politiques gestionnaires au détriment des projets de santé, conséquences de l'application de la loi HPST poursuivie sans remords par François Hollande et ses gouvernements. La médecine de prévention est menacée d'extinction. La santé scolaire, les services départementaux de PMI, les CPEF, les CDAG et CIDDIST bientôt regroupés sont en cours de réorganisation-démantèlement, en contradiction avec les objectifs affichés dans la SNS et qu'on a la plus grande peine à retrouver dans le projet de Loi de Santé. Le gouffre entre les paroles de Marisol Touraine et ses actes est là encore vertigineux. Et alors que la révolution du premier recours était annoncée comme un thème central de sa politique, les conséquences de l'immobilisme du gouvernement bien aidé par les médecins libéraux sont palpables pour les populations mais aussi pour les professionnels de santé ambulatoire, et les médecins généralistes en exercice d'abord. Les déserts médicaux se multiplient pour les usagers et pour les professionnels de santé du premier recours qui se retrouvent toujours plus isolés. Les conditions d'exercice se dégradent menaçant d'altérer la qualité et la sécurité des soins. L'épuisement guette de plus en plus de médecins. Le risque médical augmente pour les patients et le risque sanitaire pour les populations. Et au final, la fuite des jeunes médecins généralistes vers d'autres pratiques s'accélère et les départs anticipés des médecins installés se multiplient.

Dans le même temps les besoins ne font que croître. Là encore, le médecin généraliste et les autres acteurs des soins primaires et du premier recours en sont les premiers témoins.

La médecine générale au cœur des bouleversements

La transition épidémiologique, l'explosion des maladies chroniques et des polyopathologies ont transformé profondément la pratique des médecins généraliste. Cette mutation n'a pas été anticipée par les pouvoirs publics ni par les praticiens eux-mêmes. Compte tenu des enjeux de santé publique, le défi ne peut être relevé qu'en dépassant le cadre des intérêts catégoriels : ville vs hôpital, soins vs prévention, libéral vs salarié. Mais on ne peut plus ignorer les expériences qui ont démontré leur pertinence : pratiques d'équipe, coordonnées, pluri-professionnelles et intégrées à l'échelle des territoires. Un sujet mérite une attention particulière, l'articulation ville/hôpital : pour réussir, elle doit être repensée à l'échelle des territoires et en réponse aux besoins, à l'initiative des pouvoirs publics mais portée par les usagers et les professionnels de santé.

La crise sociale et économique, les inégalités sociales de santé qui se creusent, le renoncement aux soins sont une réalité dont ne peuvent plus s'affranchir aveuglément les professionnels de santé et les médecins généralistes en particulier. La dimension sociale de la santé est un élément central qui doit être pris en compte et qui conditionne le parcours de santé des patients. Aujourd'hui, le médecin généraliste se trouve investi d'une nouvelle mission, l'accompagnement social à la santé. Mais qui dit nouvelle mission, dit nouvelles compétences à acquérir et nouvelles pratiques à mettre en œuvre : la formation à l'accès aux droits sociaux doit être intégrée au cursus de la formation médicale initiale des soignants et un thème permanent et obligatoire du Développement Professionnel Continu (s'il survit...); la coordination médico-sociale est à intégrer dans la pratique des médecins généralistes. Elle doit bien évidemment être reconnue et financée.

Évidemment, en écho aux problématiques précédentes, la question du tiers payant ne se pose plus. Il faut sortir du débat idéologique et moralisateur qui ne tient plus pour peu qu'on examine les structures pratiquant le tiers payant en France (centres de santé, hôpitaux publics) et la situation de la majorité des autres pays européens où il est mis en place. Et facilitateur de l'accès à la santé, le tiers payant est aussi avec la pratique en équipe, un vecteur de sécurisation de l'exercice de la médecine ambulatoire. Il faut reprendre pied avec la réalité, revenir au cœur du problème : comment techniquement le mettre en œuvre ?

La crise de la démographie médicale est un fait que personne ne conteste et qui touche toutes les spécialités

mais particulièrement la médecine générale. Mais là encore, les débats n'auront pas manqué d'étonner. Est-ce un problème de Numerus Clausus ou de répartition des médecins sur le territoire ? Ni l'un ni l'autre répondent en chœur toutes les organisations syndicales de médecins libéraux qui ne veulent pas voir le premier être augmenté ni se voir imposer des obligations d'implantation auxquelles se conforment pourtant les pharmaciens et les infirmières tout aussi libéraux qu'eux...

Enfin la perte d'attractivité pour la médecine générale pose la question centrale de la rénovation du cadre d'exercice, élément moteur de la révolution du premier recours. En effet, la reconnaissance de la spécialité de médecine générale n'a pas suffi. D'abord, l'enseignement reste encore trop peu valorisé, qui plus est inhomogène d'une faculté à l'autre. Les stages ambulatoires, vecteurs de découverte et d'apprentissage de l'exercice ne sont ni suffisants et de qualité très inégale. Et là où leur développement devrait être généralisé, dans les centres de santé, les freins persistent encore par l'absence de correction de textes réglementaires inadaptés, à multiplier et à contrôler (qualité/respect des conditions d'accueil et d'encadrement). Ensuite, la médecine générale traverse plus que tout autre une crise existentielle qui nécessite une redéfinition de ses missions : doit-elle rester un prestataire de service médical indifférent aux problématiques sociétales et aux enjeux sanitaires, ou devenir pleinement un acteur de santé au service du public et de service public ? Par ailleurs les conditions d'exercice : ne se sont plus adaptées à l'évolution des pratiques et à celle de l'environnement sanitaire, territorial et aux besoins des populations. Et pire elles sont, en exercice libéral, inadaptées aux attentes des jeunes (et des moins jeunes !) qui demandent :

- Un temps de travail cohérent avec une pratique de qualité au service du patient
- Une formation continue garantie par un temps dédié et un financement pérenne et suffisant
- Un accès aux droits sociaux élémentaires et universels (congés maternité...)
- Pratiquer en équipe pluri-professionnelle
- Un temps de coordination intégré et rémunéré
- La décharge des tâches administratives de gestion (transfert à des professionnels compétents : gestion de la structure, facturation...)
- Une évolution du mode de rémunération
- Un cadre incitatif pour la maîtrise de stage, pour un enseignement de qualité
- Un exercice non exclusif de la MG : ambulatoire/hospitalier ; soins/prévention ou santé publique ;

soins/universitaire; mg/activités médico techniques ou spécialisées...

- Un cadre d'exercice sécurisé.

La médecine générale en centre de santé, une réponse pour aujourd'hui et pour demain

Aujourd'hui à côté des nombreux sujets essentiels, celui des moyens alloués au système de santé (et donc celui du financement de la Sécurité Sociale), celui de l'organisation territoriale de l'offre de santé (dans un service territorial de santé au public, dans une communauté territoriale de santé, peu importe le terme...) est posé celui des modèles d'exercice médical ambulatoire qui devront répondre à toutes les problématiques identifiées. Examinons alors le modèle centre de santé.

Aux questions des conditions d'exercice que souhaitent les jeunes médecins généralistes, les centres de santé apportent des réponses totalement adaptées :

- L'exercice du médecin est salarié en respect du droit commun du travail (temps de travail défini, congés maternité, congés annuels, congés formation...).
- La pratique médicale est coordonnée, en équipe, pluri-professionnelle, intégrant soins et prévention
- Le médecin est déchargé de toutes les tâches de gestion et de facturation, d'encaissement qui sont transférées aux fonctions administratives support compétentes.
- Le travail à temps partiel est possible permettant :
- Les activités d'enseignement et de recherche
- Des activités médicales diversifiées
- Un accueil facilité des Chefs de Clinique Universitaires et assistants spécialistes
- La délégation de tâche et les pratiques avancées sont expérimentées ou en déjà en œuvre
- Le projet de santé du centre de santé est basé sur des valeurs fondatrices communes à tous les centres qui donnent le sens et la cohérence aux missions des médecins généralistes salariés de centres de santé : accès aux soins pour tous, médecine sociale, service public.
- Le cadre d'exercice est sécurisé.

Aux problématiques que soulèvent les patients chroniques et poly-pathologiques, là encore les centres de santé ont développé des pratiques d'équipe pertinentes et adaptées :

- La coordination des praticiens est effective interne et externe : staffs de l'équipe, réunions de concertation pluri-professionnelles ouvertes aux acteurs du territoire, synthèses...

- Le centre de santé établit des partenariats au niveau territorial qui sont fonctionnels et la règle pour la majorité d'entre eux :
 - avec les établissements de santé pour des parcours de soins de service public des patients chroniques
 - avec les services et établissements médicosociaux
- Les médecins ont un accès facilité à la mise à jour des compétences médicales sur les maladies chroniques par
- Le droit contractuel à la formation
- Les groupes d'échanges de pratiques en équipe de centres de santé (exercice coordonné protocolé)
- Développement de programmes d'éducation thérapeutique : infirmières et paramédicaux formés ; interventions collectives et individuelles

Aux enjeux que représentent les inégalités sociales de santé et face aux attentes des usagers pour un l'accès aux soins de qualité pour tous, les centres de santé apportent là encore les bonnes réponses à leurs patients et à leurs médecins généralistes :

- Ils pratiquent le tiers payant, intégral pour la majorité des usagers
- Ils pratiquent les tarifs de secteur 1, sans dépassement d'honoraire
- Leurs équipes administratives et médicales sont formées à l'accompagnement social, à l'accès aux droits et intègrent souvent des travailleurs sociaux : assistantes sociales, médiateurs santé...
- Ils sont acteurs de réseaux avec les acteurs médico sociaux du territoire (CPAM, CVS, CCAS, ASE) et les services de prévention parfois intégrés et gérés dans les centres (PMI, CLAT, CPEF...)
- Ils sont des lieux d'innovation à vocation sociale à l'exemple des PASS ambulatoires qu'ils expérimentent.

Conclusion

La médecine libérale est dans une impasse structurelle, la médecine générale comme la médecine spécialisée. La révolution du premier recours passe aussi par la révolution des consciences, l'examen de conscience de tous les acteurs. Si le système de santé doit se transformer en concertation avec les professionnels de santé, ceux-ci ne peuvent perdre de vue l'objectif principal, répondre aux besoins des populations, ne laisser personne en chemin. La solidarité est un enjeu majeur de la réforme du système de santé au moment où l'on fête cette année les 70 ans de la création de la Sécurité Sociale. Les centres de santé ont depuis leur création, proposé une voie originale pour l'organisation des soins primaires qui répond

aux attentes des professionnels de santé et des usagers. Les faits démontrent en ce début de XXI^e siècle la pertinence de leur modèle, la modernité et l'efficacité de leurs pratiques. À l'heure où les médecins libéraux refusent toute transformation et évolution de leur modèle, les autorités, le gouvernement, la CNAM, doivent donner aux acteurs que sont les centres de santé et leurs professionnels de santé les moyens de se développer au plus grand bénéfice des populations.

Quelques propositions de l'USMCS à mettre en œuvre sans délais pour une nouvelle dynamique en médecine générale qui contribue à la révolution du premier recours

1. Une augmentation du numerus clausus à la hauteur des besoins estimés
2. Une formation initiale renforcée par :
 - Une augmentation des CCU, d'assistants spécialistes
 - Une redéfinition nationale des objectifs et du cadre de la maîtrise de stage; une évaluation plus précise des Maîtres de stage et des lieux de stage.
 - Un plan de développement de la maîtrise stage en centre de santé: faire tomber les obstacles en salariant directement les MDS des centres par les facultés; ouvrir le champ d'un conventionnement de centres volontaires avec les facultés pour un accueil pérenne des étudiants en médecine générale à toutes les étapes de leur cursus.
 - L'universitarisation des centres de santé et des maisons de santé (procédure de labellisation)
3. Informer par les ARS et les facultés de médecine sur l'exercice salarié de la médecine générale en centre de santé, l'implantation territoriale des centres de santé, les projets de création de centres en cours, les postes vacants.
4. Un DPC digne des attentes des usagers et des professionnels de santé, garantissant qualité, accompagnement pédagogique tout au long de la carrière, indépendance de l'enseignement.
5. Une valorisation des pratiques d'équipe coordonnées des centres de santé. Indispensable, elle ne suffira pas. Un financement structure qui prend en compte l'organisation des centres et de leur équipe pour l'accompagnement social des usagers dans leur parcours de soins est nécessaire. Enfin, le débat sur d'autres formes de rémunération qui se substituent à la rémunération à l'acte doit être lancé.
6. Associer les médecins généralistes, libéraux et salariés à la réflexion sur la création d'un corps d'infirmières cliniciennes dans le cadre d'objectifs d'amélioration des parcours de santé et non de gestion de la pénurie des effectifs de médecins.
7. Prévoir que les médecins généralistes salariés et libéraux soient associés, sur la base du volontariat, à la mise en œuvre du service territorial de santé au public via des contrats de santé d'initiative locale (proposition de l'USMCS auprès du groupe de travail sur le STP, cf. document annexe).
8. Mettre en place dans le cadre de ces contrats d'initiative des référents territoriaux en droits sociaux avec des missions de conseils, d'expertise et d'orientation des usagers signalés par les médecins généralistes.
9. Lancer un plan de développement des centres de santé de premiers recours sur tout le territoire national (cf. proposition du P^r Vigneron d'un plan d'implantation de 400 structures en France). Objectifs: réimplanter prioritairement des médecins généralistes dans les territoires déficitaires. Pour cela :
 - Il faut redéfinir le statut réglementaire des cds en le complétant par la création d'un statut « établissement de santé public ambulatoire ».
 - Il faut créer le statut de « Praticien Ambulatoire » à l'exemple des PH pour les médecins de soins ambulatoires salariés que sont les médecins de centres de santé.
10. Appliquer la généralisation du tiers payant en soins primaires et plus largement ambulatoire dans un cadre qui garantisse le paiement des centres de santé et efface le coût de gestion. Faire des centres de santé les expérimentateurs des nouveaux dispositifs techniques garantissant la simplification des dispositifs de tiers payant.

Interview du D^r Patrick Bouet, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins par le D^r Éric May

D^r E. May: *Monsieur le Président, l'interview ad- vient dans le contexte particulier du projet de Loi de Santé. La problématique que nous traitons dans ce nou- veau numéro des Cahiers de santé publique et de protec- tion sociale est celle des professions de santé et de leur aven- ir, dans le cadre de la réflexion, sur la réforme du système de santé dont on a bien du mal à percevoir les objectifs. La première chose qui nous frappe au sein de la rédaction est l'évolution du mode d'exercice. Chaque année les bul- letins du CNOM témoignent d'une perte d'attractivité de la médecine libérale. Nous souhaiterions connaître votre sentiment sur ce mouvement. Quels enseignements en tirez vous et pourquoi cet attrait de la médecine salariée qui détourne nos jeunes collègues de la médecine classique libérale.*

Dr P. Bouet: Nous sommes convaincus que s'il y a ce désintérêt sur la médecine libérale mais aussi de proximité car cela englobe d'autres types d'activités, c'est d'une part parce que les jeunes ne sont pas formés à leur environnement professionnel; ils nous l'ont répété de façon permanente, ils ont un modèle hospitalier, le seul qu'ils connaissent, un modèle contre lequel il n'y a pas de promotion réelle au niveau de l'activité libérale ou ambulatoire. D'autre part, c'est que la grande réforme du système de santé est encore à faire et aujourd'hui les jeunes ne voient pas - ils l'ont encore exprimé assez clairement le mercredi 15 avril 2015 - ils ne voient pas comment leur avenir professionnel s'inscrit. Il y a des inquiétudes fortes et la tendance naturelle des jeunes acteurs, on la comprend, c'est d'aller vers des systèmes stables dans lesquels la carrière professionnelle et l'activité sont lisibles, le travail en équipe est reconnu. Ce sont donc des systèmes qui les rassurent. Si on n'est pas capable, dans le modèle ambulatoire, d'apporter ces réponses en matière de travail en équipe, de lisibilité de carrière, de garantie que l'activité est bien du temps dédié à l'exercice médical, on n'arrivera pas à proposer un modèle attractif pour les jeunes générations. Le fait est démontré, aujourd'hui, qu'il ne suffit pas de donner quelques milliers d'euros pour que le métier devienne attractif. Les jeunes ont aujourd'hui une intelligence de leur métier à venir qui est probablement supérieure à celle que nous avons dans notre génération et donc des exigences sur leur métier à venir beaucoup plus importantes. Le modèle d'information, d'attractivité

est aujourd'hui totalement à construire. C'est en tout cas le sentiment que l'institution ordinale retire, maintenant, de ces années de débats.

Dr E. May: *Une autre évolution est constatée. au- delà de l'exercice en structure, en équipe, salarié, dans un contexte sécurisant, il y a aussi manifestement une appétence des jeunes médecins et particulièrement chez les jeunes médecins généralistes, à diversifier leurs types d'exercice entre à la fois le soin, l'enseignement, la santé publique et la médecine de prévention. Qu'en pensez- vous, alors que du fait de la démographie médicale, ce type de choix risque d'aggraver la diminution du nombre de médecins de proximité se consacrant aux seuls soins et à la seule prise en charge de la population.*

Dr P. Bouet: Je crois qu'il y a un modèle de société aujourd'hui qui veut que les jeunes, en général, quels que soient les métiers, soient mobiles, n'aient pas une linéarité de carrière, et finalement aillent dans diffé- rents domaines. On ne pourra pas imposer aux méde- cins ce que la société en général démontre différem- ment. Ce qu'il nous faut, c'est construire un modèle dans lequel le temps médical, le temps de soin, soit le temps privilégié de l'activité professionnelle; ça, c'est certain, donc là il y a des simplifications, des mesures concrètes à prendre pour que les aides apportées aux médecins soient des aides qui les délient du temps administratif ou non médical. Il faut en même temps comprendre aussi qu'on est dans un modèle de plu- ralité d'exercice et qu'aujourd'hui le mythe du cabi- net unique dans lequel un médecin passe 100 % de son temps est un modèle qu'il ne faut pas chercher à conserver contre vents et marées. Ce modèle exis- tera toujours, quoi qu'on en dise, car le modèle du regroupement n'est pas le modèle unique d'activité. Il y aura toujours des médecins qui seront dans des mécanismes d'activités dans des cabinets ou sans re- groupements pluridisciplinaires mais la virtualité du regroupement doit exister. C'est-à-dire que les jeunes médecins aujourd'hui ne veulent pas être seuls - mais pas forcément seuls physiquement - ils ne veulent pas être seuls dans leur pratique. Il faut donc construire cette pluralité et comprendre les aspirations de la gé- nération d'aujourd'hui: ce n'est pas le modèle qu'on proposait depuis des décennies; c'est difficile pour eux de penser qu'ils seront durant trente-cinq ans dans un

mode d'activité unique. C'est d'ailleurs, peut-être une richesse de la médecine, que de pouvoir dire qu'il peut y avoir des modes d'activités différents. Le tout, c'est que l'organisation sur le terrain permette cette pluralité d'activités et c'est là qu'il y a un effort de coordination très important à faire de façon à ce que tant la population que les acteurs publics s'inscrivent dans une nouvelle démarche: il pourra y avoir des médecins à des moments différents, qui exercent dans un espace mais pas forcément toujours le même, médecin du lundi au vendredi et un week-end sur deux. Il faut construire un modèle imaginaire pour permettre aux jeunes médecins d'avoir la même réponse que l'ensemble de la société à leurs questions. Ainsi, un jeune ingénieur va avoir une carrière plurielle, travailler à l'étranger et en France, changer de carrière plusieurs fois dans son cursus; il est normal que les jeunes étudiants en médecine aient les mêmes aspirations. Le temps du soin est la vraie question aujourd'hui. Qu'est-ce que l'on attend des médecins? Qu'est-ce qu'on attend des professions de santé? Il y a un temps médico-social, un temps du soin qui est un temps important vers lequel il faut peut-être tendre toutes les aides et non pas simplement des actions restructurantes de l'environnement. L'Ordre des médecins, comme les autres ordres de professionnels de santé, est d'accord sur le fait que la société attend de nous le temps du soin. Il faut peut-être réorienter le processus vers une clarification de ce temps de soin pour donner du sens à la carrière car on ne forme pas des médecins en dix ou douze ans, des infirmiers en trois ans, des pratiques avancées en cinq ans ou sept ans, pour ne pas avoir du temps de soin au bout de tout ça. Cela nous paraît essentiel.

D^r E. May: *On parle de la crise médicale en France et de son corollaire, la désertification médicale. Quelle est l'analyse du CNOM sur cette problématique deux ans après la mise en place du Plan Territoire Santé?*

D^r P. Bouet: La démographie médicale est un des deux grands enjeux de demain, au-delà du soin. C'est de savoir quelle est la volonté d'un État en matière de répartition des professionnels sur le territoire, donc de définir la proximité et l'accès aux soins. Aujourd'hui on n'a pas cette définition. On a un modèle, qui était un modèle antérieur, mais on n'a pas aujourd'hui une définition réelle de la proximité et de l'accès aux soins. Donc forcément tant que cette démarche-là ne sera pas totalement accomplie, on continuera d'être entre deux modèles; ce sont de vraies questions car aujourd'hui il y a des initiatives locales qui tendent à vouloir maintenir des médecins en place alors qu'il

n'y a plus rien d'autre. Est-ce que c'est aujourd'hui un modèle? Lorsque le Premier ministre dit qu'il va faire des maisons de service public, est-ce qu'effectivement ce n'est pas un nouveau modèle, dans lequel on va regrouper un ensemble d'acteurs qui pourront agir en rayonnant à partir d'un espace? Il y a des initiatives en matière de répartition démographique sur les territoires mais elles dépendent d'une volonté de gouvernance; cette dernière est un peu complexe, et cela ne peut pas être résolu par des initiatives législatives autoritaires; ce n'est pas en contraignant l'installation qu'on aura réglé le problème mais bien en construisant un modèle d'organisation.

D^r E. May: *La voix des usagers comme d'un certain nombre d'associations tend à pousser à une certaine forme de régulation sans aller jusqu'à des contraintes.*

D^r P. Bouet: Ils restent dans un modèle ancien, et je comprends qu'aujourd'hui, quand on ne s'extirpe pas de ce modèle ancien, on ne trouve comme solution que la contrainte; je crois qu'il faut se sortir de ce modèle et travailler à partir de l'ensemble des acteurs existants et des structures existantes à redéfinir la notion de proximité et d'accès aux soins. Le vrai défi n'est pas seulement la démographie médicale mais la démographie générale de notre population. Plus la population va vieillir plus il y aura en ambulatoire des personnes qui auront besoin de soins. Il faut vraiment construire un autre modèle. On peut dire qu'on accompagne la réflexion de la Loi de Santé même si vous l'avez comprise, nous ne sommes pas en plein accord avec elle; en tout cas, nous plaçons pour la recherche d'une meilleure organisation de l'ambulatoire, en intégrant parmi les acteurs de l'ambulatoire beaucoup plus d'acteurs car les centres de santé, l'hôpital général sont aussi des acteurs de l'ambulatoire aux côtés des professionnels sur le terrain. Il faut donc redéfinir ce modèle. Où implanter les réponses aux soins? Comment faire irradier ces réponses vers ces personnes? C'est un vrai défi médico-économique; et ce défi pour l'instant n'est pas abordé parce que l'on reste sur un modèle antérieur et que dans ce modèle antérieur, effectivement, la contrainte peut apparaître comme la seule solution.

D^r E. May: *Vous venez de parler des centres de santé, des professionnels qui mettent en œuvre de nouvelles pratiques. Le regroupement des professionnels ambulatoires est-il pour l'Ordre l'avenir de l'organisation des soins primaire qui permettra de répondre aux enjeux de santé publique? Vous avez déjà dit qu'il n'y aura pas de fin de l'exercice solitaire, qu'il perdurera sous certaines formes,*

même si virtuellement il y aura quand même un lien entre tous les acteurs. Que pensez-vous de l'émergence forte des structures regroupées. On a parlé de révolution du « premier recours »: en est-ce la première brique ?

D^r P. Bouet: C'est en tout cas une brique. Je viens d'un département où les centres de santé ont toujours eu une importance considérable en matière de réponse de proximité. Il ne s'agit de réinventer des modèles qui ont déjà existé mais de voir quel est l'intérêt d'une définition claire de la réponse à l'accès aux soins et à la proximité, quel est l'intérêt des différents mécanismes possibles de regroupements. Sachant que les regroupements ont un inconvénient majeur: c'est qu'ils sont financièrement dépendants. Pour nous les centres de santé en ont été une illustration importante. On a vu à quelle vitesse les financeurs se sont désengagés d'un certain nombre de centres de santé qui ont été dès lors fragilisés. Donc la problématique pour nous, c'est de dire il ne faut pas qu'il y ait un modèle unique car ce modèle unique devient financièrement dépendant et alors il peut être mis en péril à tout moment. C'est pour nous, une vraie interrogation. C'est pour cela que nous souhaitons qu'il y ait vraiment une capacité d'innover dans les regroupements virtuels, physiques, dans les centres de santé, dans le pluridisciplinaire. On le voit bien dans le débat sur les coopérations et sur le règlement arbitral, quand on en parle avec les acteurs majeurs des maisons pluridisciplinaires, pluri-professionnelles: plus un centre se structure, plus son besoin de financement devient important. Donc, globalement, si c'est reconstruire des établissements de soins financièrement dépendants d'une gouvernance, l'Ordre restera attentif. Si c'est créer des initiatives de regroupements professionnels, pluri-professionnels partant du terrain et ayant sur le terrain une analyse fonctionnelle réelle, là, l'Ordre sera toujours pour; mais ce que l'Ordre ne veut pas c'est qu'au titre de la promotion d'un modèle, on en oublie les autres. Oublier les autres modèles serait faire courir un risque majeur, nous semble-t-il, à la capacité de réponse. Il y a des endroits dans lesquels on ne pourra pas implanter un centre pluri-professionnel ou pluridisciplinaire qui répondra à 100 % des besoins de la population. Ne serait-ce que par les problématiques géographiques qui peuvent exister donc il faut garder présent à l'esprit qu'il peut y avoir suivant les endroits et les lieux des modèles différents à construire. L'Ordre met toujours en garde les acteurs, en disant, nous accompagnons toutes les initiatives, tous les regroupements professionnels mais on dit attention, ce ne sera jamais 100 % de l'organisation ou alors il faut qu'il y ait une décision de gouvernance.

D^r E. May: *Vous savez que le financement des centres de santé est un problème posé depuis des dizaines d'années. Depuis 2012 le gouvernement a bien voulu écouter les acteurs des centres et agir pour relancer enfin la négociation conventionnelle. Celle-ci a repris après l'épisode du règlement arbitral dont l'attente avait entraîné sa suspension. Vous avez suivi ces négociations. L'Ordre soutient-il les acteurs des centres de santé qui demandent à être traités comme les autres, c'est-à-dire à pouvoir bénéficier des transpositions des dispositifs conventionnels acquis par les médecins libéraux d'une part et, d'autre part, aux cotés des maisons de santé, la pérennisation et la généralisation de la rémunération des équipes regroupées coordonnées. Enfin, troisième point, ils demandent un financement supplémentaire, un forfait structure qui valorise les missions des centres pour l'accueil de l'ensemble de la population sur leur territoire, les missions dites d'accessibilité aux soins de proximité et d'accessibilité sociale. Que pense l'Ordre de ces revendications ?*

D^r P. Bouet: A priori, l'Ordre n'a aucune raison de ne pas être accompagnateur, il n'y a pas une médecine X et une médecine Y. Tout ce qui est mécanisme qui engage la profession dans une réponse à la population, l'Ordre des médecins est naturellement pour. Sur la précarité aujourd'hui des centres de santé, leur pérennité, sur le rôle qu'ils occupent dans les territoires, sur le rôle des médecins et des professionnels de santé à l'intérieur des centres de santé, l'Ordre est tout à fait accompagnateur, sans ambiguïté, mais toujours au titre de la même réponse, il n'y a pas de modèle unique pour l'Ordre. En second lieu, nous voulons que les conditions d'exercice des professionnels à l'intérieur de ces structures soient garanties. Il n'est pas question de voir ces professionnels perdre une partie de leur indépendance ou de leur liberté. Nous sommes vigilants à ce niveau-là. Pour les forfaits structures nous les soutenons bien entendu puisque nous soutenons même cela pour le médecin seul dans son cabinet. Si aujourd'hui nous disons qu'il faut qu'il y ait des gestes de gouvernance forts, c'est bien que quelque part il faut que dans la gouvernance on apporte le soutien nécessaire pour que la pérennité des structures de proximité soit garantie tout autant dans les centres de santé qu'elles doivent l'être dans les autres modèles. À ce niveau-là, le centre santé était pour nous un modèle qui existait avant tous les autres en matière de regroupement et de travail pluri-professionnel et pluridisciplinaire; il faut à la fois que les centres de santé évoluent dans le sens d'équipes pluridisciplinaires et d'un travail d'équipe; j'ai été médecin en centre de santé en Seine-Saint-Denis, donc je sais bien que dans ce centre, le travail n'était pas un travail d'équipe mais de professionnels

réunis dans un centre. Il faut que les centres de santé évoluent vers un travail d'équipe, un travail pluri-professionnel, un travail coopératif et de proximité avec une meilleure identification du temps de soin là aussi pour que cela soit clairement établi. Cela me paraît un modèle lisible parmi la multiplicité des modèles potentiels. Globalement nous soutiendrons les collègues des centres de santé dans la démarche qui consiste à ce que ce modèle lisible soit un modèle dont on garantisse la stabilité. Nous l'avons déjà dit au ministère, cela fait partie des éléments pour lesquels il faut des actes forts d'orientation de la gouvernance. Il faut aller dans ce sens-là aussi. L'Ordre ne défendra pas un modèle unique par contre l'Ordre est très attaché à des structures dans lesquelles la preuve a été faite qu'on pouvait rassembler des professionnels. Il y a une évolution me semble-t-il des centres de santé qui doit franchir un pas, au moins un pas coopératif, un pas de travail en équipe, un pas structurel. Cela nous paraît important et pour la gouvernance, il y a un pas énorme à franchir qui est effectivement de cesser de voir ces structures fragilisées par le risque financier. On voit bien l'hémorragie qu'il y eut dans les centres de santé à cause de ce risque de désengagement associatif, on voit bien la multiplicité des modèles des centres de santé les a rendus fragiles. Il faut que les centres de santé, comme les autres, se restructurent en une modélisation forte quels que soient les gestionnaires de chaque centre de santé. Cela nous paraît fondamental. Il y a beaucoup de modèles dans les centres de santé et la force des centres de santé, c'est peut-être d'arriver à imposer une modélisation fonctionnelle. Cela me paraît en tout cas être un enjeu majeur.

D^r E. May: *Des organisations de centres de santé, en particulier, les organisations de professionnels de santé défende le principe d'un nouveau modèle économique de centre de santé. Ce modèle fondé sur le pluri-partenariat (collectivités, mutuelles, associations) qui s'engage dans le cadre de la loi pour fédérer plusieurs acteurs sur un même territoire pour porter ce type de structure. Le Conseil de l'Ordre soutient ce principe ?*

D^r P. Bouet: Oui, le CNOM soutient ce principe sur la base du principe de l'indépendance, vous vous en doutez. Quand on entend partenaire, on entend des partenaires structurels mais nous sommes très attentifs au fait qu'à l'intérieur de ce partenariat, les professionnels de santé gardent leur indépendance et leur liberté. Nous ne pouvons pas construire un modèle dans lequel elle serait mise en danger. Nous sommes très vigilants notamment sur les partenariats

de réseaux, sur ces engagements partenariaux de façon à ce que les professionnels restent des professionnels travaillant dans une structure mais indépendants dans leur activité. C'est ce qui est garanti par les acteurs de l'hôpital, c'est ce qui est garanti par les acteurs dans les établissements privés (quoique cela soit parfois plus compliqué), nous voulons que cela soit garanti dans les centres de santé quels qu'ils soient car nous n'accompagnons pas une transformation de modèles qui mettrait en péril l'accompagnement et la liberté des professionnels qui exercent.

D^r E. May: *C'est notre combat syndical permanent.*

D^r P. Bouet: Il y a forcément une valeur éthique et déontologique qu'on partage. Celle qui garantit votre capacité comme la mienne d'exercer pleinement le métier qui est le nôtre. Il faut qu'on soit très vigilant et qu'on parle beaucoup ensemble pour construire cette vigilance commune.

D^r E. May: *Un modèle a été proposé par certaines organisations de gestionnaires de centres de santé qui n'est pas inintéressante, complémentaire à ce qui existe : la création d'un statut d'établissement de santé publique ambulatoire qui pourrait regrouper des centres de santé mais éventuellement d'autres structures de prévention, PMI ou centres de planification familiale. Qu'en pensez-vous ?*

D^r P. Bouet: Je vous dirais très honnêtement qu'aujourd'hui je ne peux pas vous répondre de façon ferme sur cette réflexion puisqu'elle est en cours dans la section exercices professionnels. Vous serez d'ailleurs invités à venir partager avec nous pour qu'on puisse identifier un peu plus clairement les contours d'une telle application de la définition « établissement de soins ». Par ailleurs, la définition de l'établissement de soins tel qu'il existe aujourd'hui en matière de gouvernance crée des rigidités administratives, fonctionnelles que nous ne voudrions pas voir se démultiplier. Dans le fait d'innover, d'inventer un nouveau modèle il faut être très attentif à ces rigidités. C'est une des raisons pour lesquelles nous sommes très vigilants pour les EPHAD. Dès que l'on parle d'un établissement de soins, on amène toutes les rigidités inhérentes à cette dimension. Dans le code de santé publique, quand on rentre dans la définition d'établissement de soins, on endosse un costume différent avec des rigidités différentes. On crée des hiérarchies, des relations administration/soin différentes, des objectifs différents. Comment finance-t-on ces objectifs, ces établissements ? Quelles sont les contraintes qui leur seront

imposées en matière d'intégration dans les résultats généraux. Ce sont des questions auxquelles il faut bien réfléchir en amont, me semble-t-il.

D^r E. May : *Vous avez évoqué les pratiques avancées. C'est un élément du débat. C'est une proposition incluse dans le projet de loi de Santé. Le bulletin de l'Ordre l'a indiqué: le CNOM émet des réserves sur le développement de la délégation de compétences, en particulier sur la pratique de la vaccination par les pharmaciens.*

D^r P. Bouet : C'est plus qu'une réserve, c'est une opposition. Pour l'Ordre, cette opposition n'a pas pour but de dire non. Nous pensons que c'est un sujet qui est beaucoup trop important pour qu'on le traite sur un coin table par une décision législative non partagée. Cela veut dire que les contenus métiers ont des zones de superpositions et dans ces zones, il y a des actes communs qui existent et dont on peut discuter avec des professionnels. Nous n'avons pas d'opposition de principe pourvu que les pratiques avancées soient faites avec l'ensemble des acteurs qui vont générer cette nouvelle activité. C'est quand même paradoxal, nous avons tous participé à la création du métier de dosimétriste, nouveau métier qui va être inscrit dans le code de santé publique et c'est bien parce que tous les acteurs professionnels ont parlé ensemble qu'ils ont créé ce nouveau métier et puis d'un autre côté, on voudrait tout d'un coup couper comme dans du masepain, couper des tranches et les coller à un autre métier. Nous pensons que c'est beaucoup trop sérieux pour qu'on agisse comme ça. Il y a des professions de santé, des professions médicales, la profession de pharmacien, il y a la lisibilité du parcours de soins, il y a de nouvelles professions qui vont se créer dans l'avenir. Tout ceci demande que nous les intégrions dans une réflexion générale. C'est un champ qui est très ouvert et dont il ne faut pas oublier qu'il doit être lisible pour l'utilisateur de santé, qui doit savoir qui est qui, qui fait quoi et ce qu'il peut attendre de l'acteur qui effectue un acte. Cela demande fondamentalement d'être partagé par les acteurs professionnels. Une fois qu'on les met tous autour de la table, on arrive à créer des choses, le dossier métier en est la meilleure preuve. Cela veut bien dire que lorsque les professionnels sont autour de la table ils savent inventer des choses mais quand on veut dire d'un ministère: « c'est comme cela qu'il faut faire », c'est la meilleure façon d'amener les professionnels à être en situation de rejet. Donc c'est très important. Nous sommes prêts à l'accompagner; on travaille avec l'Ordre des infirmiers sur les pratiques avancées; sur la vaccination par les sages-femmes, nous

ne sommes pas en opposition: les sages-femmes sont une profession médicale et qui naturellement dans leurs compétences métiers peuvent avoir des zones de superpositions avec les médecins sur la pratique d'un vaccin ou de quelques vaccins; mais par contre je l'ai dit à la Présidente de l'Ordre des pharmaciens, la vaccination par les pharmaciens, c'est non.

D^r E. May : *L'objectif de santé publique était le déficit de la vaccination...*

D^r P. Bouet : Oui nous en sommes conscients mais avouons très franchement que les mesures qui ont été prises jusqu'à maintenant en matière de vaccination ont consisté à enlever la capacité de prescrire aux médecins pour la transférer à d'autres. Là encore, c'est une proposition suffisamment importante pour qu'on construise une politique vaccinale. Il faut qu'on soit très vigilant et qu'on construise une politique vaccinale partagée avec le ministère de la Santé et le gouvernement. Ce n'est pas en prenant des bouts qu'on répondra à un objectif de politique vaccinale.

D^r E. May : *Nous sommes à un moment particulier du débat sur la loi de santé, après la manifestation du 15 mars qui a connu un franc succès auprès des organisations syndicales libérales. Aujourd'hui quelle est la position de l'Ordre vis-à-vis de cette Loi de santé? Demandez-vous sa totale remise à plat et comme certains le réclament, que l'on reparte de zéro? Et petit focus sur les deux sujets qui ont été les plus médiatisés, le tiers-payant généralisé et l'autre qui a tout autant fait au sein de la profession l'unanimité contre lui, la place de l'ARS dans le cadre du schéma d'organisation des soins primaires au niveau territorial. Quelle est votre position?*

D^r P. Bouet : Depuis le mois de juillet 2014, notre position est constante. Elle a été rappelée devant le Président de la République le 16 octobre 2014 qui nous a répondu en disant qu'on allait ouvrir la négociation. La négociation a été ouverte en février, si tant est que l'on puisse parler de négociations, mais en tout cas elle s'est ouverte sur les points que nous avons, nous, soulignés. Globalement, on peut dire qu'avec beaucoup trop de retard, une discussion sur la réécriture du texte a été engagée. Malheureusement dans un temps tellement contraint et avec des objectifs tellement réduits qu'on ne peut pas parler aujourd'hui de réécriture du texte mais de propositions d'amendements. Madame la Ministre est aujourd'hui à la Commission des affaires sociales et aucun acteur n'a aujourd'hui les amendements que Madame la Ministre va porter. Donc c'est

bien une situation dans laquelle nous n'avons jamais demandé le retrait de la Loi de Santé, nous avons demandé qu'elle soit réécrite sur un certain nombre des dispositions qu'elle porte, pensant que cette Loi de Santé, je l'ai dit à plusieurs reprises, ne se présente pas comme le grand projet fondateur du système de soin que la stratégie nationale de santé avait laissé entendre. Ce n'est pas un combat politique contre Madame la Ministre, nous ne sommes pas un acteur politique mais on dit simplement qu'un texte que l'on veut être un texte d'importance, s'il n'est pas partagé avec l'ensemble des acteurs, sera forcément difficile à appliquer... comme la Loi HPST qui n'est pas encore totalement mise en application. Donc on perd du temps, on continue de perdre du temps et le passage sans dialogue complémentaire devant les parlementaires nous oblige maintenant à agir au niveau des parlementaires et non plus du gouvernement. C'est bien dommage pour un texte qu'on voulait partager. Mais surtout il ne répond pas correctement à la grande inquiétude des territoires. Ce n'est pas parce que l'on nous annonce dans le projet de Loi de Santé le virage ambulatoire, qu'aujourd'hui le texte lui-même porte l'ensemble des éléments qui garantissent que l'ARS ne va pas rester un superpouvoir concentrateur et décisionnaire. Nous portons des revendications très claires pour que les usagers et les professionnels soient placés directement à côté de l'ARS dans un mécanisme d'association à la décision. Il y a une importance fondamentale à ce que les territoires soient à l'origine d'un certain nombre d'initiatives. Mais si la gouvernance reste purement administrative, on entre bien dans un schéma d'hyper-administration de la santé. Aujourd'hui, rien ne démonte cette logique. C'est pour nous important et nous n'avons jamais vu le tiers-payant comme l'arbre qui cachait la forêt. On a dit dès le départ que pour nous le tiers-payant n'est pas un motif d'opposition ordinaire. Tout ce que nous avons dit sur sa progressivité, son installation dans le temps, le fait qu'il soit généralisé et qu'il n'ait pas un caractère obligatoire, tout ceci reste fondamentalement posé pour nous. On voit bien que l'évolution du texte prend en compte un certain nombre de nos interrogations mais que malgré tout il reste toujours un mécanisme d'arrêt de cette action partagée qui est de dire « à cette date-là le mécanisme sera obligatoire ». Le tiers-payant social c'est pour nous une absolue nécessité mais le gouvernement ferait mieux de s'occuper du problème du reste à charge. Parce que c'est là qu'est le vrai problème et c'est une vraie priorité en matière de gouvernance. Le tiers-payant n'est qu'une réponse partielle, ce n'est pas cela qui garantira l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire demain. Le tiers-payant social, par contre

oui, c'est une garantie essentielle qu'il faut apporter aux populations en difficulté. Nous avons défendu la CMU, l'ACS; le tiers-payant social est majeur, c'est fondamental, mais globalement aujourd'hui on est au milieu du gué et on a enlevé les pierres qui permettent de passer de l'autre côté. C'est une décision politique. C'est dommage. On pense que si on avait eu le temps de suffisamment discuter, peut-être qu'on ne se serait pas focalisé sur l'arbre tiers-payant et peut-être qu'on aurait vu derrière tout ce qu'il faut faire pour que l'accès aux soins soit garanti notamment en matière de reste à charge. L'Ordre n'a jamais été en opposition avec le principe du tiers-payant social, avec le principe d'une extension au droit du tiers-payant mais en disant: attention ne braquez pas les professionnels en le rendant généralisé et obligatoire comme ça. La Ministre annonce dans sa conférence de presse que c'est pour 2018 puis elle vient d'annoncer que ce serait le dernier trimestre 2017. On voit bien qu'il y a un aller-retour politique à ce niveau-là mais il va bien falloir que cela se tranche à un moment ou à un autre. La Loi de Santé, c'est plutôt une déception. Autant la prévention nous l'accompagnons, autant un certain nombre de dispositions qui sont prévues dedans vont dans le bon sens, mais c'est plutôt une loi mosaïque, qui prend plein de petits morceaux de couleurs, qui construit une fresque mais en se reculant on ne voit pas vraiment ce qu'elle représente. C'est dommage car la Stratégie Nationale de Santé, le rapport de M. Cordier à notre sens portait des ambitions d'une tout autre nature. C'est dommage de ne pas construire un rapport de dialogue pour faire partager une ambition. C'est un problème de politique et nous ne sommes pas acteurs politiques au sens de la gouvernance politique. C'est un rendez-vous raté et dans deux, trois ans on reparlera d'une nouvelle loi de santé qui portera le nom d'un ministre de l'époque mais on n'aura pas résolu les problèmes majeurs en la matière. On aura inscrit le virage ambulatoire mais qu'est-ce qu'il y aura dedans? On est sur des mots. La loi va consacrer des mots. On veut accélérer le mouvement, c'est un choix politique, ce n'est pas sûr qu'au bout de tout ça on aura une loi applicable par aucun d'entre nous. Car je comprends que les acteurs hospitaliers puissent se mettre un petit peu à l'écart mais les problèmes spécifiques du monde hospitalier ne sont pas résolus dans ce texte. On va mettre d'autres mots, ouvrir d'autres portes mais tout ça sans avoir tracé les passerelles qui vont permettre d'aller vers un but précis. Je donne rendez-vous à tous les acteurs dans deux, trois ans, pour un nouveau débat sur une nouvelle loi de santé.

D^r E. May: *Merci Monsieur le Président.*

Interview du D^r Patrick Benoist, médecin généraliste libéral

1) Les Cahiers SPPS: *Cher confrère, Vous êtes médecin généraliste libéral, installé dans une banlieue plutôt populaire. Vous travaillez dans un cabinet de groupe de trois médecins. Vous êtes connu pour avoir une pratique vraiment sociale et très compétente. Est-ce que votre mode d'exercice vous convient et vous apporte les satisfactions attendues? Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez?*

D^r Patrick Benoist: Bonjour et merci aux *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale* de s'intéresser à mon activité de médecin de terrain, installé en libéral depuis trente ans non par choix idéologique mais par « obligation » réglementaire, au sein d'un cabinet que je partage avec deux collègues. Ce mode de travail m'a permis d'établir une relation très personnalisée avec la patientèle et malgré une grande liberté d'exercice. En revanche, le paiement à l'acte impose un nombre excessif de consultations pour assurer un revenu décent. Empathie et disponibilité se traduisent par des journées de travail interminables, non sans retentissement sur la vie intime et familiale. Mais cette relation particulière, ce dialogue singulier sont un atout pour le patient et une stimulation nécessaire pour le praticien, impliquant une formation adaptée et continue. En revanche la solitude de l'exercice doit être compensée par l'échange entre confrères, d'où l'intérêt des cabinets de groupe.

2) Les Cahiers SPPS: *Quels sont les principaux problèmes que rencontrent vos patients?*

D^r Patrick Benoist: Dans notre mode d'exercice, la principale difficulté des patients est la difficulté éventuelle d'obtenir un rendez-vous rapide et/ou une réponse rapide du praticien : nos cabinets fonctionnent en général avec des plateformes téléphoniques filtrant les appels, avec des temps d'attente parfois rédhibitoires et des réponses anonymisées, concession actuellement indispensable compte tenu de nos moyens financiers limités. Chacun regrette le temps où une secrétaire médicale accueillait les patients, personnalisait les propos et facilitait le travail du médecin.

3) Les Cahiers SPPS: *Vous êtes, disons, en fin de carrière: si vous aviez à recommencer l'aventure, que changeriez-vous dans votre travail? Pourquoi?*

D^r Patrick Benoist: Effectivement, après bientôt trente ans d'installation dans ma commune, je vis mes dernières années de pratique. À mes débuts, j'ai été tenté par le salariat en centre hospitalier ou en dispensaire, mais faute de poste disponible, j'ai été contraint d'opter pour le libéral. Aussi, si c'était à refaire, je postulerais comme la plupart de nos jeunes collègues, pour un exercice salarié.

4) Les Cahiers SPPS: *Comment organiser une formation continue des médecins et des professionnels de santé à la hauteur des besoins et des exigences du temps? Qui doit diriger? Qui doit payer? Qui doit contrôler? Le DPC vous convient-il?*

D^r Patrick Benoist: La formation continue est bien sûr indispensable, surtout pour notre profession, où idées reçues et hypothèses non vérifiées peuvent avoir des conséquences dramatiques, comme le couchage des nourrissons⁽¹⁸⁾. Elle doit être obligatoire, financée par la profession et/ou les autorités de tutelles et indépendante de tout lobby. Le DPC est toujours balbutiant, tiraillé entre syndicats et autorité sanitaire. Les organismes de formation, agréés par le ministère et les professionnels, animés par des collègues sans conflit d'intérêts, et abordant des thèmes définis par les médecins de terrain et les usagers, autofinancés et subventionnés par l'État, devront assurer ce DPC. Des séances présentielles toujours intéressantes pour l'échange entre pairs alternent avec des sessions « en ligne ».

5) Les Cahiers SPPS: *L'évolution des modes d'exercice témoigne chaque année d'une perte d'attractivité en ambulatoire de l'exercice libéral pour les nouveaux inscrits à l'Ordre au profit de l'exercice salarié. Est-ce que vous constatez cette évolution? Pourquoi les jeunes médecins et en particuliers les généralistes se détournent-ils du modèle libéral?*

¹⁸ NDLR: référence aux conseils donnés par les médecins pour coucher les nourrissons sur le ventre ce qui a entraîné le phénomène de la « mort subite du nourrisson » à l'origine de nombreux décès.

D^r Patrick Benoist : Bien sûr, le constat est implacable: moins de 10 % d'installation en libéral parmi les jeunes diplômés! Temps de travail, paupérisation du métier, solitude décisionnelle, féminisation de la profession (> 70 %) expliquent le rejet de ce mode d'exercice. Les étudiants que nous recevons en stage (externes, internes ou SASPAS) sont toujours intéressés par la gestion du soin, mais effrayés par la gestion du temps et de l'administratif (avec la tutelle et en comptabilité).

6) Les Cahiers SPPS : *On parle de crise de la démographie médicale en France et de son corollaire, la désertification médicale. Comment ressentez-vous cela? Quelle est votre analyse de cette problématique?*

D^r Patrick Benoist : Tous les jours, nous ressentons cette crise démographique par la demande de patients qui cherchent désespérément un « médecin traitant ». Sur notre commune, deux collègues en retraite en 2012 n'ont pas été remplacés. Ce refus continu adressé à des patients en demande est lourd à supporter... À l'évidence notre système de santé est à bout de souffle. Plutôt que de maintenir coûte que coûte cette médecine libérale moribonde, il faut dès maintenant envisager une réforme de fond et rendre la médecine générale attractive pour nos jeunes collègues et répondre à la demande des usagers.

7) Les Cahiers SPPS : *Centres de santé et maisons de santé pluri-professionnelles libérales mettent en œuvre de nouvelles pratiques d'équipe fondées sur la coordination renforcée et efficace entre les acteurs de santé ambulatoires et hospitaliers... Le regroupement en structures est-il la voie d'avenir de l'organisation des soins primaires pour répondre aux enjeux de santé publique? Est-ce la fin annoncée de l'exercice « solitaire »?*

D^r Patrick Benoist : Effectivement les maisons médicales, sur le modèle des centres de santé, sont une solution d'avenir: nos jeunes collègues aspirent à un travail en équipe, avec des horaires décents et un mode de paiement à la fonction et non à l'acte. Limiter le nombre d'actes, c'est aussi refuser la médecine de consommation, assise sur une réponse de prescription pharmacologique à tout symptôme. Prendre le temps, analyser les problèmes et donner des solutions simples et de bon sens, sans se réfugier dans l'escalade thérapeutique, vont progressivement s'imposer. Le lien avec l'hôpital doit s'améliorer: un partenariat plus grand entre généralistes et hospitaliers doit s'établir, en développant les temps partiels ville/

hôpital. L'« exercice solitaire » a vécu! Et le discrédit du généraliste aussi!

8) Les Cahiers SPPS : *Les trois objectifs de la Stratégie Nationale de Santé avaient fait consensus: réinscrire la prévention au cœur du système de santé, organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès par la révolution du « premier recours », renforcer l'information et les droits des patients. Pourtant, le projet de Loi de Santé qui doit donner les moyens de sa mise en œuvre fait l'unanimité contre lui. Qu'en pensez-vous?*

D^r Patrick Benoist : Comme souvent, l'autorité politique, représentée par le ministère, veut imposer « sa réforme ». Et comme toujours les acteurs concernés s'y opposent! La concertation, paradoxalement, vient après... La tutelle des ARS, technocratique et comptable, la mainmise des assurances complémentaires (alias Mutuelles) et le désengagement progressif de l'État, l'extension mal comprise d'actes médicaux à d'autres professionnels paramédicaux, la généralisation du tiers-payant, sont autant de sujets d'opposition.

9) Les Cahiers SPPS : *Quelle est votre position par rapport à la généralisation du tiers-payant dont ne veulent pas les organisations syndicales libérales? On parle beaucoup maintenant du renoncement aux soins: est-ce que vous le percevez?*

D^r Patrick Benoist : Sujet phare de la révolte, ce tiers-payant généralisé fait couler beaucoup d'encre... Certes, à l'hôpital, en centre de santé, voire en pharmacie, tout semble bien se passer. Mais sa mise en pratique au sein de nos cabinets est complexe avec une assurance maladie mauvais payeur et une multitude de complémentaires (plus de cinq cents), on voit mal comment le médecin libéral pourra récupérer son dû. L'argument du tiers-payant généralisé est de rendre les soins accessibles à tous, mais ne serait-il pas plus judicieux, pour éviter le renoncement aux soins, de taxer les profits indécents, de donner du travail, d'augmenter les salaires les plus modestes? Nous n'avons d'ailleurs pas attendu notre nouveau ministre de la Santé pour soigner les patients en situation de précarité: actes gratuits, chèques « fin de mois » (encaissés après que le malade soit remboursé!), tiers-payant sur la part obligatoire pour les patients en ALD. Pour éviter le renoncement aux soins, donner du travail, augmenter les salaires des plus modestes et taxer les profits indécents seraient sûrement plus performant...

10) Les Cahiers SPPS: *Quels doivent être selon vous les rapports en l'industrie pharmaceutique et les médecins?*

D^r Patrick Benoist: Depuis plus de vingt ans, je ne reçois plus les visiteurs médicaux; suis-je pour autant un mauvais prescripteur? Se former régulièrement, être abonné à une revue indépendante comme *Prescrire*, permet de maîtriser ses connaissances sans influence néfaste. Les liens des professionnels, des enseignants et des prescripteurs avec l'industrie doivent être transparents. En toute connaissance de cause, chacun se fait une idée de la valeur des informations... Les conflits d'intérêts ont miné notre formation thérapeutique, sachons résister et proposer une alternative de soins à nos patients.

11) Les Cahiers SPPS: *Comment imaginer demain les rapports entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière?*

D^r Patrick Benoist: Pour éviter cette dichotomie entre ville et hôpital, intégrons la médecine générale à l'hôpital: gardes, accueil des malades, intégration d'un généraliste dans chaque service de spécialité. Chaque médecin de ville aura sa journée ou sa demi-journée hospitalière, maintenant le lien avec ses patients hospitalisés, associé à la décision médicale (présence au RCP, actuellement impossible à assurer devant notre charge de travail) et poursuivant la stratégie thérapeutique en ville.

Cette utopie est réalisable, nous avons bien réussi à faire admettre, non sans difficulté, la médecine générale à la faculté!

12) Les Cahiers SPPS: *Quelle est la question que vous auriez aimée qu'on vous pose et qu'on ne vous a pas posé?*

D^r Patrick Benoist: On aurait pu parler de la gestion incohérente du « médicament générique », de cette prime à la performance (ROSP), véritable conflit d'intérêts avec l'assurance-maladie, mais restons positifs!

Après plus de trente ans d'exercice, j'ai la chance d'être toujours motivé par ce métier passionnant qui mérite, sans attendre une réforme indispensable pour le rendre attractif à nos jeunes collègues et satisfaire les besoins sanitaires de la population. *Les Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale* nous aident à y réfléchir et à envisager des solutions alternatives et durables. Je les remercie pour ce travail.

Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans les centres de santé : un enjeu pour de nouvelles prises en charge des patients

Par M^{me} Régine Raymond & le D^r Guirec Loyer, Centre municipal de santé de Bezons

Jusqu'à une période récente, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) se sont principalement développés dans un contexte hospitalier. L'augmentation de la population concernée par les maladies chroniques et le déploiement de structures extrahospitalières de prise en charge des patients, engagent les acteurs des centres de santé à envisager l'ETP de manière intégrée à la réalité de la pratique ambulatoire et à des situations de patients différentes de l'hospitalisation.

L'éducation thérapeutique et le travail d'équipe

L'éducation thérapeutique vise à accompagner le patient vers une autonomie et une amélioration de sa qualité de vie avec la maladie chronique. Le travail en équipe pluridisciplinaire et plus encore, dans une démarche interprofessionnelle apparaît comme indispensable à une prise en charge globale et centrée sur le patient.

En effet, la communication et les échanges entre les différents acteurs sont essentiels à un accompagnement de qualité et permettent d'être au plus près de la réalité du patient. Il s'agit moins de multiplier les professionnels que de favoriser un partenariat et des interactions entre intervenants de champ d'action complémentaires, au sein d'une action globale, concertée et coordonnée. En effet, en s'appuyant sur les besoins identifiés conjointement avec le patient, la démarche d'ETP repose sur des apprentissages qui concernent aussi bien la connaissance de la maladie et des traitements, l'auto-soin, que la gestion de ses rapports avec l'entourage, ou la mise en œuvre d'une activité physique adaptée à sa situation. Dans cette logique, on comprend l'importance d'un travail en équipe. Il est alors organisé et mis en œuvre autour des rôles fonctionnels de chacun dans l'accompagnement du patient, avec pour objectif principal l'amélioration de sa qualité de vie et l'acquisition de nouvelles compétences. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique insistent d'ailleurs sur la nécessité de l'implication de professionnels formés et « *engagés dans un travail d'équipe dans la coordination des soins* ».

Cette nécessaire organisation, vue souvent comme complexe, peut, en partie, expliquer pourquoi les programmes d'éducation thérapeutique sont encore aujourd'hui très hospitalo-centrés, même s'il existe une volonté claire de la part des acteurs de terrain et des pouvoirs publics de développer les programmes éducatifs en ambulatoire. Les structures hospitalières ont en effet l'avantage de rassembler un panel assez large de professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux voire associatifs, favorisant ainsi une pratique éducative de qualité. De plus, le travail en équipe fait partie de la culture hospitalière et constitue même l'un des critères de qualité de la prise en charge des personnes hospitalisées.

La question de l'accompagnement éducatif en ambulatoire

Toutefois, dans le contexte d'une ouverture de plus en plus importante aux soins de ville, se pose la question de l'accompagnement des patients en ambulatoire. En effet, les caractéristiques de la maladie chronique font que le patient est généralement pris en charge par son médecin traitant (traditionnellement un médecin généraliste de ville), qui suit et renouvelle son traitement et éventuellement le dirige vers des professionnels paramédicaux ou médicaux sociaux ou sociaux lorsque c'est nécessaire. Force est de constater que les professionnels libéraux ont parfois des difficultés à orienter leurs patients vers des programmes, soit par méconnaissance de l'offre éducative du territoire, soit que les programmes existant sont difficilement accessibles aux personnes non hospitalisées, ou encore parce qu'ils pensent légitimement effectuer un accompagnement dont la dimension éducative suffirait pour l'envisager comme un programme personnalisé d'ETP.

En parallèle d'une nécessaire évolution des pratiques et de la représentation de la place du patient comme co-constructeur de sa prise en charge thérapeutique, la question financière constitue un élément important dans la compréhension des freins à l'orientation et au développement des programmes d'éducation thérapeutique en ville. En effet, la pratique éducative demande du temps, temps qui diffère de celui des consultations médicales ou de soins. Or,

dans un système de rémunération à l'acte, on comprend que le choix ne soit pas nécessairement celui des pratiques non rémunératrices. L'agence Régionale de Santé (ARS) est d'ailleurs constamment sollicitée par les acteurs de soins de ville afin de mettre en œuvre des mesures financières incitatives pouvant permettre de contourner ce problème.

Parmi les programmes développés en ambulatoire, le rôle des acteurs de santé telles que les professionnels intervenants en ville (libéraux ou non), des associations de patients et des associations thématiques s'avère important, et soutenu par la loi HPST. C'est ainsi que les réseaux de santé ou les maisons de santé pluridisciplinaire sont des lieux de développement privilégiés de l'éducation thérapeutique notamment depuis que des dispositifs financiers innovants mais souvent ponctuels ont permis de les soutenir dans leurs démarches. La pratique de l'éducation thérapeutique en ambulatoire doit continuer à se développer, notamment en recherchant des modalités d'intervention, des organisations et des lieux adaptés. Les centres de santé sont vraisemblablement des structures pouvant permettre de renforcer l'accessibilité à l'éducation thérapeutique.

Les particularités des centres de santé dans l'ETP

Les personnes accueillies dans les centres de santé peuvent présenter des situations de santé complexes. Au niveau médical, la prise en charge clinique et thérapeutique doit souvent être envisagée chez des personnes poly-pathologiques chez qui le mode d'exercice des centres peut difficilement envisager une approche par pathologie ou par discipline comme cela serait plus le cas à l'hôpital. De plus, la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie accentue sensiblement l'impact des facteurs sociaux sur la stratégie de soins, par rapport à l'hospitalisation qui aura moins à prendre en compte l'impact du milieu de vie sur les soins dispensés. Les centres de santé, lieux historiques de réduction des inégalités sociales de santé et d'accès au soin, constituent de longue date un exercice alternatif à l'exercice libéral. Structures de proximité et de soins de premiers recours, ce sont des lieux de travail en équipe souvent pluridisciplinaires, où l'approche du patient est multifocale. Le médecin, l'infirmière, le kinésithérapeute, le dentiste, l'aide soignant(e), le ou la chargé(e) d'accueil, le travailleur social, grâce à des rôles et postures professionnelles différents, n'ont pas la même approche du patient (ou de son entourage) et ne recueillent pas le même type d'informations, le patient adaptant généralement son discours au professionnel auquel il s'adresse. Cette dimension

pluri-professionnelle et pluridisciplinaire est donc un levier précieux favorisant une approche multidimensionnelle du patient, notamment lorsque celui-ci est porteur d'une pathologie chronique et/ou complexe.

Le code de la santé publique dans son article L6323-1 définit les centres de santé comme des lieux de soins créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. Ils pratiquent dans tous les cas la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale (plus communément appelé « tiers payant » et qui défraye la chronique ces jours derniers) et ont également pour mission de mener des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. À ce jour, dans la mesure où il n'y a pas de subventions pérennes dédiées aux actions menées par les centres de santé en parallèle et en complémentarité des soins dits « réparateurs », la réalisation de ces actions repose essentiellement sur la volonté du gestionnaire de les financer et les développer.

Cependant, ces structures, notamment lorsqu'elles sont portées par une collectivité locale, sont souvent intégrées à une démarche plus globale de réduction des inégalités de santé et portent ou participent assez logiquement aux actions de santé publique voire parfois aux actions portées par les dispositifs développés par la politique de la ville. Cette démarche amène nécessairement à la construction d'un maillage partenarial riche et à des pratiques privilégiées d'échanges et de communication. Cette dynamique est également la règle au sein même des structures. En effet, l'exercice regroupé et coordonné pose le principe d'une approche interdisciplinaire dans le sens où le mode de fonctionnement s'appuyant quasi-systématiquement sur des réunions de concertation autour de situations complexes favorise la communication et la prise de décisions collégiale entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. Toutes ces caractéristiques montrent la valeur ajoutée des centres de santé dans l'offre de soins en secteur 1, à l'heure où les questions de désertification médicale sont cruciales. De plus elles mettent en lumière la pertinence de ces structures en tant qu'outils de développement d'expériences innovantes autour de l'amélioration de la prise en charge des patients en ambulatoire.

Ainsi, c'est naturellement que ces structures se sont inscrites en nombre dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération, dispositifs proposés par

les ARS notamment aux structures d'exercice regroupé et coordonné afin de les soutenir dans le développement et l'amélioration des pratiques de soin, de prise en charge et d'accompagnement. On peut citer, par exemple, la valorisation des collaborations ville-hôpital via le soutien des pratiques de télé-médecine ou de télé-radiologie ou encore le financement des pratiques de coordination associant les professionnels de santé de ville (praticiens libéraux, pharmaciens, professionnels sociaux...) et les réseaux de soins.

De plus, la HAS réfléchit actuellement à la mise en place de ce qu'on pourrait appeler des référentiels de qualité pour les regroupements pluri-professionnels de soins primaires. Ces « référentiels d'analyse et de progression » ont pour objectif d'évaluer et d'améliorer les pratiques, organisations et fonctionnements, afin que leur articulation ait un impact favorable sur la prise en charge des patients. La démarche est actuellement structurée autour de 4 axes : le travail en équipe pluri-professionnelle, la qualité et l'efficacité du système d'information, l'écriture d'un projet de santé et la mise en place de dispositifs favorisant l'accès aux soins et enfin l'implication des patients.

Que ce guide de bonnes pratiques devienne la règle ou non, force est de constater que les axes qui portent cette réflexion sont très proches des valeurs de centres de santé et renforce l'idée que ces structures de proximité sont des lieux de prise en charge de qualité. Quoi de plus adapté qu'une équipe constituée de professionnels médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, sociaux et administratifs, partageant une unité de lieu et une culture commune pour relever ce défi que sont le développement de l'éducation thérapeutique et l'amélioration de son accessibilité ? Les centres de santé apparaissent donc comme des lieux privilégiés pour cette pratique en ambulatoire. Pour renforcer ce constat, on peut également noter que le salariat des personnels des centres de santé, les détachant donc du souci du strict paiement à l'acte, permet également une plus large marge de manœuvre en termes d'organisation de temps. En effet, ces questions incombent au gestionnaire de la structure et non plus au professionnel, ce qui « démercantilise » la relation soignant-soigné et permet aussi de consacrer du temps aux pratiques non-rémunératrices, dans la limite, bien entendu de ce que peut supporter la structure.

Une pratique qui reste à développer en ville

Malgré ce constat, à l'analyse des études existantes, il s'avère que l'éducation thérapeutique connaît un développement timide dans les structures de soins de ville. C'est ainsi que sur plus de 700 programmes

d'ETP autorisés par l'ARS Ile de France, seul 95 sont développés en ambulatoires, dont 20 sont portés par 17 centres de santé (municipaux et associatifs). Parmi ces programmes, 13 s'adressent aux patients diabétiques, 5 concernent l'asthme, 1 l'obésité et un 1 le VIH/sida. Tous les programmes déclarent un recrutement des patients au décours d'un entretien avec un professionnel de la structure. Par ailleurs, l'équipe éducative est toujours décrite comme pluridisciplinaire (avec au moins un médecin et un infirmier) et l'éducation thérapeutique comme intégrée au parcours de soins du patient. Les liens avec les réseaux ambulatoires sont également indiqués ainsi que, pour certains, une pratique collaborative ville-hôpital.

Dans ce contexte, l'implication des centres de santé dans le développement de l'éducation thérapeutique apparaît comme un axe fort de l'évolution de l'offre de soins en ambulatoire. Les modes de prise en charge et les publics accueillis invitent les centres de santé à développer des programmes ouverts à des personnes poly-pathologiques, là où la majorité des actions d'ETP restent thématiques autour d'une affection chronique. De même l'orientation de programme en direction de population plus que de pathologies peut présenter un réel intérêt dans la pratique de soins en ville au regard, notamment de l'intervention grandissante auprès des personnes âgées. De telles approches ouvrent la voie à des actions innovantes et pouvant impliquer l'ensemble des acteurs de santé présents en ville, soignants (médicaux et paramédicaux) ou non soignants (professionnels du champ social, associations de patients). Certains défis semblent alors importants à relever. L'intérêt des pouvoirs publics pour des dispositifs d'éducation « hors les murs » de l'hôpital doit inciter les centres de santé à penser et à mener des projets d'ETP structurés et évalués. De telles démarches peuvent faire l'objet de projets expérimentaux et accompagnés par des partenaires en lien avec la recherche. De la même manière, le développement de pratiques adaptées au mode d'exercice en ambulatoire, à travers des actions de formation reposant sur les approches collaboratives en ETP. Ne peut que favoriser la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique accessible au patient dans son milieu de vie.

L'éducation thérapeutique du patient relève donc pleinement des missions et des potentiels des centres de santé. L'inscription d'une ETP adaptée à la ville, dans leur offre de soins ne peut que définir un peu plus les centres de santé comme un acteur privilégié de la santé des personnes dans la cité. Cette perspective reste encore à concrétiser à travers des approches innovantes à structurer.

Dix notes 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 un ensemble de dix notes concernant les médicaments dits essentiels. 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⁽¹⁹⁾.

Note n°1 : La loi de Gresham

Dans un grand marché, la loi de Gresham, selon laquelle la mauvaise monnaie chasse la bonne, finirait par être appliquée (In a great market the Gresham law would end up being applied, according to which bad money takes the place of good money).

La majorité des médicaments qui ont été inventés et mis sur le marché au cours des 30 dernières années ne sont pas meilleurs, ou plus efficaces, ou présentant un rapport bénéfice/risque supérieur aux médicaments préexistants qui ont les mêmes indications. De surcroît, ils sont plus coûteux que les médicaments qu'ils sont destinés à remplacer. Cependant ils sont l'objet d'une intense promotion commerciale auprès des médecins pour les inciter à les prescrire. Ce sont de fait de mauvais médicaments. Ils sont encore plus mauvais si leur rapport bénéfice/risque est inférieur à celui des médicaments plus anciens.

Ces mauvais médicaments, comme la mauvaise monnaie sur le marché, chassent les bons médicaments. Après un délai légal de quinze ans ces médicaments tombent dans le domaine public et ils peuvent être produits et vendus sous forme de génériques, sans que ça change en rien leur caractère de mauvais médicaments. Il y a parmi les génériques (ou génériquables) une proportion croissante de mauvais médicaments.

Cette constatation est une des sources du mouvement amorcé il y a dix ans par Princeps, en faveur des médicaments essentiels, rassemblés dans

une liste restreinte⁽²⁰⁾ destinée à 95 % des patients. Cette liste doit nécessairement être complétée par une liste complémentaire destinée aux 5 % restant. Il s'agit, on le comprend bien d'une opération qui conduit à focaliser les prescriptions sur les médicaments aussi indispensables que l'air, l'eau ou la nourriture qui doivent être bien identifiés par les médecins par les pharmaciens et par l'ensemble des professionnels de santé. Mais aussi par les patients et leurs familles et de façon plus générale par l'ensemble des citoyens.

À ces conditions il ne paraît pas nécessaire d'éliminer du marché par l'action légale d'autres médicaments que les médicaments réellement dangereux. Tout naturellement, dès lors que les médicaments essentiels rassemblés dans une liste largement consensuelle disponible à tous seront clairement identifiables, les autres apparaîtront pour ce qu'ils sont :

- *utiles pour une minorité de patients*, ils figureront sur la liste complémentaire ;
- *en cours d'étude*, ils seront réservés aux patients inclus dans les essais cliniques ;
- *inutiles*, ils seront prescrits et remboursés comme ils le sont aujourd'hui, mais de moins en moins, jusqu'à ce que progressivement ils n'occupent plus sur le marché qu'une place marginale, en attendant de tomber dans l'oubli.

Ces mauvais médicaments doivent cesser de chasser du marché ceux dont la présence et l'usage sont essentiels à la santé des malades. Le plus tôt sera le mieux.

¹⁹ 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>).

²⁰ Une telle liste a été établie par un groupe de travail de la Société Française de Médecine Interne et par un groupe constitué au sein du Collège National des Généralistes Enseignants. Cette liste inédite en France est destinée à être régulièrement mise à jour par une implication progressive d'un nombre croissant de prescripteurs. Pour conserver sa signification elle devra demeurer restreinte et échapper à l'influence de tous les groupes de pression. Grâce à quoi elle gardera l'objectif prioritaire qui est la préservation de l'intérêt des patients.

Note n°2: À force de sacrifier l'essentiel pour l'urgence, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel (*Edgar Morin; La méthode, Éthique – 2004*)

Établir une liste de médicaments essentiels (ME) dans un pays riche n'est pas de même nature que dans un pays pauvre, comme cela a été fait par l'OMS. Il s'agit ici de donner la priorité à ce qui est nécessaire et suffisant pour traiter efficacement 95 % des patients *et accessoirement de faire des économies*. L'objectif est avant tout au bénéfice des patients.

De telles listes, qui répondent à une préoccupation parcimonieuse, seront nécessairement restreintes (entre 100 et 200 molécules de produits actifs différents). À côté d'une liste de ME doit exister une liste complémentaire de médicaments nécessaires et suffisants pour les affections plus rares (5 %).

Il convient de mener de front trois démarches :

1. établir une première liste par une négociation entre un groupe de praticiens généralistes et un groupe d'internistes
2. faire adopter cette liste et élargir progressivement le nombre de prescripteurs parmi les généralistes et les internistes, puis parmi les spécialistes, en s'assurant par une évaluation régulière que les prescripteurs perçoivent l'intérêt de cette orientation et la mettent en pratique dans leurs prescriptions à de plus en plus de patients
3. informer de façon critique l'ensemble des professionnels de santé et les patients.

Il existe environ dix mille maladies (CIM10⁽²¹⁾) et six à huit mille médicaments sont disponibles. Un nombre croissant de patients, surtout parmi les sujets âgés, souffre simultanément de plusieurs maladies (comorbidité). Comment aider les généralistes à optimiser leurs prescriptions et le suivi de chacun? Les logiciels d'aide à la prescription devraient progressivement mettre en position préférentielle les ME. Chaque médecin prescrit au plus une centaine de médicaments différents. Cette donnée doit être confirmée. Il est probable que ceci se vérifie dans des pays différents. L'objectif à moyen terme serait donc de faire coïncider la liste des ME et la liste limitée de chaque généraliste et dans un temps ultérieur, de chaque spécialiste. Il faudrait connaître avec plus de précision la structure

de ces prescriptions (répartition des pathologies, et répartition des médicaments – état actuel) en relation avec l'intensité prescriptive et avec l'intensité de la promotion commerciale à laquelle les médecins sont exposés.

Ces savoirs sont à portée de la main.

Note n°3: Choix des médicaments - Choix positif versus choix négatif

Quand on est en présence d'un grand nombre d'objets et que l'on veut faire un tri sélectif, quelle méthode doit-on adopter? Comment faut-il procéder si 10 000 objets de formes analogues, de couleurs allant du blanc au noir, avec de nombreuses nuances de gris, sont mélangés au départ de l'opération? Quelques centaines d'objets sont blancs ou presque blancs. Quelques centaines d'objets sont noirs ou presque noirs. On peut éliminer les objets noirs et gris foncé d'abord, puis les objets de plus en plus clairs. C'est un tri négatif, ou bien on peut sélectionner positivement les objets blancs et presque blancs en nombre limité. S'il s'agit de médicaments, le tri sélectif négatif des médicaments dangereux, dont le rapport bénéfico-risque est franchement négatif⁽²²⁾, doit être opéré par les organismes de pharmacovigilance. Occasionnellement La Revue Prescrire publie une liste de médicaments qu'on devrait impérativement retirer du marché. Cette procédure d'exclusion est laborieuse. Elle suscite au cas par cas des contestations et des réticences. Elle n'est pas praticable à grande échelle sur des milliers de médicaments dont la dangerosité est moindre, mais dont l'utilité est discutable, ou qui sont indiscutablement inutiles. Le tri sélectif positif a été retenu pour construire une liste de médicaments essentiels (ME) parce que c'est une opération beaucoup plus simple, relativement peu coûteuse et qui introduit le concept de rigueur parcimonieuse dans les prescriptions médicales. Choisir une centaine de médicaments à partir de quelques milliers exige une expérience clinique collective qui peut être atteinte, par des cliniciens experts et indépendants, capables de participer à une démarche consensuelle pas à pas. Ce consensus ne signifie pas l'unanimité sur chaque élément de la liste. C'est pourquoi pareille liste doit être complétée par une liste complémentaire où chacun doit trouver le ou les médicaments qu'il veut absolument prescrire. C'est

²¹ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

²² S'ils ont pu obtenir une autorisation de mise sur le marché.

aussi pourquoi il ne faut pas imposer cette liste, mais inciter les médecins à les prescrire de préférence. Sans contrainte administrative d'aucune sorte. Étant bien entendu que la même liste doit pouvoir être déclinée sous forme de listes comportant le même nombre de médicaments, mais appropriées à chaque spécialité, à chaque catégorie de pratique. On peut par exemple concevoir que les cardiologues aient besoin avec une certaine fréquence d'une dizaine de médicaments rarement prescrits par les généralistes et qu'ils n'aient pas besoin, sauf par exception d'une dizaine de médicaments figurant sur la liste commune des ME.

Pour conclure, disons que le choix d'une opération de sélection positive conduisant à la promotion d'une liste restreinte de ME est à la fois peu coûteux en temps et capable de structurer un consensus progressif vers des prescriptions optimisées. Cette réduction est susceptible de s'imposer avec le temps comme une pratique plus simple, débarrassée de la confusion créée et entretenue par les innombrables médicaments, plus nécessaires à l'invraisemblable rentabilité des investissements financiers qu'à la meilleure santé des patients.

Note n°4: « L'essentiel est sans cesse menacé par l'insignifiant. » (À une sérénité crispée – 1955 René Char)

Ci-joint la liste des ME proposée par la SNFMI⁽²³⁾ dans son premier état. Depuis une centaine de membres de la société l'ont remaniée à travers un processus de validation. Il faut donc considérer la liste jointe comme un document de travail. Il serait très prématuré d'entrer dans une discussion sur la composition de la liste aujourd'hui. Un article est en cours de publication pour cette deuxième version. Des membres du Collège National des Généralistes Enseignants travaillent en parallèle sur une autre liste. Quand cette seconde liste sera mûre, un rapprochement entre les deux listes sera entrepris pour parvenir une fusion. De

²³ Une telle liste a été établie par un groupe de travail de la Société Nationale Française de Médecine Interne et par un groupe constitué au sein du Collège National des Généralistes Enseignants. Cette liste inédite en France est destinée à être régulièrement mise à jour par une implication progressive d'un nombre croissant de prescripteurs. Pour conserver sa signification elle devra demeurer restreinte et échapper à l'influence de tous les groupes de pression. Grâce à quoi elle gardera l'objectif prioritaire qui est la préservation de l'intérêt des patients. Les 100 médicaments essentiels. Une approche de médecine interne, 100 essential drugs. An internal medicine approach, M. Thomas, P. Arlet, O. Aumaitre, J. Cosserat, B. Grosbois, L. Guillemin, A. Kettaneh, C. Le Jeune, C. Massot, P. Morlat, La Revue de médecine interne 34 (2013) 460–464.

proche en proche le cercle des participants à l'élaboration d'une liste **restreinte** sera élargi pour y faire entrer des spécialistes qui devront aussi contribuer à la rédaction de la liste complémentaire. Pour y faire entrer des pharmaciens et des pharmacologues, en maintenant une référence prioritaire: le meilleur bénéfice/risque pour les patients.

La liste sera inlassablement reprise et mise jour. Ses conséquences économiques ne seront pas négligées, mais elles devront demeurer secondaires par rapport à l'intérêt des patients. La liste évoluera au fil des travaux apportant les preuves de l'efficacité optimale pour chaque indication. Toutes les collaborations seront bienvenues sous condition d'indépendance et de compétence dans le domaine des prescriptions médicamenteuses.

Bien entendu la rigueur de la démarche parcimonieuse gagnera l'ensemble de la pratique: prescriptions d'exams complémentaires, indications thérapeutiques non médicamenteuses... Comme elle gagnera les pays développés et les pays pauvres. Non sans rencontrer d'obstacles.

Liste de Médicaments Essentiels 1^{er} article

M. Thomas et al

Cette liste est le résultat d'une première étape de travail. Après validation, une nouvelle version sera publiée. Tout sera fait pour que de nombreux prescripteurs indépendants participent à l'amélioration de cette liste restreinte et à son adaptation à telle ou telle spécialité. En consultant cette liste, tenez compte de l'existence indispensable d'une liste complémentaire, beaucoup moins restreinte.

Abacavir	Acide Folique
Adrénaline	Allopurinol
Alprazolam	Amiodarone
Amitriptyline	Amlodipine
Amoxicilline	Amoxicilline+ Acide Clavulanique
Aspirine	Bromazépan
Calcium	Carbimazole
Carboplatine	Ceftriaxone
Chlorambucil	Chloroquine
Clarithromycine	Clopidrogel
Colchicine	Cotrimoxazole
Cyclophosphamide	Danuravir
Décapeptyl	Diclofénac

Digoxine	Diltiazem
Dodétaxel	Doxorubicine
Doxycycline	Efavirenz
Enoxaparine	Erythropoïétine
Ethambutol	Fluconazole
Fluorouracile	Furosémide
GCSF	Gentamycine
Glibenclamide	Héparine
Hydrochlorothiazide	Hydrocortisone
Hydroxychloroquine	Hydroxyurée
Insuline Lente	Insuline Rapide
Isoniazide	Lactulose
Lamivudine	Levodopa
Levonorgestrel + Ethinylœstradiol	Levothyroxine
Lidocaïne	Lopéramide
Losartan	Melphalan
Metformine	Métoprolol
Métronidazole	Midazolam
Morphine	Nicardipine
Nomégestrel	Oestradiol 17-Béta
Ofloxacin	Oméprazole
Ondansétron	Ortézomib
Paracétamol	Peg Interféron-Alpha 2a
Prednisone	Pristinamycine
Progestérone	Proguanil + Atovaquone
Propranolol	Pyrazinamide
Quinine	Ramipril
Ribavirine	Rifampicine
Ritonavir	Rituxima
Salbutamol	Sertraline
Simvastatine	Spironolactone
Sumatriptan	Tamoxifène
Ténofovir	Tramadol
Trinitrine	Valacyclovir
Valproate De Na	Vérapamil
Vincristine	Vitamine B12
Vitamine D3	Warfarine

Note n°5 : Lors des essais cliniques, les médicaments essentiels sont les meilleurs comparateurs

En dehors de leurs indications thérapeutiques, les médicaments essentiels (ME) ont d'autres fonctions. Dans cette note nous évoquons la fonction référentielle

qui doit leur être assignée. Si pour une indication donnée, ils ont effectivement un rapport bénéfice/risques plus favorable que les autres médicaments, dont ils partagent les indications, ils sont logiquement les meilleurs choix comme médicament de référence lors des essais cliniques comparatifs. Tout nouveau médicament candidat pour accéder au marché devra donc faire la preuve par comparaison avec le ME de référence – soit d'un bénéfice plus grand, soit des risques moindres, soit des deux à la fois. Et ce de façon répétée, lors d'études cliniques sur des séries de patients randomisés suffisantes et indépendantes les unes des autres. Toutes choses impliquant la rigueur des conditions méthodiques concernant les biais repérés que les cliniciens chercheurs ont pour tâche d'éviter. Cette fonction de référence doit être un des critères majeurs exigibles par les comités d'éthique soucieux de remplir scrupuleusement leur office. Cette exigence permettra par étapes successives de faire accéder au statut de ME tout nouveau médicament, qui au terme d'une série d'essais se montrerait supérieur à un ME de la liste. Toute autre façon de faire serait porteuse de préjudice au détriment des patients participants aux essais et plus encore au détriment de tous les patients auxquels serait prescrit un médicament aux mérites contestables. Les comités d'éthique et les associations de malades devront user de vigilance pour contribuer à prévenir les essais fautifs en se référant chaque fois que nécessaire au ME existant.

Les ME sont aussi des substances stratégiques. Aujourd'hui on observe que de plus en plus de firmes multinationales ont externalisé la production de substances actives médicamenteuses. La place occupée par des producteurs en Inde, en Chine ou au Brésil augmente d'année en année. Peu à peu les industries occidentales laissent échapper leurs capacités de production et leurs savoirs faire. Ceci expose gravement les populations de nos pays en cas de crises politiques et/ou économiques aux risques de rupture des approvisionnements⁽²⁴⁾. Ce qui serait sans importance pour des médicaments non essentiels, aurait une importance vitale pour les ME. Il faut donc sans tarder constituer des stocks de sécurité et relocaliser la production des substances actives de la liste de ME dans les pays européens. L'autorité publique compétente doit sur ce sujet exercer sa responsabilité dès maintenant.

²⁴ Matières premières pharmaceutiques, Mondialisation et Santé publique, http://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_MatiEres_premiEres_pharma_Conseil_22.06.2011_%

Note n°6 : Les médicaments essentiels et la liberté de prescription

Deux questions ont été posées de façon répétée au cours des trop rares débats sur les médicaments essentiels (ME) :

1. Devront-ils être remboursés à 100 % à tous les patients par l'assurance maladie obligatoire ?
2. Seront-ils opposables, c'est-à-dire leur prescription doit-elle suivre une injonction autoritaire de l'assurance maladie ?

À la première question, nous sommes tentés de répondre non, pour toute une série de raisons, alors que dans un premier élan nous aurions répondu affirmativement. Les ME appartiennent ou devraient tous appartenir à la catégorie remboursée à 65 % ou à 100 % si leur prescription se fait dans le cadre d'une affection de longue durée ou d'une maladie professionnelle reconnue ou d'un accident du travail. Le reste à charge indirect (assurance maladie complémentaire) ou direct, soit 35 % du prix de vente en officine suivra les fluctuations du prix des médicaments génériques, qui constituent la majorité des éléments de la liste des ME. La décision concernant le prix des génériques est d'une grande simplicité.

L'option politique est la suivante :

- a) Maintenir un prix élevé des génériques en puisant dans les ressources des patients. Au risque de voir les patients à faible revenus ne pas se traiter si cette dépense dépasse leurs ressources disponibles. Ces prix élevés sont imposés par le gouvernement aux citoyens pour les contraindre à être solidaires des actionnaires des entreprises pharmaceutiques qui n'ont pas encore eu l'audace d'expliquer la contrainte incontournable des salaires de ses cadres supérieurs et le montant démesuré des dividendes distribués aux détenteurs du capital.
- b) L'autre option politique serait de fixer le prix des ME à un niveau proche du coût marginal (prix sortie d'usine), c'est-à-dire très bas.

À la seconde question : seront-ils opposables ? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative. La seule chance de voir les ME progressivement occuper une large place dans les prescriptions des généralistes d'abord, puis des spécialistes dans un second temps est de trouver les arguments capables de convaincre. Mais surtout sans contraindre. Dans leurs rapports avec l'assurance maladie obligatoire, les praticiens ont, à tort ou à raison, le sentiment d'être soumis à des pressions et qu'ont les exploite.

L'implantation durable de la pratique de prescrire en priorité les ME pour 95 % des ordonnances doit pour réussir être l'objet d'un effort majeur de promotion auprès des prescripteurs d'abord, mais aussi auprès de tous les professionnels de santé et des patients. Cet effort doit valoriser les médicaments sélectionnés par tous les moyens disponibles en utilisant les seuls arguments prouvant l'efficacité thérapeutique, la bonne connaissance des effets secondaires indésirables. L'opinion consensuelle positive des médecins indépendants des pressions exercées par les entreprises commerciales et industrielles est bien entendu un élément déterminant. Ces médicaments doivent être mis en valeur par l'excellence de résultats sur la santé, bien plus que par la modestie de leur prix de vente. Les deux sont cependant des atouts majeurs.

Bien sûr cette excellence dépend aussi largement de l'usage qui en est fait, c'est-à-dire de l'opportunité de leur prescription et de la qualité professionnelle du médecin face à son patient. Mais il est parfaitement clair qu'un petit nombre de médicaments, rassemblés dans une liste numériquement limitée, seront mieux maîtrisés par les médecins que des médicaments plus récents, mal étudiés, trompeusement décrits, affublés de qualités non prouvées, destinés souvent à être retirés, parce que d'un usage dangereux tardivement découvert. C'est pour parvenir à supplanter ces médicaments inutiles, qui encombrant les pharmacies, la tête des médecins et contribuent à réduire la confiance qu'il faut placer dans des produits beaucoup moins nombreux, mais minutieusement choisis.

Note n°7 : Les médicaments essentiels et l'innovation pharmaceutique

La publication dans notre pays d'une liste de médicaments essentiels (ME) aura-t-elle une incidence sur l'innovation pharmaceutique⁽²⁵⁾ ? Si cette publication demeure un fait isolé, noyé dans la masse considérable des publications, on peut assurément répondre par la négative. Si elle est accompagnée et suivie d'efforts concertés pour faire, bien connaître le processus entamé et ses conséquences éventuelles, nous pensons

²⁵ Selon la Société Internationale des Revues Indépendantes sur le médicament, le terme d'innovation recouvre trois concepts : 1- le concept commercial qui désigne n'importe quel produit nouvellement commercialisé ; 2- le concept technologique qui se rapporte aux innovations industrielles ; 3- le concept de progrès thérapeutique qui prend en compte les nouveaux traitements qui apportent un bénéfice aux patients par comparaison aux traitements existants. Ici nous ne prenons en compte que ce dernier concept.

que cette liste de ME peut être un facteur réel dans la reprise de cette innovation progressivement tombée en panne depuis le début des années 1980.

Deux ordres de faits sont à considérer :

Ces ME, sélectionnés par les cliniciens pour leurs rapports bénéfices/risques les plus favorables aux patients dans 95 % des situations pathologiques, vont s'imposer comme médicaments de référence⁽²⁶⁾ dans les essais cliniques comparatifs⁽²⁷⁾. Aujourd'hui ces essais sont conçus pour favoriser par tous les moyens des médicaments dont la valeur innovante est très rare et les avantages objectifs pour les patients encore plus rares⁽²⁸⁾. Ceci porte un préjudice indiscutable aux patients qui acceptent de participer à ces essais. Ultérieurement ce préjudice sera répercuté sur l'ensemble des patients qui prendraient ce nouveau médicament, au cas où il obtiendrait une AMM (autorisation de mise sur le marché). Hélas jusqu'à présent, ni les comités d'éthique et de protection des patients, ni les commissions d'AMM ne sont intervenus dans le choix des médicaments de référence, faute d'avoir disposé d'une telle liste de médicaments de référence⁽²⁹⁾.

L'existence d'une liste de ME interviendra aussi d'une façon moins directe. L'innovation ne dépend pas seulement de la possibilité d'utiliser les techniques les plus récentes au cours de la recherche, mais aussi de la diversité des questions et des hypothèses que les chercheurs étudient. Les ME sont les médicaments qui ont réussi à s'imposer face à la multiplicité de médicaments plus récents, conçus dans un contexte scientifique, certes plus récent, mais non confirmé dans les faits sur le terrain clinique. Les historiens de la médecine, des sciences et des idées auront la tâche de nous aider à comprendre pourquoi la période comprise entre 1935 et 1975 fut si riche en innovations authentiques. La liste de ME sera donc pour eux un document de grande valeur pour retrouver les conditions des inventions majeures.

²⁶ Les médicaments de référence, dans un essai clinique comparatif, sont les médicaments prescrits aux patients des groupes témoins.

²⁷ Essais de phase III, au cours des demandes d'autorisation de mise sur le marché.

²⁸ Les agences des médicaments dans les différents pays, ou l'agence européenne des médicaments, n'ont aujourd'hui aucun critère pour le choix des médicaments de référence présentés dans les dossiers des essais cliniques comparatifs.

²⁹ Il faut noter que la commission d'AMM en France n'est saisie du dossier qu'après l'essai clinique. Elle est mise en présence d'un fait accompli. C'est lors de la rédaction du protocole que le choix du médicament de référence doit être justifié, s'il n'est pas celui d'un ME, aux conditions optimales (doses, durée de prescription...) pour les patients.

Nous reviendrons ultérieurement sur les conséquences probables de l'application du concept de ME sur l'innovation pharmaceutique, car de bons esprits ne manqueront pas d'annoncer qu'ils vont sonner le glas d'une innovation déjà mourante. Rien n'est moins sûr.

Note n°8 : Médicaments essentiels et iatrogénie

Il serait logique de penser que la mise en application progressive dans les prescriptions médicales d'une liste restreinte de médicaments essentiels (ME) entraînerait *ipso facto* une baisse progressive de la pathologie iatrogène, jusqu'à atteindre l'étiage, le niveau le plus bas, inévitable, incompressible, en dépit des prescriptions les meilleures enfin offertes aux malades par des médecins expérimentés et indépendants⁽³⁰⁾. Nous n'en sommes pas là, tant s'en faut. Est-ce un objectif impossible à atteindre, une utopie? Les meilleurs médicaments, sélectionnés pour leur rapport bénéfices/risques très favorable, même entre les mains les plus expertes, seront, à l'occasion, responsables de troubles iatrogènes. Ces « dommages collatéraux » sont inhérents au caractère commun à tous les médicaments : leur capacité à interagir avec l'organisme. Ou pour être plus précis avec l'ensemble organisme – microbiote. Ces interactions sont donc indissociables de l'efficacité médicamenteuse.

Faire le choix raisonné d'utiliser en toute priorité les ME n'implique nullement que l'on puisse naïvement croire qu'il existerait des médicaments dépourvus de risques iatrogènes. Rappelez-vous ces anti-inflammatoires dont on disait qu'ils avaient les qualités des Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens, sans en avoir les risques. Cette famille de médicaments (anti-Cox2) était disait-on pleine de vertus et exempte de vices. Diable!

Donc nous sommes bien d'accord, la prescription prédominante et généralisée des ME ne permettra pas aux médecins d'éliminer les risques iatrogènes⁽³¹⁾. Il ne faudra pas baisser la garde et être moins vigilants. Bien au contraire, il faudra renforcer de soin et d'attention.

³⁰ Pour avoir plus de précisions chiffrées sur les risques iatrogènes, nous recommandons le numéro spécial de la Revue Prescrire: Petit Manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique <http://www.prescrire.org/Fr/101/327/PositionsList.aspx>

³¹ Rappelons qu'une liste restreinte de ME doit nécessairement être associée à une liste complémentaire plus étoffée.

Ce que l'on gagnera à avoir choisi les ME, laissera l'esprit plus libre pour mieux prescrire, éviter les associations hasardeuses, les ordonnances inutilement surchargées en médicaments empilés au petit bonheur la chance sur l'organisme fatigué et rendu mal tolérant des sujets âgés, ce qui n'est jamais une excuse pour faire feu tous azimuts. En clair, l'usage de ME non seulement ne s'accommodera pas d'une médecine bâclée, mais bien plutôt d'une pratique plus lente, plus instruite et d'une méthode de parcimonie voulue, calculée. La plupart des patients y trouveront leur compte. Toutes les enquêtes faites depuis des années confortent l'idée que les sur-prescriptions ne sont que rarement liées à l'insistance des malades et qu'elles dépendent bien plus de la conclusion hâtive d'une consultation trop brève.

En bref utilisez une liste restreinte de ME dont chacun des composants mieux connus des prescripteurs comporte des risques iatrogènes bien maîtrisés. Surtout ne pas se contenter du choix des ME, mais mettre en place une évaluation permanente individualisée qui vise à voir si l'on peut réduire les complications iatrogènes au strict minimum. Il y a là un des grands chantiers de la prévention. Ne confondons pas l'hypothèse avec ce que nous souhaitons si nous voulons que cette hypothèse ait une chance de devenir une réalité fondée sur des preuves indiscutables.

Note n°9: Lettre au docteur X qui a remarqué un manque sur la première liste de médicaments essentiels

Cher Confrère, chère consœur,

Je suis convaincu qu'il y a beaucoup à dire sur cette liste qui vous a été communiquée avec la note n°4. C'est une première ébauche qui est encore loin d'être opératoire. Depuis elle a été validée par une centaine d'internistes. Un processus parallèle est en train de s'achever avec le concours de généralistes. Quand chaque liste aura été validée, il y aura une fusion des deux listes qui exigera bien des négociations. Au terme de cette étape, les spécialistes qui n'ont pas encore été sollicités, seront appelés à contribuer à l'amélioration d'une liste qui demeurera restreinte. On sera encore loin du compte, et il sera nécessaire alors de faire appel à des épidémiologistes pour trouver les limites approximatives du domaine des médicaments essentiels (95 % des patients); les autres patients étant destinés à recevoir des médicaments puisés dans la liste

complémentaire, qui devra être bientôt mise en chantier ou hors listes.

Nous vous tiendrons informé des résultats des principales étapes tout au long du parcours.

Le processus est laborieux, mais il est en route. Inévitablement à tout moment chacun de nous éprouvera des insatisfactions et des frustrations occasionnelles. Comment parviendrait-on à un consensus universel! C'est pourquoi dès maintenant nous avons conçu que la liberté de prescriptions demeurera indispensable. Si l'on veut vraiment que cette opération réussisse, il conviendra :

- 1) de faire participer un nombre croissant de confrères expérimentés (peut être ayant un certain temps de pratique) à l'élaboration critique de la liste,*
- 2) de faire appel à des groupes travaillant sur les niveaux de preuve du rapport bénéfique/risque, parmi les critères de choix sélectif des médicaments essentiels,*
- 3) de maintenir une exigence d'indépendance de tous ceux qui participeront volontairement à cet effort de remise en chantier permanente d'une liste de médicaments essentiels, et d'une liste complémentaire. Et ce sans jamais introduire une contrainte excluant des médicaments, sauf dans les cas avérés d'un rapport bénéfique/risque très défavorable. Mais ceci demeurera de la responsabilité des autorités publiques.*

Seuls des prescripteurs convaincus pourront parvenir à rendre efficace cette démarche. Une liste restreinte de médicaments essentiels est à l'œuvre depuis plus de dix ans en Suède. Nous aurons à apprendre beaucoup des confrères suédois.

Nous sommes persuadés que petit à petit le concept et la pratique des médicaments essentiels seront accaparés par des confrères très différents et que ceci conduira à un renouvellement des modes de prescriptions qui échappera aux initiateurs. J'ose croire ce genre d'évolution souhaitable et bénéfique pour les patients, qui eux-mêmes ne resteront pas indifférents à ce processus.

Vous voyez cher confrère que votre critique m'incite à vous répondre. Le but de notre démarche est audacieux. Raison supplémentaire de faire un effort pour être prudent.

Très confraternellement vôtre

*D^r Jean-Claude Salomon
Février 2015*

Note n°10 : Comment imaginer la production et la consommation de médicaments essentiels ?

Nous savons que la production et la prescription extensive de médicaments essentiels (ME) ne sont pas une utopie puisqu'elle existe en Suède. Nous savons aussi que la Suède n'est pas un pays identique à la France. C'est une banalité de le constater. Ce serait une erreur de ne pas recenser pour l'usage des ME ce qui est proche en Suède et en France et ce qui sépare les deux pays. Chemin faisant, il serait contre-productif de ne pas envisager dès maintenant l'instauration des ME en France, sans faire l'effort d'élargir le projet à l'Europe. En songeant par exemple à établir une *coopération renforcée pour la production et la consommation de ME*.

Mais n'allons pas trop vite, gardons les pieds sur terre. *Qui trop embrasse mal étreint*. Comment peut-on implanter les ME sur le marché dominé par les firmes pharmaceutiques multinationales ? C'est une question majeure qu'il n'est pas trop tôt pour poser. Peut-être y a-t-il des options diverses appelant à choisir une ou plusieurs d'entre elles. Nous n'en proposerons qu'une, tout en espérant que parmi nos lecteurs il y en aura, imaginatifs et pragmatiques, qui sauront dessiner une autre manière de faire.

Voyons l'offre immédiate. Pour entreprendre contentons-nous d'établir une entreprise de l'économie solidaire et sociale, à but non lucratif, capable de gérer une coopérative d'achat et de distribution, centrée sur la liste des ME, aussitôt qu'elle aura atteint le niveau de maturité nécessaire pour répondre effectivement aux besoins de la grande majorité des patients et des prescripteurs. D'autres formules peuvent être envisagées. Mais les seules qui ne conviendraient pas seraient celles qui donneraient la priorité aux objectifs commerciaux et financiers. En accordant la priorité à la santé des patients et de la population, le concept ME devient fondateur d'un modèle différent des modèles à la mode : blockbusters et niche busters, dont la logique est de maximiser le retour sur investissement pour les actionnaires. On pourrait ajouter : quoiqu'il en coûte par ailleurs.

En utilisant la liste de ME, on peut raisonnablement escompter une diminution de la consommation totale de médicaments prescrits. Il faudrait donc que l'effort de promotion incite les médecins à prescrire moins de médicaments par ordonnance, à réduire le rapport nombre d'ordonnances/nombre de consultations, à

ramener la durée de chaque prescription au temps optimal. Ce qui aura pour conséquence une réduction de la consommation globale dans le pays. Dès maintenant il faut s'interroger sur les conséquences probables sur l'emploi dans cette filière industrielle. Cet aspect des ME doit être pris en considération. Mais il serait criminel au nom d'intérêts financiers ou au nom d'intérêts corporatistes ou des deux, de prétendre défendre contre la santé des citoyens la consommation excessive responsable trop souvent d'une morbidité et/ou d'une mortalité accrue. Nous reviendrons de façon plus précise sur les moyens à envisager sans plus tarder pour prévenir les pertes d'emplois.

Nouveaux métiers, nouveaux services et enjeux de pouvoir : les infirmières cliniciennes spécialisées

Par le D^r Alain Beaupin, médecin directeur du centre municipal de santé de Vitry

Le projet de Loi de santé présenté par le gouvernement à l'automne 2014 a placé dans l'actualité l'hypothèse de la création de nouvelles professions, intermédiaires entre les professions paramédicales de niveau bac +3 et les professions médicales, de niveau bac +9 à 12 pour les médecins. Ces nouvelles professions viennent compléter les spécialités existantes comme les infirmières puéricultrices ou encore les infirmières anesthésistes, disposant pour cette dernière d'une exclusivité d'exercice, certains actes spécifiques lui étant attribués. Nous nous intéresserons ici à l'infirmière de pratique avancée, dite encore infirmière clinicienne spécialisée, de premier recours, intermédiaire entre l'infirmière et le médecin généraliste exerçant dans le cadre du salariat en centre de santé.

Nouveaux métiers dans les centres de santé

La proposition de création d'une nouvelle profession d'infirmière clinicienne spécialisée a été accueillie avec intérêt au sein des équipes des centres de santé, notamment dans les centres de santé municipaux qui disposent dès à présent d'effectifs infirmiers significatifs.

Des équipes traditionnellement innovantes

De longue date, ces équipes de centres de santé ont essayé d'imaginer des services innovants adaptés aux besoins des patients, basés sur l'apport de l'équipe infirmière. Ces services s'inscrivent notamment dans la gestion des demandes de soins non programmés, le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques, le maintien à domicile, les vaccinations, la prévention. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération est venue légitimer ces pratiques, en contribuant au financement de ces services, jusque-là portés quasi exclusivement par les communes. Les protocoles de coopération, dits article 51, prévus par la Loi HPST ont ouvert la possibilité de transférer à des auxiliaires médicaux des actes qui étaient jusqu'alors le monopole des médecins. Cinq ans après leur entrée en vigueur, ils ont très peu été utilisés. Pour l'essentiel, à ce jour les pratiques infirmières innovantes en centres de santé de premier recours ne sortent pas du cadre réglementaire fixé par le décret de compétences infirmières.

Innovation dont les centres de santé sont de longue date les porteurs, ces pratiques en équipe pluri-professionnelle en centres de santé s'appuient sur un dossier médical partagé, désormais presque partout informatisé, commun aux paramédicaux et au corps médical. Les droits d'accès au dossier patient des infirmières et des médecins sont très proches, parfois même identiques comme au centre de santé de Vitry (94).

Des besoins de formation continue

Ces nouvelles pratiques en centres de santé ont fait émerger de nouveaux besoins de formation. En l'absence de formation initiale adaptée aux pratiques en équipe pluri-professionnelles, c'est la formation continue qui est exclusivement mobilisée, soit au sein des équipes, le plus souvent de façon informelle par échanges au sein de l'équipe, parfois de façon organisée et formalisée (staffs, réunions de type RCP, retour d'expérience, synthèses médico-infirmières, etc.), soit dans le cadre de formations présentiels ouvertes à plusieurs équipes comme celles proposées par la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé⁽³²⁾ dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), voire encore dans le cadre réglementé des formations à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Questions en suspens autour des nouveaux métiers

Avec cette proposition de création d'un nouveau métier de pratique avancée, il s'agira donc pour chaque équipe de décider comment elle va intégrer en son sein un ou plusieurs nouveaux membres disposant de compétences différentes. Et de faire que ces compétences, si elles se vérifient à l'usage, fassent progresser le service global aux patients. Au préalable, il aura fallu résoudre plusieurs questions : quel cadre d'emploi et quelle rémunération pour ce nouveau métier ? Quelle évolution de carrière ? Quelle formation continue pour garantir le maintien des compétences et leur évolution pendant toute la carrière ? Quelle tarification pour les

³² <http://www.fedeforma.org/>

actes délivrés ? Et bien d'autres qui ne disposent pas de réponse à ce jour.

Les métiers intermédiaires émergent dans un contexte professionnel bien documenté

Pour prendre la mesure de ces métiers intermédiaires, sans doute faut-il s'attacher à comprendre le cadre général dans lequel s'inscrit cette innovation et, au-delà des équipes de centres de santé, identifier les motivations des acteurs engagés dans la promotion de ces nouveaux métiers. À la suite des sociologues Françoise Acker et Anne-Marie Arborio⁽³³⁾ on relève que le combat pour la création de nouveaux métiers ouverts aux infirmières répond à un désir légitime d'ascension sociale, exprimé par le corps infirmier. À ce jour, seule l'orientation vers des fonctions managériales telles que cadre de santé ou directeur des soins autorise cette évolution, au prix d'un abandon de la fonction de soignant au contact avec le patient, et de la légitimité que confère cette fonction.

Le care contre le modèle biomédical

Cette revendication s'inscrit également dans une « stratégie professionnelle d'occupation de territoires délaissés par la médecine technicienne, en mettant en avant la notion de care et non de cure⁽³⁴⁾ ». Elle s'accompagne de la revendication d'un « doctorat en sciences infirmières » qui n'existe pas en France à la différence du Canada, de l'Australie ou du Danemark revendication qui a fait l'objet d'un colloque organisé le 28 novembre 2014 par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP)⁽³⁵⁾. Les paramédicaux peuvent accéder à des doctorats en sciences, y compris sciences humaines mais comme le relèvent les participants à ce colloque « rien n'est prévu pour une carrière hospitalo-universitaire sur le modèle de celle des médecins⁽³⁶⁾ ».

L'on souscrit volontiers ici à l'analyse qui sous-tend cette démarche, assurer la prééminence du care. En effet, la médecine technique a envahi la médecine au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, s'attaquant de plus en plus intimement à la maladie, et perdant de vue, de plus en plus, le malade dans son individualité, sa vie personnelle et son être social. Le diagnostic est connu, il est ancien. Selon la formule de

Maurice Abiven grand médecin humaniste, en entrant à l'hôpital le malade vient y voir des médecins, tandis que le médecin vient y voir des maladies⁽³⁷⁾.

Le biomédical contre la médecine

Maurice Abiven critiquait avec une certaine vigueur une conception du soin qui voulait que les médecins se cantonnent à la maladie, délaissant l'humain. Il ne partageait pas l'idée que l'humain pouvait être délaissé et sous-traité à d'autres que les médecins. « Si tous les médecins étaient simplement polis, quel pas serait franchi dans l'humanisation des hôpitaux⁽³⁸⁾ » pouvait-il écrire il y a bientôt quarante ans. À l'évidence, des progrès ont été accomplis, mais que de chemin reste encore à faire. Bien qu'ayant perdu de sa superbe, le modèle biomédical reste dominant.

Le concept d'infirmière clinicienne spécialisée s'inscrit aussi en résonance avec des débats au sein de la profession médicale, dans lesquels une partie de la médecine générale est en première ligne, avec quelques alliés de-ci de-là dans les spécialités d'organe, voire même dans les spécialités à plateau technique. La question n'est plus d'humaniser la médecine, mais de savoir sur quels alliés peuvent compter ceux qui en son sein mènent ce combat, replacer l'humain au cœur de la médecine.

Les ambiguïtés du combat pour les sciences infirmières

Dans ce combat pour l'humain, nous sommes tenus de relever l'ambiguïté du positionnement des défenseurs de l'autonomie des sciences infirmières. Lors d'un récent colloque consacré à l'enseignement des sciences infirmières⁽³⁹⁾ on note que seuls 3 participants sur 50 soit 6 % se présentent comme infirmières en exercice, 4 participants soit 8 % sont étudiants en soins infirmiers, tandis que 30 participants soit 60 % sont présentés comme cadres de santé ou directeur des soins. Les autres participants occupent diverses fonctions de responsabilité dans l'encadrement ou l'enseignement. C'est donc un fait, l'immense majorité des participants à un colloque de référence consacré aux « contenus et stratégies » de l'enseignement des sciences infirmière en France ne pratique pas directement la science infirmière auprès du malade.

³³ Françoise ACKER, Anne-Marie ARBORIO, Infirmière et aide soignante, in Dominique LECOURT, Dictionnaire de la pensée médicale, p. 646-652, PUF, 2004.

³⁴ id. p.651

³⁵ Sandrine CABUT, Des infirmières à têtes chercheuses, LE MONDE, 08.12.2014

³⁶ id.

³⁷ Maurice ABIVEN, Humaniser l'hôpital, Fayard, 1976, p.74

³⁸ id.

³⁹ L'enseignement des sciences infirmières en France, Séminaire 3 et 4 octobre 2014, in Recherches en Soins Infirmiers, n° 119, 2014/4, ARSI, p. 41.

Les sciences infirmières, sans la médecine

Fort logiquement les actes du colloque témoignent du souci d'autonomie des sciences infirmières vis-à-vis de la médecine. C'est ainsi que la recherche du terme « médecine » dans le texte intégral des actes renvoie quatre occurrences seulement. Aucune ne témoigne d'une volonté de rechercher les articulations entre les deux disciplines. Bien au contraire, il s'agit pour les auteurs de démontrer l'autonomie de la science infirmière : « Florence Nightingale (...) contribue à une meilleure distinction entre les soins infirmiers et la médecine⁽⁴⁰⁾ » ou encore de cantonner les apports de la médecine à ceux d'une discipline parmi d'autres, au sein d'une énumération : « dans sa pratique, l'infirmière mobilise des savoirs issus de champs théoriques variés (sciences infirmières, médecine, pharmacologie, psychologie, sociologie, anthropologie, etc.⁽⁴¹⁾) ».

Dans cette perspective d'autonomie de pensée de la discipline, une problématique nouvelle ne manque pas de surgir et de questionner l'observateur : comment faire travailler en équipe des professionnels aux compétences différentes, disposant chacun dans leur domaine d'une légitimité incontestée ? Comment garantir que l'action des deux acteurs serait systématiquement congruente et synergique ? Et en cas de désaccord quelles seraient les modalités d'arbitrage ? La recherche du mot équipe au sein des actes du colloque renvoie six occurrences, mais aucune n'a trait à la notion d'équipe médicale et infirmière et encore moins à la régulation de cette équipe.

Des relations complexes avec les logiques managériales

On trouve une ébauche de réponse à cette question de l'arbitrage entre deux professions indépendantes sous la plume d'Eliot Freidson. Il observe que l'infirmière s'allie avec l'administration pour échapper au pouvoir hiérarchique médical. « L'infirmière aux États-Unis cherche à s'aligner sur l'administration hospitalière et à trancher les liens qu'elle a avec la médecine proprement dite. Elle réagit ainsi, semble-t-il, au moins pour une part contre ce qui entrave sa mobilité : elle ne peut échapper au pouvoir des médecins tant qu'elle reste affectée aux tâches cliniques ; en devenant personnel administratif, elle y parvient⁽⁴²⁾. » Cette observation de Freidson,

publiée en 1970 et réalisée aux États-Unis témoigne d'une évolution qui se poursuivra en France jusqu'à nos jours telles que la décrivent Acker et Arborio⁽⁴³⁾. « Avec l'introduction à l'hôpital, en 1975, de la fonction d'infirmière générale qui a en charge le recrutement, la formation continue du personnel soignant, l'organisation du travail, le contrôle du personnel infirmier échappe alors en grande partie au personnel médical qui n'est plus seul à décider du choix de la surveillante d'un service. À partir de là, une partie de l'encadrement, surveillantes générales et directeurs des soins, s'inscrit de plus en plus dans une démarche managériale. Au début des années 2000 cette tendance se radicalise avec le regroupement en un seul corps des cadres des filières de soins, rééducation et médico-technique. La logique managériale l'emporte dès lors sur la logique de métier et de filière professionnelle.

Des réponses aux besoins des patients plutôt qu'à ceux des managers

Il n'est pas anodin de relever que dans le débat engagé au sein des centres de santé sur l'opportunité d'y importer de nouveaux métiers, les expressions les plus favorables venaient des rangs de ceux qui y exercent des fonctions de management. Autre observation, on entend parfois dire qu'en matière de professions intermédiaires il n'y aurait qu'à transposer ce qui se fait à l'étranger, puisque « dans ces pays ça marche la littérature l'a montré. » Outre que la littérature scientifique médicale à impact factor élevé n'est pas très habile à apprécier en finesse les résultats des actions d'organisation des soins dans la vraie vie des patients, on se gardera de transpositions hâtives. C'est Dominique Polton qui, à propos de l'efficacité comparée des différents modèles d'organisation des soins, écrit : « il faut donc éviter de vouloir trop rapidement transposer des schémas, dont la réussite suppose un long processus préparatoire, qui se compte en décennies, et s'inscrit dans une trajectoire, une culture, des institutions spécifiques⁽⁴⁴⁾. » Cette manière de voir nous semble assez adaptée à notre sujet.

Les rapporteurs de 2011 sur les nouveaux métiers de niveau intermédiaire⁽⁴⁵⁾ ont attiré l'attention du ministre de la santé de l'époque, Xavier Bertrand, sur une clarification « aux enjeux considérables » qui selon eux s'imposait. Ils écrivaient ainsi : « Il s'agit en particulier :

⁴⁰ id p. 14

⁴¹ Formulation retrouvée sous une forme quasi identique à deux reprises dans le texte, p. 19 et p. 29.

⁴² Eliot FREIDSON, Profession of Medicine, Harper et Ross, New-York, 1970, traduction française préface de Claudine HERZLICH, La profession médicale, Payot, Paris, 1984, p.75.

⁴³ Françoise ACKER, Anne-Marie ARBORIO, op.cit., p. 650

⁴⁴ Dominique POLTON, La santé pour tous ? Collection Doc en poche place au débat, La documentation française, Paris, 2014

⁴⁵ Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Laurent HENART Yvon BERLAND Danielle CADET-Janvier 2011.

1. *d'éviter de reproduire, avec les nouveaux métiers en santé, les travers unanimement constatés avec le métier de médecin dont certaines activités ne correspondent pas à une formation de niveau bac + 9 ou bac +11 ;*
2. *d'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier un peu plus un paysage qui l'est déjà ;*
3. *de ne pas multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient (y compris à domicile), à un moment où la fluidité de la prise en charge est plus que jamais nécessaire*
4. *de s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers. »*

Un contexte politique qui incite à la vigilance

Nous faisons volontiers nôtres ces recommandations, en insistant particulièrement sur la dynamique de complémentarité et non de concurrence qui doit régner au sein des équipes. Ces recommandations conservent toute leur actualité dans le contexte politique général dans lequel cette réforme est annoncée. L'infirmière spécialisée clinicienne est en effet portée par une Loi de santé et une politique générale dont le point fort n'est pas sa capacité de susciter l'adhésion des professionnels concernés. La profession médicale de ville reste arc-boutée sur la défense d'une représentation d'elle-même désuète et pour l'essentiel fictive, celle d'une médecine dite libérale dans un environnement quasi totalement socialisé. La profession médicale dans son ensemble reste également dominée par un modèle biomédical désormais inadapté. L'heure est clairement au changement, dans le cadre d'une politique clairement annoncée et mise en débat. Mais il convient pour ce faire d'écarter sans complaisance la tentation d'arrangements de circonstance qui ne déboucheraient que sur des difficultés.

De la protection de la santé des salariés à l'aide aux employeurs pour la gestion des risques

par le D^r Khayi, médecin du travail

La médecine du travail issue au départ de la médecine légale puis devenue médecine de sélection pendant la guerre de 39-45, a été mise en place par Ambroise CROIZAT et Marcel PAUL en 1946. Conçue comme système universel de surveillance médicale de la santé des salariés, elle s'adressait à l'ensemble des salariés du pays. La mission affirmée dans le code du travail est d'« éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail » (CdT : L4622-2 et 3). Le médecin assurait la surveillance clinique des salariés et prescrivait les examens complémentaires dont la radio pulmonaire pour le dépistage de la tuberculose. Ces examens annuels visaient le dépistage précoce des pathologies en lien avec le travail. Les risques étaient essentiellement d'origine physique ou chimique (risques d'accidents ou d'intoxication).

1979 voit l'introduction du « tiers temps » : le médecin sort de son cabinet pour visiter les postes de travail ; il apparaît nécessaire à ce moment d'agir sur les postes de travail pour améliorer la santé des salariés. 1989 voit l'introduction de la prévention intégrée avec la directive européenne, les entreprises sont censées faire l'évaluation des risques professionnels.

L'évolution des organisations du travail fait émerger de nouveaux risques : aux risques physiques et chimiques s'ajoutent les risques « psychosociaux » ou plus exactement les risques de décompensations psychosociales devant les agressions de l'organisation du travail.

Les services de médecine du travail sont transformés en 2005 en services de santé au travail avec l'introduction de métiers nouveaux dédiés à la prévention mais hors du champ de la santé (les IPRP).

Les services sont financés et gérés dès le départ par des associations d'employeurs (associations loi 1901) ; 2011 voit une modification de la gouvernance avec l'introduction d'un pseudo-paritarisme : les salariés et les employeurs sont en nombre égal au Conseil d'Administration mais le président est un employeur et garde une voix prépondérante. Les infirmiers du travail

font leur apparition dans les services. Leur introduction est justifiée par la diminution dramatique du nombre de médecins formés. Cette pénurie programmée depuis les années 70 permet la démedicalisation des services et le remplacement par des personnels ne bénéficiant pas du statut de salarié protégé comme les médecins. En même temps, sont introduits les CPOM (contrat pluriannuel d'objectif et de moyen) ainsi que les projets de services approuvés par le CA ; l'indépendance du médecin est ainsi corsetée. 30 octobre 2014 : les propositions de simplification *administrative* pour les entreprises s'appêtent à achever la transformation de la médecine du travail en officine au service des employeurs pour gérer leurs obligations administratives en lien avec la santé et la sécurité.

Le rôle du médecin du travail : (Que fait le médecin du travail?)

Pour remplir sa mission de protection de la santé des salariés, le médecin partage son activité entre l'activité clinique (les visites médicales), l'action en milieu de travail (le tiers-temps) et diverses activités regroupées sous le terme d'activités connexes. Toutes ces activités doivent être orientées vers une unique préoccupation : protéger la santé des salariés et décrypter le lien éventuel entre le travail et les altérations de la santé constatées. Les visites médicales s'intègrent donc dans la prévention pour la santé comme un temps indispensable. Elles permettent au médecin de connaître la réalité du vécu des salariés sur leur travail. À l'heure où les directions sont déconnectées de la réalité du terrain, ce contact individuel et protégé par le secret médical, est un des rares moyens d'accéder à la réalité du travail. Il est donc profondément choquant de lire que ces consultations sont chronophages et qu'il faut donc les supprimer. Ces temps d'échange avec les salariés permettent d'informer le salarié sur les risques de son poste et les moyens de les prévenir, ce qui en fait donc un temps dédié à la prévention.

Ce recueil de données alimente aussi l'action sur les postes de travail. Cette connaissance (qui était plus fine quand l'ensemble des salariés étaient vus tous les ans) permet d'intervenir sur les problèmes

spécifiquement rencontrés dans l'entreprise et non en fonction d'un plan national ou régional qui tient plus du plan de communication que d'action réellement efficace. Mener des actions en entreprise sans avoir la connaissance précise de la réalité revient à demander à un chirurgien aveugle de mener à bien une intervention chirurgicale!

En retour, la connaissance des postes de travail que permet l'intervention du médecin dans l'entreprise, alimente la réflexion du médecin pour déterminer la nécessité pour un individu avec toutes ses particularités, son histoire, son vécu, ses faiblesses ou ses points forts, d'adapter le poste à ses capacités comme le prévoit encore le code du travail. Ces conclusions sont résumées dans un document qui est actuellement la fiche d'aptitude mais qui pourrait être une attestation avec les conclusions du médecin. Il faut noter que le code du travail précise que l'employeur est tenu de donner suite aux recommandations du médecin ou de préciser par écrit pourquoi il ne peut le faire. Est-ce parce que les personnes vues en embauche ne font l'objet d'aucune restriction qu'il faut en conclure que cette visite médicale et cet entretien ne servent à rien? Il serait sûrement plus judicieux de se poser la question de savoir comment libérer le salarié de la peur de perdre un emploi qui le pousse à cacher ses problèmes de santé et à se mettre ainsi en danger en empêchant le médecin de faire son travail. Ou encore comment libérer le médecin du choix entre laisser quelqu'un aggraver son état ou le précipiter dans la spirale infernale du chômage.

Le rôle du médecin du travail est donc d'agir sur le travail et non sur la personne; il soigne le travail pour protéger la santé du salarié.

Les mesures de simplification :

Sur les 50 mesures annoncées dans la Loi Macron, 2 concernent la santé au travail et 2 autres la sécurité des apprentis mineurs.

Visite médicale (mesure 21) :

La visite médicale est la partie la plus connue de l'activité des médecins du travail et de l'ensemble du service de santé au travail. Les employeurs n'y voient souvent qu'une formalité administrative ou au mieux, une garantie qu'il pourra faire travailler son salarié sans risquer d'être confronté à des difficultés liées à des problèmes de santé de celui-ci. Or, lorsqu'un médecin du travail remplit pleinement sa mission, la visite médicale devient un véritable moment de prévention

primaire contrairement à ce qui est présenté (actes chronophages aux dépens de la prévention!).

Ce rôle peut varier en fonction du type de visite :

- Visite d'embauche: informer le salarié sur les risques du poste; faire connaître le rôle du service de santé au travail.
- Visite périodique: surveiller l'état de santé et le relier aux conditions de travail; échanger sur les conditions de travail et le vécu du travail.
- Reprise et pré-reprise: adaptation ou aménagement du poste; recueil du vécu du salarié au travail.

La situation actuelle s'inscrit dans une pénurie organisée des médecins du travail (d'où la « formalité impossible » à laquelle sont confrontés les médecins). Le remplacement par des infirmiers ou infirmières pourrait permettre un recueil d'information dans le domaine de l'état de santé des salariés et sur leur vécu du travail; pour cela il est indispensable qu'elles soient formées sur cette spécialité. Il n'est pas du tout sûr que ce soit moins chronophage dans la mesure où le diagnostic revient au médecin qui doit pour cela intégrer les informations venant de plusieurs sources que sont les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire.

La simplification proposée consiste en la suppression des visites périodiques (sauf « métiers dangereux ») qui sont déjà largement laissées à la charge des infirmiers ou infirmières; le texte est très vague mais laisse la porte ouverte à un suivi ou un avis lors de l'embauche demandée au médecin traitant comme l'a suggéré le président de la République. On voit donc que les visites médicales sont conçues comme hors de la prévention (les visites périodiques sont chronophages et peu ciblées, au détriment de la prévention), ce qui montre la méconnaissance du métier de médecin du travail.

Quelle définition des métiers à risque peut-on envisager quand le plus fréquent est le risque de décompensation psychologique lié à l'organisation du travail particulièrement dans les entreprises de services (habituellement considérées comme sans risque!) ? Quel pourrait être le rôle du médecin traitant alors qu'il ne peut faire le lien avec le travail (il ne connaît pas le poste ni l'entreprise), quelle indépendance peut-il avoir dans les petits villages quand il connaît employeurs et salariés? Il ne peut faire vu sa position que de la médecine de sélection, ce qui est contraire à la déontologie, à l'éthique et contre-productif au

plan économique. D'autre part, le lien de proximité des salariés avec le service de santé au travail est rendu impossible par la multiplication des intervenants tout autant que par l'espacement des visites.

Aptitude/inaptitude (mesure 22) :

L'aptitude est une notion très ambiguë introduite en 1946 dans les décrets d'application. L'aptitude, conçue en soit comme une absence de contre-indication à occuper un poste et donc à en subir les expositions: elle est un non-sens. Conçue comme l'absence d'indication d'aménagement ou d'adaptation du poste, elle prend du sens au regard de la santé du salarié concerné. Elle ne change rien à l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur pour la santé de ses salariés. L'inaptitude au contraire, en permettant de soustraire un salarié d'une situation dangereuse pour sa santé, reste protectrice. La décision prise en accord avec le salarié, lui permet de rester acteur de sa santé quand il est informé des risques de son poste.

Le rôle du médecin du travail est de « *proposer des mesures individuelles (...) justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique ou mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions...* » (CdT: L4624-1). C'est bien cette obligation de tenir compte des avis médicaux qui, combinée à l'obligation de sécurité de résultat, gêne les employeurs. Il est souvent opposé aux médecins du travail que dans les TPE les employeurs n'ont pas la possibilité d'aménager les postes ou de reclasser les salariés; c'est certainement vrai quand il n'y a que 2 ou 3 postes; mais très souvent ces entreprises sont soustraites d'autres entreprises qui font les bénéfices sur leur dos et se déchargent ainsi de leurs obligations de reclassement.

Dans la réalité, il y a peu d'inaptitude en embauche; les salariés ne déclarent pas leurs problèmes de santé par peur de ne pas avoir de travail et peuvent ainsi mettre leur santé en danger. Mais le danger ne vient pas du salarié, il vient de la situation de travail à laquelle est exposé le salarié. Or, le Dr Fantoni Quinton, qui fait partie de la commission chargée de réfléchir sur l'aptitude avec le député M. Issindou, explique que le salarié qui omet de déclarer un problème de santé à l'embauche devrait porter une part de responsabilité en cas de dommage pour sa santé consécutif à son exposition à un risque dans son travail. On voit par là que le but de la médecine du travail devient de fait une sélection à l'embauche et plus du tout un exercice

tourné exclusivement vers une adaptation du travail pour la protection de la santé. En fait, les restrictions et aménagements sont souvent refusés ou non respectés et les inaptitudes pour raison de santé explosent (notamment pour décompensation psychique).

La simplification proposée consiste à « harmoniser les pratiques médicales » c'est-à-dire en fait à supprimer les restrictions et les aménagements; l'idée de définition de l'aptitude du MEDEF revient: *est apte une personne qui peut faire l'ensemble des tâches du poste*. Ceci ne laisse pas vraiment de place pour adapter le travail à l'homme! La médecine du travail serait transformée en médecine de sélection. On retrouve là une conception taylorienne du travail (*la bonne personne au bon poste*). La volonté affichée sans complexe est la sécurisation juridique des entreprises, la santé passe après la sécurité juridique de l'employeur. Que peut devenir pour le juge l'obligation de reclassement qui incombe jusqu'ici à l'employeur en cas d'inaptitude?

Apprentis mineurs :

Actuellement l'employeur doit demander une autorisation de travail sur machine dangereuse, elle est donnée par l'inspecteur du travail après l'avis du médecin du travail (en fonction de ce que celui-ci connaît de l'entreprise). De même il est interdit de faire travailler en hauteur un apprenti mineur sans moyens de prévention collectifs. Pour les adultes, ces moyens de protection collectifs sont obligatoires aussi mais il est possible de travailler sans cela si les conditions ne permettent pas leur mise en place; il faut alors que le salarié soit assuré par un harnais fixé à un point fixe ou une « ligne de vie »; c'est donc ceci qui est interdit aux jeunes apprentis. La simplification proposée dans les mesures 23 et 24 consiste à supprimer simplement ces restrictions. Les apprentis de 14 ans pourront donc travailler sur n'importe quelle machine avec une simple déclaration de l'employeur et un contrôle a posteriori par l'IT, quand celui-ci aura le temps et que la hiérarchie aura décidé de mettre ce thème dans le plan d'action!

Conclusion :

Fin de la médecine du travail :

L'adoption de ces mesures signerait la fin de la médecine du travail en tant que spécialité clinique médicale; alors que les plans santé affirment vouloir asseoir une politique de prévention, ces mesures couperaient la prévention dans les entreprises de tout ancrage dans la réalité du terrain. La prévention telle qu'elle est envisagée par ces mesures de simplification ne concerne

plus la santé des salariés mais la « sécurité juridique des entreprises ».

Déstructuration du système de protection de la santé et de la sécurité des salariés :

Les réformes de la médecine du travail qui l'affaiblissent et la détournent de la mission de protection de la santé, ne se déploient pas seules. Elles suivent la réforme des CRAM en CARSAT avec des réorganisations permanentes et un affaiblissement des moyens qui éloignent aussi les contrôleurs du terrain. Le troisième pilier de la protection des salariés en entreprise qu'est l'inspection du travail, est attaqué à son tour. Toutes ces structures vont être gouvernées par des plans d'action décidés par des instances déconnectées des entreprises et de leur réalité. Si l'on ajoute la réforme demandée des seuils sociaux, le lobbying sur les réglementations environnementales, on voit que tout cela fait système pour laisser les entreprises exploiter la main-d'œuvre sans aucune retenue.

Détournement des moyens de la prévention :

Les moyens des services de santé au travail sont dévoyés et détournés vers l'aide aux employeurs pour remplir leur obligation d'évaluation des risques professionnels et respecter leur obligation ; les services de santé passent de l'exercice d'une mission régaliennne confiée par l'État (la protection de la santé) à une mission d'ordre privé d'aide à la mise en place des obligations de l'employeur.

Cette évolution peut être confrontée aux évolutions du système de santé du pays ; elles laissent craindre un abandon des responsabilités régaliennes de l'état sur la santé alors qu'il s'agit d'un droit constitutionnel.

La santé de l'ensemble des salariés, ouvriers autant que cadres, est en danger !

Une politique industrielle du médicament par la mise en place d'un Pôle public du Médicament en France et en Europe

Par le D^r Fabien Cohen, chirurgien-dentiste

Avec plus de 21 milliards d'euros en 2009, les remboursements de médicaments représentent le premier poste de dépense des soins de ville. Dans les dépenses de soins de villes les dépenses liées aux médicaments ont augmenté de 108 % en 12 ans là où les dépenses remboursables des médecins généralistes ont augmentés de 5,3 % et les spécialistes de 44 %.

La croissance du déficit s'est nettement infléchie au cours des cinq dernières années, atteignant un niveau historiquement faible de 2 % en 2009. Ce ralentissement est lié à de nombreux facteurs, mais surtout aux mesures de régulation importantes :

- Maîtrise médicalisée, (contrôle des médecins)
- Baisses de prix négociés par le Comité économique des produits de Santé
- Inflexion des volumes, (conditionnement trimestriel)
- Développement des génériques
- Flux atténué d'innovation et de nouveaux médicaments.

Actuellement le taux de remboursement moyen est de 77,6 %, le montant total des remboursements du médicament s'élève donc au total (médecine de ville et autres) à 27,2 milliards. (*Source Améli.fr*). Ce niveau de remboursement historiquement faible amène nombre de Français à renoncer aux soins complémentaires mettant en danger leur propre santé sans régler le problème des déficits.

Il faut mettre fin à l'incohérence qui voit des médicaments, proposés au déremboursement par la commission de transparence pour des raisons de sécurité sanitaire, rester sur le marché. Il ne peut y avoir que deux figures possible : celui-ci est utile médicalement, et il doit être remboursé à 100 % ; ou cela n'est pas le cas et il ne peut s'agir d'un médicament, donc ne doit pas être pris en charge par l'assurance maladie.

Cette question du médicament renvoi plus largement à celle de sa recherche, production, distribution aujourd'hui entre les mains du privé, et notamment de la SANOFI, où de très nombreuses luttes ont été menées et se mènent encore par ses salarié-e-s et leurs

organisations syndicales, singulièrement la CGT. Début septembre, un nouveau rassemblement était organisé par les organisations syndicales de SANOFI-AVENTIS. Tout en rappelant le rôle et la place prépondérante de ce groupe pharmaceutique aux profits faramineux qui pour autant ne cesse de supprimer des emplois, il apparaît urgent d'imposer une maîtrise sociale de toute la filière médicament. Il n'y aura pas de politique alternative de santé, sans faire progresser l'impérieuse nécessité pour la société de se réapproprier cette chaîne de la santé, sans mettre en place un Pôle public du médicament en France et en Europe.

Sanofi est issu de la fusion de nombreux laboratoires pharmaceutiques français dont les principaux étaient Roussel Uclaf, Rhône Poulenc, Synthelabo, Sanofi et de l'allemand Hoechst. Sanofi représente 30 à 40 % du potentiel national (effectifs, sites, recherche et distribution, R&D...) de l'industrie pharmaceutique française dans notre pays. L'avenir du groupe et de ses activités en France conditionne l'avenir de l'industrie pharmaceutique française et constitue un élément incontournable de l'indépendance thérapeutique du pays. Le chiffre d'affaires de Sanofi dans le monde en 2013 a atteint 33 milliards € et devrait se situer à un niveau légèrement supérieur en 2014. Plusieurs médicaments de référence étant aujourd'hui tombés dans le domaine public, le chiffre d'affaires repart à la hausse. Le résultat net des activités a été de 6,8 milliards € en 2013 et les projections sur 2014 laissent envisager une progression de 5 % de celui-ci. La rentabilité est estimée par les économistes parmi les meilleures de l'industrie pharmaceutique dans le monde. Sanofi évolue entre la deuxième ou troisième place en termes de bénéfice du CAC 40 avec pour actionnaire principal l'Oréal. L'action Sanofi est en progression depuis 2009 et surperforme par rapport au CAC 40. Bien que le résultat net de 2013 soit en diminution, le montant des dividendes versés aux actionnaires en mai 2014 a progressé dépassant les 3,7 milliards €, auxquels s'ajoutent des rachats d'action pour 1,6 milliard € ; soit un coût total du capital en 2013 de 5,3 milliards €, représentant plus de deux fois celui de 2005.

Depuis l'arrivée de la nouvelle direction, les orientations mises en place visent la recherche des créneaux les plus porteurs financièrement, entre autres une diversification du groupe de plus en plus orientée vers la santé grand public et le « bien être », le positionnement sur les médicaments d'origine biologique considérés comme plus rentables car moins attaquables par les génériques et l'externalisation des risques de recherche vers l'extérieur. Cette stratégie s'accompagne d'un désengagement dans la recherche axée sur le développement des connaissances, tout particulièrement de la recherche chimique suivie d'un désengagement de l'ensemble des activités aval (production, distribution, promotion). C'est le cœur du métier qui est mis à mal. L'objectif étant pour les dirigeants d'assurer le maximum de rentabilité à court terme.

Le nombre de sites et les effectifs en France sont en baisse depuis 2009 et l'arrivée de la nouvelle Direction générale du groupe; ils répondent aux objectifs d'économies exigés par les actionnaires, présentés devant la presse financière: 2 plans mondiaux d'économie, chacun de plus de 2 milliards €.

Au total, c'est un solde net négatif de 4 014 emplois CDI (23 086 vs 27 100) en France de décembre 2008 à décembre 2013, dans tous les métiers du groupe (production, recherche, fonctions support, vaccins et opérations commerciales, affectant toutes les qualifications, chercheurs, ingénieurs, techniciens qualifiés, ouvriers qualifiés...). Ces chiffres ne prennent pas en compte les milliers d'emplois induits supprimés ni les 700 départs minimum en cours avec le plan de la recherche. Au total 8 sites ont été fermés en France, 2 ont été vendus avec des conséquences sociales majeures et deux sont en reconversion drastique:

- Recherche: fermetures des sites de Rueil (92), Bagneux (92), Évry (91), Labège (31); vente du site de Porcheville (78) qui aujourd'hui est en difficulté.
- Production chimique: fermeture de Romainville (93), fermeture de Neuville sur Saône chimie (69) avec reconversion partielle dans les vaccins, reconversion d'une partie de Vitry chimie (94) dans les biotechnologies, vente du site de mise en forme pharmaceutique de Colomiers (31).
- Sièges et fonctions centrales: fermeture du site de quai de la Râpée à Paris et d'un des deux sites de Gentilly (94).

Pour tenter de cacher la vérité de cette destruction de l'emploi, la Direction présente des chiffres faisant état de 25 082 CDI en France (décembre 2013), car elle comptabilise les effectifs des entreprises acquises en 2011 à savoir, Genzyme et Merial qui comptabilisent près de 2 500 salariés en France. Les effectifs de ces 2 entités commencent également à diminuer.

Si l'emploi en CDI chute fortement du fait des plans de restructuration, la direction augmente sensiblement l'emploi précaire. Fin décembre 2013, plus de 3 400 salariés étaient en CDD ou intérimaires dont la plupart sur des postes pérennes. Diverses actions, soit juridiques, soit de terrain de la Cgt ont conduit à des recrutements en CDI fin 2013 et début 2014 notamment chez Sanofi Pasteur, mais cela reste très insuffisant. SANOFI se désengage de la recherche interne (tout particulièrement chimique) en externalisant les recherches et les risques sur les biotechs, les institutions ou la recherche publique. En matière de Recherche, le premier plan de restructuration en 2009–2010 a conduit à 1 300 emplois supprimés en France. Le deuxième plan en 2014 à au moins 700 emplois supprimés dès septembre 2014. De fait, la part du C.A. consacrée à la R&D diminue ces dernières années pour passer sous la barre des 15 % contre plus de 17 %, quatre ans plus tôt. Elle devient une des plus faibles de l'industrie pharmaceutique mondiale.

Alors qu'une centaine de projets de recherche interne étaient travaillés en 2009, nous n'en avons plus qu'une trentaine en 2014 dans le cadre d'une focalisation exacerbée et d'une diminution catastrophique des moyens internes de recherche.

Avec le dernier plan touchant la R&D qui est mis en œuvre en 2014 :

- près de 700 salariés seront partis en septembre 2014, portant le total à 2 000 en 4 ans.
- une perte d'expertise dans tous les domaines de R&D jusqu'à une perte dans la surveillance des médicaments après la mise sur le marché (pharmacovigilance, études observationnelles d'évaluation de bénéfice/risque...)
- le site de Toulouse est en voie de sortie du groupe avec très peu de perspectives
- le site de Montpellier est fortement affaibli, ne comprenant que des activités de développement, liées aux projets de recherche qui sont en forte contraction.

Sur ces deux sites, le désespoir est tel que des centaines de salariés font le choix de quitter l'entreprise. La direction s'empare de ce désespoir pour faire adopter un nouvel accord de 150 possibilités de départ extérieur supplémentaires. Dans le même temps, plus d'un milliard d'euros ont été utilisés dans des accords externes ou pour acheter des molécules qui se sont avérés ces deux dernières années des échecs patents (Bipar, Exelixis, Merrimack, Targegen, Ajinomoto, Micromet). Seule la collaboration avec Regeneron entamée il y a plus de dix ans, semble enfin porter ses fruits.

Aujourd'hui la Direction du groupe compromet l'ensemble de la filière présente dans notre pays. Toutes les activités en aval de la recherche chimique sont ou vont être touchées : production chimique, production pharmaceutique de formes sèches, distribution... C'est pourquoi, nous défendons l'idée qu'une recherche interne forte en France c'est l'assurance du maintien d'un tissu industriel fort dans notre pays et la possibilité de coopérations ambitieuses attractives.

Contrairement aux choix de la Direction, la recherche chimique est indispensable et constitue le principal voire le seul espoir dans de nombreuses maladies. Il en est de même de l'abandon de la production de nombreux vaccins (rougeole, oreillons...) du fait de mauvais choix stratégiques dans le passé. Ces vaccins sont pourtant utiles pour de nombreuses populations, y compris en Europe. Il y a encore l'abandon ou la mise en sommeil de nombreux projets de recherche (paludisme notamment) au profit de vaccins plus « grand public » (contre l'acné).

Depuis la fin avril, les articles de presse faisant état de la volonté du groupe de céder un portefeuille de médicaments matures, qui ont fait preuve de leur utilité, et d'usines se sont multipliés. Dans un document présentant le projet Phoenix, il est mentionné que c'est le comité d'investissement auquel participent les plus hauts responsables du groupe, dont Chris Viehbacher, qui prend les décisions concernant ce projet. Pourtant ce même document prouve que les médicaments matures sont très rentables, ce qui démontre que l'objectif premier est uniquement de réduire la présence industrielle de Sanofi en Europe, c'est-à-dire de diminuer les coûts de fonctionnement en Europe et particulièrement en France et de poursuivre le démantèlement de la filière chimique. D'après ce document, 4 sites de mise en forme pharmaceutique et de distribution en France pourraient être concernés (Compiègne,

Amilly, Quetigny, Marly la Ville). Toutefois nous restons prudents. En effet, ces sites ou d'autres pourraient être impactés pas seulement dans la production et la distribution pharmaceutique mais également en production chimique. Des milliers d'emplois directs et induits sont menacés. Les plans drastiques annoncés démontrent que la stratégie de désengagement de la France se poursuit.

Une molécule ou un vaccin découvert dans les centres de recherche, donne l'assurance que le développement industriel sera fait dans notre pays et par voie de conséquence une grande partie de la production du principe actif et de mise en forme pharmaceutique; c'est pourquoi grâce à l'efficacité de notre recherche, nous avons encore plus de 20 sites de production de Sanofi en France (production de principes actifs et formulation pharmaceutique). La productivité et la compétence des sites de production ne sont plus à prouver, même si la pression de la rentabilité, associée à une précarité accrue, engendre des problèmes de qualité.

Le document Phoenix précise que même si le projet de cession ne se réalisait pas tel qu'il est envisagé, la direction entend constituer une division produits matures avec toujours le même objectif de pouvoir céder médicaments et usines (page 15 – 3^e colonne); il est indiqué que l'objectif serait de céder une usine par an. Cette structuration touche l'ensemble du groupe de la recherche à la production : création d'une division biologie, filialisation de la production du futur vaccin contre la dengue, isolement des services partagés sur des sites géographiques spécifiques facilitant leur cession comme dans le reste de l'Europe... La direction se donne toute possibilité de vendre, fermer, céder un site, une activité sans se soucier de la cohérence scientifique et industrielle, sans se soucier des salariés, sans se soucier de la sécurité sanitaire, sans se soucier de l'indépendance thérapeutique du pays et du maintien du potentiel scientifique et industriel. De plus, le Directeur Général du groupe Chris Viehbacher ayant bénéficié de 5 années d'exemption d'impôts en France vient de déménager aux USA. D'autres responsables en font de même. Au-delà des aspects d'imposition, c'est bien les centres de décisions qui quittent la France alors que Sanofi est un groupe français. Pour rappel, chaque année Sanofi bénéficie d'un crédit d'impôt très conséquent dans notre pays (150,7 millions € en 2013), qui se décompose ainsi :

- Crédit d'Impôt Recherche : 125,7 millions €
- Crédit d'Impôt Compétitivité Emploi : 11,2 millions € en 2013 (près de 18 en 2014)

- Crédit d'impôt à l'étranger: 1,1 million €
- Crédit d'impôt lié au mécénat: 10,6 millions €
- Crédit d'impôt Famille: 1 million €
- Crédit d'impôt Apprentissage: 910 mille €

Le montant global des crédits d'impôts que touchent Sanofi a plus que doublé entre 2008 (70 millions €) et 2013 (150,7 millions €).

Le CIR et le CICE sont versés sans aucune contrepartie. La direction ne daigne même pas répondre aux demandes d'utilisation de cet argent. Ainsi, Sanofi touche un CIR de 125 à 130 millions € par an alors qu'il ferme plusieurs sites et supprime 2 000 emplois. En 2012 et 2013 il y a eu respectivement 9 et 10 embauches en CDI, soit moins de 0,2 %, dans les activités de R&D pharma et ce sont quasiment tous des managers. Il n'y a eu aucune embauche de chercheur ni de technicien. En 4 ans, c'est plus de 30 % du potentiel de R&D qui a été supprimé compromettant par là même son efficacité et le devenir de l'entreprise. Il en est de même avec le CICE (crédit d'impôt compétitivité emploi).

Les besoins en santé dans le monde sont énormes. Plus de 50 % des maladies n'ont pas de thérapies adaptées et toutes les populations n'ont pas le même accès aux soins. Les salariés, de la recherche à la production, de Sanofi ont des compétences fortes, reconnues pour la mise à disposition traitements thérapeutiques majeurs (médicaments comme vaccins) et ce malgré les effets négatifs des restructurations sur le potentiel scientifique et industriel. Ils peuvent, ils veulent faire avancer les connaissances et accueillir dans leurs équipes et former des jeunes. Ils sont disponibles pour les médicaments et les vaccins du futur. Il est indispensable par exemple que Sanofi travaille sur les vaccins de deuxième génération et que notre potentiel de recherche sur les maladies infectieuses et pour d'autres maladies se développe au lieu d'être démantelé. Il ne faut pas oublier que les laboratoires pharmaceutiques et à leur tête Sanofi sont les principaux décideurs (commanditaires) de choix impactant la santé publique en France. Autrement dit, sans contrepois public réel, ils pèsent et contrôlent toute la chaîne, en recherche, développement, production, distribution et vente de médicaments. Ils utilisent le défaut d'ambition, les manquements, les carences de financement public des unités de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), du CNRS, et des unités de recherche des hôpitaux. De ce fait l'affaiblissement voulu de Sanofi en France fragilise l'ensemble du patrimoine thérapeutique français, sa connaissance

et son université. L'industrie pharmaceutique est une industrie stratégique. Son financement via la Sécurité sociale en France donne des motifs et des moyens, des droits supplémentaires d'intervention des élus de la Nation. Pour rappel, les 4 000 emplois directs supprimés par Sanofi entre 2008 et 2013 représentent un manque à gagner de 80 millions € annuels de cotisation pour la sécurité sociale.

L'industrie pharmaceutique intervient dans un domaine sensible, la santé, inscrite dans les droits de tous les Hommes. L'État devant représenter la communauté (la population ou la société), est garant de la santé publique et doit disposer dans ce domaine d'une recherche et d'une industrie de qualité répondant aux besoins. Il doit s'opposer à toute maltraitance, toute destruction du patrimoine. C'est pourquoi, en urgence l'État se doit d'intervenir pour empêcher les dirigeants et grands actionnaires de Sanofi de poursuivre le démantèlement du potentiel scientifique et industriel. Le projet de cession de médicaments et d'usines doit être abandonné. Ce ne sont ni les travaux nécessaires de recherche, ni les besoins en termes de production de médicaments ou de vaccins qui manquent.

L'industrie pharmaceutique est une industrie d'avenir à condition qu'elle ne soit pas dirigée par des financiers. Ils ont fait la preuve de leur dangerosité. Ce qui compromet l'avenir de notre industrie ce n'est pas le coût du travail, ce sont les exigences du capital. Permettre le maintien et le développement de ce potentiel indispensable pour la santé publique, pour l'emploi, nos régions, la nation, constitue un enjeu majeur et une responsabilité du gouvernement et de l'ensemble de la nation. Au nom du bien commun, de l'intérêt public, de l'indépendance thérapeutique, de la sécurité sanitaire, du maintien du potentiel scientifique et industriel et de l'emploi en France, il faut intervenir en urgence.

La bataille de l'industrie pharmaceutique s'apparente à la bataille pour sauver la Sidérurgie en France. Sanofi, dernier acteur de la recherche pharmaceutique, un des acteurs de la chaîne de la santé. Où les jeunes diplômés trouveront-ils un emploi scientifique et industriel si la première entreprise pharmaceutique française continue à supprimer des milliers de postes de travail ?

Le gouvernement a un devoir :

- de préserver le potentiel scientifique et industriel national au service de la santé

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

La demande d'enquête parlementaire déposée en 2011 sur la stratégie de l'industrie pharmaceutique et de Sanofi doit être votée et réalisée. La société doit faire face à ces enjeux importants, structurants pour la collectivité que sont :

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

Le maintien et le développement de ce potentiel indispensable pour la santé publique, pour l'emploi, nos régions, la nation, constituent un enjeu majeur et une responsabilité de l'État.

Afin d'éviter qu'un nouveau drame sanitaire, comme celui du Mediator, ne se reproduise, il est indispensable d'instaurer une frontière, d'une étanchéité absolue, entre la politique industrielle et la politique sanitaire du médicament. C'est pourquoi nous faisons de la sortie du médicament du Marché, une de nos

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

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

Produit de santé, recherche, production, distribution du médicament doivent répondre aux besoins de santé publique nationale et mondiale. Le médicament, selon nous, doit s'extraire de la loi du marché. La puissance publique doit reprendre l'initiative et le contrôle sur cet enjeu stratégique. Ce d'autant plus que c'est la solidarité qui finance le médicament par l'intermédiaire du remboursement par la sécurité sociale. Le médicament doit sortir – en France et dans le monde – des règles établies par l'OMC et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS).

Nous voulons proposer des pistes alternatives afin de dégager, la recherche, la production, la distribution des médicaments de l'emprise financière qui nuit à la santé publique, au développement économique de notre pays, à l'emploi, à son indépendance sanitaire ! Cette bataille doit être à la hauteur des enjeux de santé publique, de besoins de soins, de bien public, des avancées scientifiques et industriels. L'industrie pharmaceutique dans ce domaine est un acteur majeur dans le médicament et le vaccin.

Il n'est pas possible de traiter de l'avenir du médicament comme de l'avenir de la santé en général, hors du contexte social, économique, géopolitique, culturel et philosophique. La France est affaiblie à l'aube d'une seconde révolution thérapeutique, celle des biotechnologies, des thérapies géniques, de la thérapie cellulaire, des bio-marqueurs et des traitements personnalisés. Car depuis plusieurs décennies, les performances

reculent en matière d'innovation thérapeutique et si la réaction n'est pas rapide, nous serons inaptes à répondre aux besoins des citoyens. Cette indépendance sanitaire appelle, à la mobilisation des compétences que recèle notre pays dans le domaine des sciences de la vie, afin de répondre à l'immensité de la tâche à accomplir pour satisfaire les besoins de santé, mais aussi de croissance économique d'emplois qu'elle peut lui apporter. Or, la situation de la France est particulière et originale en Europe, à propos du médicament, de sa distribution via les pharmacies et de son système de protection sociale!

Mettre en concurrence le monopole du privé!

Le développement d'un pôle public de la recherche, de la production de la distribution du médicament permettrait notamment de stopper l'abandon par les trusts pharmaceutiques des produits dits « financièrement non rentables », de fixer des prix uniques négociés dans la transparence avec l'ensemble des acteurs concernés. Nous ne partons pas de rien, la recherche publique existe « encore » en France des coopérations sont nécessaires pour le développement et le progrès social, plutôt que la mise en concurrence généralisée: l'INSERM (Institut national de la Santé et de la Recherche médicale), le CNRS (Comité national de la Recherche scientifique), le CEA (Commissariat à l'Énergie atomique), l'Institut Pasteur, l'INRA (Institut National de la Recherche Agronomique), l'Institut de recherche pour le développement (IRD), nouvelle appellation de l'Orstom (Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération), l'IFREMER (Institut français d'Exploitation de la Mer) sans oublier les hôpitaux publics, leurs services et compétences diverses, pharmacie, la recherche universitaire, etc.... Il faut un maillon de plus dans cette chaîne fraternelle, une entreprise publique et un contrôle du public!

Après la faillite morale, le scandale du médiateur, les compromissions, qui ont contribué à pervertir des organismes publics en difficultés comme l'ASSAPS, la question du financement et du fonctionnement démocratique des outils non lucratifs afin de répondre aux besoins de la population est posée!

Cette mise en concurrence de l'industrie pharmaceutique privée, par la création d'un service public de la recherche, et du médicament, nous sortirait du concept « tout pour la bourse » et de la mise en concurrence généralisée, pour au contraire proposer une politique du médicament, qui devrait faire de

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

Le dossier médicament est un sujet sensible qui est devenu un enjeu politique et économique de première importance! C'est bien une question importante de santé publique, de sécurité sanitaire où l'humain doit être au centre des préoccupations sans être naïf, se joue aussi dans ce dossier l'indépendance sanitaire de notre pays avec des milliers d'emplois à la clé! L'industrie pharmaceutique a une position paradoxale aujourd'hui dans notre pays, position dont il faut bien mesurer les contradictions. D'un côté c'est une industrie en pleine prospérité capitaliste: industrie puissante, secteur économique de pointe utilisant des technologies sophistiquées, employant plus de 100 000 personnes en France bien souvent hautement qualifiées. La capitalisation boursière est en pleine expansion avec une rentabilité incontestable: ces sociétés sont des vedettes de la bourse. La mondialisation de ce secteur est très avancée, les entreprises sont très souvent multinationales, leur marché dépasse le cadre des frontières; on ne distingue plus vraiment les sociétés nationales françaises des sociétés multinationales. Les regroupements – restructurations – concentrations – licenciements boursiers voulus par les libéraux ont été largement menés à leurs termes. Bref, nous avons là le concentré de la politique ultralibérale mondiale. Ainsi l'industrie pharmaceutique est-elle l'industrie la plus profitable au monde en concurrence avec l'industrie de guerre. Elle a la chance de s'appuyer sur un marché en expansion constante: les besoins à couvrir sont

immenses, considérés comme prioritaires par les « consommateurs » et largement solvabilisés par les mécanismes publics ou collectifs (Sécurité sociale, mutuelles, assurances, collectivités publiques ou État).

D'un autre côté cette industrie est confrontée aux limites de cette logique. Les besoins de la population rentrent en contradiction fondamentale avec la logique de marché. Si bien qu'aujourd'hui de nombreuses questions se posent. Peut-on considérer que, eu égard aux énormes moyens dont elle dispose, cette industrie répond bien aux besoins de la population? Est-ce qu'elle fournit réellement les produits utiles et indispensables aux malades dans l'ensemble des domaines de la pathologie? Est-ce qu'elle offre des produits sécurisés tels que l'exigent les consommateurs? Est-ce qu'elle agit selon le principe de précaution? Favorise-t-elle le savoir scientifique dont elle a besoin?

On peut porter la critique sur plusieurs points incontestables:

- Sur le plan éthique: elle obéit aux lois de fer de la rentabilité. En conséquence elle protège ses intérêts par l'intermédiaire de ses brevets y compris lorsque cela la conduit à refuser aux populations pauvres du tiers-monde l'accès au médicament.
- Sur le plan de la santé publique: elle refuse de faire de la recherche lorsque le marché n'est pas intéressant.
- Sur le plan scientifique: elle n'investit pas dans la recherche fondamentale parce que le retour sur investissement est aléatoire et de toute façon à long terme, bien loin des exigences immédiates de la bourse. Or ce tarissement des sources de la connaissance porte en lui-même le blocage futur des applications et de leur développement.
- Sur le plan économique: l'industrie pharmaceutique fait monter artificiellement les prix, elle retire des produits utiles mais dont les marges sont insuffisantes, elle maquille ses budgets recherche en affectant à ces budgets des dépenses qui ne relèvent pas de ce secteur, elle ferme des laboratoires de recherche, elle gaspille des ressources pour la publicité alors que l'essentiel des achats se fait sur prescription et en principe selon des critères rationnels sinon scientifiques. Enfin elle utilise abondamment les ressources publiques sans tenir compte des intérêts généraux.

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

- Sur le plan éthique: une industrie qui ne spéculer pas sur la misère du monde mais qui s'attache à faire progresser la santé humaine. La propriété des brevets ne peut pas être opposée à la vie. L'intérêt immédiat à l'espoir. La financiarisation doit laisser la place à l'industrialisation et au développement.
- Sur le plan de la santé publique, les intérêts majeurs des populations doivent être pris en compte. Les lois du marché surtout lorsque celui-ci est solvabilisé par des fonds publics ne peuvent alors être appliquées. Le médicament n'est pas une marchandise comme les autres.
- Sur le plan scientifique: une grande politique de recherche fondamentale doit être mise en œuvre pour alimenter ensuite une recherche appliquée.
- Sur le plan économique, l'emploi et la création de richesses à partager doivent être des objectifs majeurs. Une rationalisation et un contrôle de l'utilisation des fonds publics doivent être recherchés. Il faut exiger que la santé soit hors de portée de l'AGCS et de l'OMC.

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

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

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

chercheurs: il faut mettre « le médicament » entre les mains des citoyens pour le sortir de celles des actionnaires. C'est la rupture indispensable à opérer.

2. Gérer autrement les fonds publics qui alimentent l'industrie pharmaceutique par un plus grand contrôle du public.

3. Une politique de coopération internationale:

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

4. Assurer l'indépendance de la formation médicale et professionnelle continue à l'égard de l'industrie pharmaceutique en interdisant le financement direct par l'industrie pharmaceutique de ces actions de formation. Prévoir un financement public de la formation continue.

5. Renforcer les moyens de contrôler la publicité sur les médicaments, et assurer la transparence de l'information sur les médicaments en direction du grand public.

Remarques & questionnements à propos de l'article de Fabien Cohen

Par M^{me} Danielle Montel,
coauteur du livre « **Big Pharma, l'urgence de la Maîtrise sociale** »

L'actualité des derniers mois, les réactions de nombreux acteurs de la chaîne de soins, montre l'importance de la santé pour les citoyens et la place que ce bien commun doit prendre dans la société humaine que nous voulons. Pour ce qui concerne le médicament, en faire ce qu'il doit être : bien commun, le sortir du marché est une visée pour la société humaine à laquelle nous œuvrons. Les échanges nous poussent à impulser un débat citoyen de confrontation : pôle public ? Nationalisations ? Maîtrise sociale ?...

1. Si, comme principe fondamental, le médicament n'est pas une marchandise,

Alors l'évolution ou le bien-fondé de sa consommation ne peuvent pas être évalués en termes de valeur, mais par rapport aux besoins de santé, à l'échelle de la population mondiale. + 50 % des maladies, dans le monde, sont sans thérapies adaptées. L'accès aux soins de toutes les populations est encore un droit à conquérir. Le médicament n'est pas un produit comme les autres : il a une origine/princeps, une traçabilité de sa production, un coût, un prix (l'un et l'autre actuellement non transparents), une traçabilité de ses effets thérapeutiques et de ses effets secondaires ; il fait l'objet d'une prescription suite à un examen médical. Il ne s'agit pas d'un simple rapport de consommation, mais d'un rapport social pouvant impliquer plusieurs actes, d'un travail qualifié. Ce sont aussi ces particularités qui imposent de traiter le devenir de sa maîtrise en termes de chaîne de la recherche/conception, innovation, production, distribution et prescription.

2. Les génériques/proposition :

Les forces politiques alternatives devraient réclamer un bilan sérieux sur la réalité :

- de leurs lieux et modalités de production ;
- de leur efficacité/aux médicaments princeps
- de leur prix

De même, exiger du gouvernement, un bilan des politiques dites de régulation des dépenses de santé, calées sur les politiques d'austérité depuis 3 décennies.

3. Pôle Public en France et en Europe: contradictions dans les ruptures à opérer

Si les attendus ou objectifs sont (citation du texte présenté par Fabien Cohen) :

- une recherche forte en France notamment, se situant dans les avancées des biotechnologies, des thérapies génétiques et cellulaires ;
 - le refus d'abandon d'axes de recherche, de vaccins...
 - la volonté de répondre aux besoins de santé ;
 - sortir le médicament du marché ;
 - « être une force publique, indépendante des multinationales, dont SANOFI »
- Et alors qu'il est souligné :
- que la force même de SANOFI (1^{re} d'entre elles), l'efficacité de sa recherche, reposaient sur plus de 20 sites de production en France ;
 - que la stratégie « des grands groupes pharmaceutiques internationaux ne se soucie pas de la cohérence scientifique et industrielle, du sort des salariés, de la sécurité sanitaire, de l'indépendance thérapeutique du pays, du maintien du potentiel scientifique et industriel. »

Le pôle public du médicament est caractérisé comme devant « créer un contrepoids réel aux multinationales, pour peser et contrôler toute la chaîne, en recherche, développement, production, distribution et vente de médicaments. » Compte tenu des échecs successifs et des déceptions profondes des expériences avec les gouvernements de gauche à majorité socialiste, une politique alternative a la responsabilité de s'arrêter très sérieusement sur ces capacités réelles de peser et contrôler. En particulier, qui assure ce contrôle et comment, si les ruptures qui sont proposées, ne visent pas à transformer la stratégie industrielle et de recherche d'une des plus importantes multinationales et l'un des principaux groupes pharma en France et dans le monde, SANOFI. Quels sont alors les pouvoirs réels d'intervention de la société ?

Plusieurs questions nécessitent approfondissement et propositions :

4. Les pouvoirs d'intervention citoyenne (salariés, usagers, société civile)

Si, comme il est dit dans le texte, *la légitimité de cette intervention citoyenne* repose sur :

- l'universalité du droit à la santé
- le financement par la sécurité sociale
- le bien commun, l'intérêt public
- l'indépendance thérapeutique

Cette intervention citoyenne ne peut se résumer à « *des droits supplémentaires d'intervention des citoyens et des élus de la nation, de l'assurance maladie, son principal financeur.* »

Mais à l'exigence de véritables pouvoirs d'intervention, au sein de l'entreprise et de la direction du groupe, et dans la société, dès la définition des orientations et axes de recherche, transparence des conditions de production/distribution, des coûts et prix des médicaments. Donner à l'Assurance Maladie ou à la Sécurité Sociale, la puissance publique, nécessite une transformation de leur gestion et de son mode de financement. L'expérience des plus de 60 ans d'existence, montre que : la puissance publique (dans l'intérêt public) ne peut être respectée, si elle relève du seul pouvoir de l'État ou des pouvoirs publics. Les salariés et les citoyens en sont dépossédés. Le capital fait pression en permanence pour faire valoir ces exigences, et a obtenu satisfaction du gouvernement politique.

5. Placer au centre de la transformation : la revalorisation du travail, du sens et de la dignité de son exercice

C'est ce qui est fondamentalement remis en cause par les stratégies de financiarisation. A contrario, cette revalorisation des activités humaines et du travail (reconnaissance salariale, dignité et responsabilité), est le moteur de toute transformation. Il ne s'agit donc pas seulement de la satisfaction des revendications salariales.

6. Viabilité d'un pôle public de recherche, production, distribution pour stopper les abandons des trusts pharmaceutiques des produits dits « financièrement non rentables »

N'y a-t-il pas une contradiction majeure à vouloir « sortir le médicament du marché » ou plus rigoureusement le sortir de la marchandisation, c'est-à-dire des choix de développement, production et distribution n'obéissant qu'aux critères de la valorisation actionnariale, si le pôle public ou l'établissement public, ne prend en charge que les

médicaments dits « non rentables »? Qui définit et décide de cette « rentabilité », sur quels critères? Donc quelle ambition? Prendre en charge ce que Big Pharma abandonne; socialiser les pertes? Que devient Sanofi dans cette stratégie? En clair, quelle viabilité... si nous n'intervenons pas au cœur de la décision de développement, sur les critères de ces choix, les conditions de la production, mais aussi sur les critères de la vente donc du marché de biens et de services (marché à dégager du marché financier) c'est-à-dire... la redéfinition du statut de l'entreprise (société de capitaux ou communauté de production de biens et de services), les finalités du travail et la fixation des prix et modalités de distribution.

7. Garantie contre les risques sanitaires?

La garantie contre les risques sanitaires (sang contaminé, médiateur...) est-elle dans le fait « *d'instaurer une frontière, une étanchéité absolue, entre la politique industrielle et la politique sanitaire du médicament* »? Quelle est l'origine des risques ou scandales sanitaires? Ces risques ou scandales ne se sont-ils pas déclarés au cœur même des orientations industrielles des groupes sur fond d'absence de maîtrise publique de la pharmacovigilance? Il s'agit plutôt de travailler à une cohérence entre politique publique de santé et du médicament et orientations de la filière industrielle du médicament.

8. Rapports entre recherche publique et recherche industrielle ou privée

Cette question a-t-elle été véritablement approfondie? Ceci ne peut se faire sans un travail commun avec la participation de l'ensemble des intéressés, c'est-à-dire les acteurs de la recherche publique et des acteurs de la recherche industrielle aujourd'hui dominée par le statut privé, sur ce sujet spécifique de l'élaboration des médicaments. Il est souhaitable de dresser un véritable bilan avec les intéressés. Les liens de coopérations entre établissements publics de recherche (aussi différents entre eux, de par leur histoire et leur fonctionnement, tels que, INSERM, IFREMER, CEA, CNRS, les Hôpitaux) peuvent-ils se décréter par la création d'un « outil public, sous contrôle public »? Le rôle de l'État ne doit-il pas faire lui-même l'objet d'une analyse critique? Quelles sont les orientations et quels moyens réels à mettre en œuvre pour dépasser la mise en concurrence et surtout la dépendance actuelle de la recherche publique de la domination et pressions des Big Pharma? Le texte ne parle des rapports avec la recherche industrielle privée, que comme « coopérations possibles » sans remise en cause du statut et

des finalités de cette recherche. Donc des coopérations et « conventions » sur quelles bases? Peut-on affirmer sans conséquence, que « *Par le pôle public, il serait fait en sorte que se créent un continuum recherche publique-privée, indispensable et un développement solidaires des territoires assuré.* ». Le bilan est à faire également sur les diverses formules de crédits d'impôts. L'échec du « pacte de responsabilité/compétitivité » vis-à-vis des retours d'engagements du patronat sur l'emploi et les investissements, n'est pas seulement l'échec du gouvernement et du PS, c'est l'échec d'une conception économique du « donnant-donnant » ou du crédit dit incitatif ou sélectif. Comment croire que 4 milliards de dividendes de Sanofi ne suffisent pas à financer la recherche et qu'il faille 150 millions d'exonérations d'Impôts pour la Recherche?

Plus généralement, il est nécessaire de rompre avec les rapports de privatisation de la connaissance. La question des brevets doit être remise à plat... Comment fondamentalement changer la situation et la force des instances démocratiques des pays ou populations dans le monde, vis-à-vis des Big pharma, en créant « un espace de délivrance de brevets du pôle public » sans changement fondamental de la conception même des brevets ni toucher à la domination des multinationales sur ceux-ci? Les expériences de l'Inde et de l'Afrique du Sud, poussées par des exigences vitales pour leurs populations, ont bien été conduites en remettant en cause la propriété privée des brevets considérés. L'exigence doit être placée au niveau du refus de breveter tout ce qui touche à la vie. La connaissance doit être échangée à tous les niveaux, dans les laboratoires universitaires, organismes publics de recherche et laboratoires privés. Le brevet doit être distingué impérativement de la propriété intellectuelle d'une découverte.

Questions :

- Quelle est au fond la composition de ce pôle public? Sous quel statut?
- De tels objectifs peuvent-ils progresser sous une démarche institutionnelle?

Tirons-nous les enseignements des échecs du concept de « mixité public-privé » qui a servi de faire valoir des privatisations des années 90 et repris aujourd'hui par le gouvernement Hollande, notamment pour livrer à la concurrence et privatiser dans la loi de transition énergétique, le statut de la production hydraulique d'électricité.

9. Rompre avec les règles établies par l'OMC (AGCS, TAFTA)

Ce point est essentiel et très peu développé. Il est en fait mal maîtrisé. Ce manque de maîtrise provient sans doute, là encore au fait que la connaissance des traités et les conditions de leur remise en cause, ne sont pas travaillées avec les intéressés, notamment les salariés de ce secteur, à la fois public et privé, mais aussi la population et les acteurs de la santé. Donc confrontées à la stratégie subie au sein des entreprises. Il devrait lui aussi faire l'objet d'une séance de travail avec les intéressés et les députés européens du Front de Gauche. La dimension internationale de ce combat est un point faible.

10. La santé est-elle un coût? Quels financements?

Peut-on déclarer que « la santé est un coût »? Le texte l'affirme. Sur cette base, il projette que « *les États doivent assumer notamment en assurant un financement de haut niveau indispensable* ». N'y a-t-il pas confusion entre engagements de santé publique et financement des laboratoires et entreprises productrices de médicaments? Ce qui est plutôt un coût: la maladie, les polytraumatismes de la pauvreté, la recrudescence de maladies infectieuses ou le vieillissement prématuré ou dans la pauvreté, qui sont des coûts pour la société. Tout progrès de l'espérance de vie en bonne santé morale et physique, est au contraire un progrès pour le développement de la société. N'a-t-on pas reculé idéologiquement et politiquement sur cette question? « *Les industriels pharmaceutiques devront contribuer au financement des projets majeurs de santé publique.* »

- Qui et comment sont décidés ces projets majeurs? Sur quels critères?
- Cela ne ressemble-t-il par à un mécénat? Ce que le capitalisme a toujours su faire dans tous les domaines.

L'objectif affirmé devrait être que les activités de production et de recherche ont la responsabilité sociale de contribuer à la santé publique, dans son ensemble. Dans le cas contraire ou restreint à quelques créneaux, on ne peut affirmer que « la santé est un bien universel ».

En conclusion

Notre conviction est que la crédibilité d'un projet transformateur pour des médicaments, bien public au service d'une santé pour tous, repose sur :

- la maîtrise de ce projet par les intéressés eux-mêmes. Les échecs de 1981-1988, puis ceux de la décennie 90, condamnent une conception institutionnelle des transformations. La transformation à

partir d'une décision gouvernementale initiale de création d'un pôle public ou établissement public du médicament, comme il y aurait la même déclinaison pour l'énergie ou l'eau, ne tire pas suffisamment les enseignements de ces échecs

- une analyse approfondie des échecs actuels de la politique néo-libérale. Ce ne sont pas seulement les échecs du PS mais celui de conceptions économiques et politiques qui ont cherché à concilier « les ruptures » avec la régulation capitaliste, ce qui a conduit à leur absorption par celui-ci
- l'engagement de rapports de forces par des mouvements porteurs de ruptures sur tous les fronts, avec un vrai travail politique de convergence. Pourquoi ne pas initier dès maintenant cette démarche et poursuivre le débat d'options par la proposition qui a été émise avec André Chassaigne, d'un mouvement des professionnels et des citoyens *pour une industrie efficace*
- approfondir toutes les activités de la chaîne de santé, de la prévention, à la réponse aux besoins, de la recherche, développement, pharmaco vigilance, contrôles, production de princeps, mise en forme, distribution, information, de médecins, du personnel hospitalier, aux pharmaciens, aux patients, à la Sécurité sociale, à l'élaboration transparente et sociale des prix...
- interroger et mettre ensemble : producteurs, chercheurs, médecins, hospitaliers, techniciens...

Quel que soit le climat politique, les questions de santé sont dans l'actualité.

Les brèves des Cahiers

Médecine du travail sans médecins du travail

D'après le bilan 2013 des conditions de travail de la DGT, le nombre de Service de Santé au Travail (SST) augmente de 22 % entre 2012 et 2014, pour atteindre 1 033 au 31 décembre 2013. En revanche, l'effectif total en équivalent temps plein de médecins du travail ne cesse de diminuer, passant de 5 547 au 1^{er} janvier 2012, à 5 320 au 1^{er} janvier 2013 et à 5 048 au 31 décembre 2013. Sans une réforme volontaire du numerus clausus il n'y aura pas de solution.

Attention au H7N9

Un deuxième cas humain de grippe aviaire à virus H7N9 a été identifié au Canada, chez l'époux d'une canadienne qui avait récemment contracté la grippe aviaire au retour d'un voyage en Chine. « *Les deux cas sont devenus symptomatiques à un jour d'intervalle* », a expliqué Gregory Taylor, administrateur en chef de la Santé publique du Canada, ce qui suggère qu'ils « *résultent probablement d'une exposition à une source commune, plutôt qu'à la transmission du virus d'une personne à l'autre* ». Le virus H7N9 fait l'objet d'une surveillance particulière de l'Organisation mondiale de la santé depuis l'apparition de cette souche nouvelle en Chine en 2013. 470 cas de virus H7N9 ont été détectés chez des humains dont 281 se sont révélés mortels. Le problème de la grippe aviaire n'est pas réglé.

Les effets de la grève de la FSE par les généralistes

Elle a entraîné une baisse des remboursements des généralistes de 10 % en janvier. Les remboursements de soins médicaux et dentaires ont baissé de 5,1 % en janvier par rapport au même mois de l'année précédente, conséquence de la grève des médecins opposés au projet de loi santé, a indiqué l'Assurance-maladie. Après la fermeture des cabinets en décembre, les syndicats de médecins libéraux appellent depuis début janvier à remplacer une partie des transmissions électroniques, réalisées via la carte Vitale, par l'envoi de feuilles papier afin d'engorger l'assurance-maladie. Les caisses n'étant plus habituées à traiter un tel nombre de feuilles de soins papier, les délais de remboursement se sont donc allongés. À la fin ce sont les patients qui ne sont pas remboursés et qui sont les victimes. Cette

baisse est encore plus significative pour les soins prodigués par les généralistes puisqu'elle atteint 10,1 % en janvier 2015 (par rapport à janvier 2014). Les remboursements des soins spécialisés ont quant à eux baissé de 4,3 % sur la même période. Les patients renoncent donc aux soins. Une belle démonstration que le tiers payant est une bonne mesure pour favoriser l'accès aux soins. Les libéraux sont dans leurs contradictions !

État de santé de la population en 2015

La Drees vient de publier l'édition 2015 de son rapport⁽⁴⁶⁾ sur l'état de santé de la population en France à travers 200 indicateurs. Premier enseignement : l'écart de l'espérance de vie selon le genre se réduit. Ainsi à la naissance elle est de 85,4 ans chez les femmes, contre 79,2 ans chez les hommes, en 2014. Mais cette différence s'est réduite de 8,2 ans en 1994 à 6,2 ans en 2014. L'espérance de vie à 65 ans reste l'une des plus élevées d'Europe. Sans surprises, tous les indicateurs sont liés « *à la position sociale et au niveau d'études* », les inégalités sociales de mortalité demeurent importantes. De même, la Drees rappelle le lien entre disparités territoriales et sociales. On évalue un surplus de mortalité de plus de 10 000 personnes cet hiver du fait de la grippe.

Renoncement aux soins, délais de consultation : pour 65 % des Français, le système se dégrade

Près de deux tiers des Français ont le sentiment que le système de santé se détériore, selon les résultats d'un observatoire mis en place par le cabinet Jalma. « *La perception d'une dégradation est ancrée dans l'opinion et s'avère très homogène sur le territoire* », analyse le cabinet de conseil. Ce jugement négatif est plus marqué à l'hôpital (60 %), principalement en raison de l'attente croissante et de la disponibilité des personnels. Plus d'un patient sondé sur deux estime que la situation s'altère aussi en médecine de ville. Seules les cliniques privées recueillent un avis positif majoritaire. « *Il n'y a pas de remise en cause de la qualité des soins ou de la compétence du corps médical*, indique Jalma. *Les Français se déclarent très majoritairement satisfaits de leur généraliste (92 %) et de leur spécialiste libéral*

⁴⁶ Le rapport : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v7_05022015.pdf

(86 %) ». 7 Français sur 10 ont déjà renoncé à des soins médicaux. Le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste reste la première cause de renoncement aux soins des Français (67 %), devant leur coût (46 %) et l'éloignement géographique (32 %). 51 jours en moyenne pour voir un spécialiste libéral (44 jours il y a 4 ans)!

L'attente pour obtenir une consultation est deux fois plus longue en province qu'en région parisienne. L'enquête pointe d'importantes disparités régionales avec des délais d'accès à un médecin spécialiste libéral variant du simple au triple! La situation s'est surtout fortement dégradée à l'hôpital ces dernières années. Hors urgences, il faut désormais en moyenne un mois et demi pour y obtenir un rendez-vous (49 jours chez un médecin spécialiste à l'hôpital). En deux ans, l'attente s'est ainsi allongée de neuf jours! « *L'hôpital ne joue plus le rôle de facilitateur d'accès aux soins et cette tendance s'accroît depuis trois ans* » indique le cabinet de conseil.

Michel Debout: « Quand on perd son travail, on perd la médecine qui va avec. »

Michel Debout, psychiatre et membre de l'Observatoire national du suicide, propose la mise en place d'une médecine préventive des chômeurs. Pourquoi rien n'est-il fait pour la santé des chômeurs? Les pouvoirs publics et la société ne s'en préoccupent pas. Il y a pourtant une urgence à s'occuper de leur santé. Quel impact le chômage a-t-il sur la santé? On voit le chômage comme un « moment à passer » alors qu'il s'agit d'un traumatisme psychologique. Il y a un moment de sidération. Dans un second temps, la personne se retrouve seule chez elle. Elle commence à culpabiliser et à se dévaloriser. Il y a alors des risques, qui vont de la dépression à l'infarctus, en passant par la réactivation de pathologies anciennes ou des comportements addictifs. Et parfois on en arrive au suicide... À travers un dispositif de médecine préventive, on adresse un message aux chômeurs: on ne vous abandonne pas, votre santé nous importe.

Privé d'emploi, on boit, on fume et on mange plus. Les chômeurs sont ainsi confrontés à une surmortalité qu'une très sérieuse étude met en lumière. Selon une étude, la mortalité des chômeurs est en effet trois fois supérieure à celle des travailleurs. L'étude est passée presque inaperçue. Publiée dans la grande revue d'épi-

démiologie, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, elle révèle que le chômage tue chaque année en France 14 000 personnes. Soit presque deux fois plus que les accidents de la route. Un chiffre effrayant et totalement inédit. Pendant douze ans, les chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ont suivi 6 000 Français âgés de 35 à 64 ans dans huit régions. Après avoir écarté tous les autres facteurs de risque, leurs conclusions sont nettes: perdre son emploi fait chuter l'espérance de vie! La mortalité des chômeurs est en effet trois fois supérieure à celle des travailleurs. Non seulement les scientifiques ont découvert que les personnes sans emploi affichaient un taux de mortalité par suicide plus élevé que les actifs. Les chômeurs ont ainsi un risque d'AVC et d'infarctus augmenté de 80 % par rapport aux actifs. Ils sont aussi plus nombreux à mourir de cancer. Le constat est identique chez les femmes ou les hommes. Comme l'écrivent les épidémiologistes, en conclusion de leur étude, « tuer des emplois signifie tuer des gens, au sens figuré comme au sens propre ».

Condamnation d'un médecin du travail

Depuis quelque temps, les employeurs ont trouvé une nouvelle stratégie pour faire taire les médecins du travail. Les plaintes des employeurs auprès du conseil de l'ordre des médecins se multiplient, particulièrement contre le D^r BERNERON. Elle vient effectivement de recevoir un avertissement pour avoir rédigé un certificat médical détaillé établissant le lien entre l'organisation du travail et l'état de santé d'une salariée. Cette sanction pose plusieurs problèmes:

1. Le conseil de l'ordre instruit les différends entre un patient et son médecin; or l'employeur n'est pas le patient du médecin du travail.
2. Lorsque le conseil de l'ordre instruit une plainte, le médecin peut exposer la situation médicale puisqu'il n'y a que les médecins et le patient, le secret médical est préservé; dans le cas de plainte d'un employeur, celui-ci est présent donc le médecin se trouve devant l'obligation de se taire et ne peut donc pas exposer la démarche qui lui a permis de construire son diagnostic.
3. Le conseil de l'ordre méconnaît la spécialité de médecine du travail et ses « techniques ». Dans les cas de souffrance au travail, le médecin s'appuie sur le récit du salarié, sur les connaissances construites progressivement par la clinique médicale du travail, sur les travaux des sciences humaines notamment la psycho-dynamique du travail.

4. Il est reproché à ce médecin (ainsi qu'à d'autres dans le cadre d'autres plaintes) de retranscrire les paroles de la salariée sans prendre en compte le travail d'élaboration que le praticien fait à partir de ce récit.

La volonté des employeurs est évidente: devant l'obligation de protéger la santé des salariés et la possibilité d'une faute inexcusable, ils font feu de tout bois. Ils dénaturent la médecine du travail et en font un outil de gestion de la santé et la sécurité dans l'entreprise, essayant par là de faire porter la responsabilité de leurs manquements aux services de santé au travail. Ils désorganisent l'inspection du travail en l'éloignant des salariés. Et maintenant ils veulent réduire les CHSCT à une simple commission sans moyens et sans autonomie. Ces plaintes s'inscrivent dans cette logique: empêcher la mise en visibilité des problèmes de santé provoqués par des conditions de travail dégradées, intimider les médecins pour les rendre inopérants.

Les notes de lecture

Note de lecture par Jacques Bénézit :

Le livre noir du nucléaire militaire

Jacques Villain, édition Fayard 2014, 395 pages

Depuis plus de vingt-cinq ans les médias et les mouvements écologistes ont circonscrit les risques nucléaires aux centrales civiles, faisant peu de cas des risques que le nucléaire militaire a fait et fait encore courir sur la planète. Jacques Villain, ancien ingénieur au ministère de la Défense, a publié de nombreux ouvrages sur la conquête de l'espace et la dissuasion nucléaire. Il aborde ici un sujet peu évoqué et souvent ignoré : les conséquences humaines et environnementales de ces soixante-dix années de nucléaire militaire dans le monde.

Au plus fort de la « guerre froide » environ 70 000 armes nucléaires étaient déployées aux États-Unis en URSS et en Europe alors que pour assurer l'équilibre de la dissuasion « quelques centaines voire quelques milliers auraient suffi » estime l'auteur ; « une dynamique aveugle s'est enclenchée » dont l'objectif côté américain est parfaitement clair « entraîner leur adversaire dans cette voie jusqu'à provoquer son épuisement économique ». La crise de Cuba loin de conduire les deux Grands vers la réduction de l'armement atomique accéléra en fin de compte sa prolifération. Dans cette folle aventure les drames n'ont pas manqué. Les armements nucléaires ont beaucoup tué, non pas seulement dans leur utilisation mais au cours de leur développement, de leur fabrication, de leurs essais.

Depuis 1945 Jacques Villain évalue à 2 400 explosions nucléaires expérimentales déclenchées par les neuf pays possédants l'arme atomique (États-Unis, URSS ou Russie, France, Royaume-Uni, Chine, Israël, Inde, Pakistan, Corée du Nord) dont 2 000 pour les deux premiers pays cités. Rappelons pour mémoire que le traité d'interdiction des essais nucléaires dans l'atmosphère a été signé en 1963 mais que son application réelle a demandé beaucoup de temps. En 1980 des essais en atmosphère étaient toujours enregistrés. Sites et populations civiles ont ainsi été sacrifiés, victimes des retombées radioactives. Les militaires n'ont pas été épargnés, souvent placés en situation d'expérimentation pour connaître la capacité des troupes à combattre en ambiance nucléaire et pour élaborer des tactiques de combat spécifiques. Dans ces domaines expérimentaux la France n'a pas rechigné. Elle reconnaîtra notamment au début des années 2000 qu'au moins 5 essais sur les îles Gambier, sur l'atoll de Tureia et sur Tahiti avaient provoqué des retombées

sur les populations dépassant les doses de rayonnement admises. Mais la dangerosité de l'armement ne s'arrête pas là. Malgré le poids du secret militaire et la discrétion des médias, ce livre parvient à débusquer quelques informations qui nous sont données ici à titre d'exemples : les missiles qui explosent en silo avec leur armement nucléaire ; les collisions d'avions porteurs d'armes nucléaires ; la perte de bombes atomiques par les bombardiers dont 5 n'ont toujours pas été retrouvées ; les accidents de sous-marins qui gisent encore aujourd'hui au fond des mers avec leurs réacteurs et leurs armes atomiques. La liste, non exhaustive, de ces drames sous-marins survenus depuis 1960 dépasse toute mesure : 7 ou 8 sous-marins atomiques, 23 ou 24 réacteurs, dont plus de la moitié avec leurs matières fissiles, 19 à 31 missiles balistiques porteurs de 35 à 47 têtes nucléaires et au moins 10 torpilles nucléaires et 5 bombes. « Dans certains cas, heureusement très peu nombreux, nous sommes passés à deux doigts de l'explosion fatale » souligne l'auteur. Jusqu'à présent les dispositifs de sécurité empêchant toute explosion ont parfaitement fonctionné, mais néanmoins il faut déplorer les nombreux cas de dispersion de matières fissiles entraînant des désastres sur l'environnement.

Depuis Hiroshima et Nagasaki l'arme nucléaire n'a heureusement jamais été utilisée, même si à plusieurs reprises les circonstances ont amené le monde au bord du gouffre. Mais par temps de crises ou en temps de paix la défaillance (et/ou virus informatique?) des systèmes de contrôles ou de mise à feu peut avoir de lourdes conséquences. Côté russe ou coté américain, à plusieurs reprises les radars ont pu signaler, à tort, une attaque massive de missiles. On peine à imaginer le sang froid dont il faut faire preuve pour éviter « la » catastrophe. Les calculateurs peuvent aussi être victimes de défection et donner un ordre de tir erroné ou rendre un missile incontrôlable... Dans ces moments où la décision doit se prendre en un temps très court la moindre défaillance des hommes peut conduire au drame. Mais pourtant en fin 2013, quatre-vingt-dix officiers de l'US Air Force, en charge du lancement des missiles Minuteman, sont suspendus pour usage de drogue et non respect des procédures. Les carences de certains États dans le contrôle et la sécurité des stocks d'armements atomiques sont pointées du doigt. Elles seraient à l'origine de l'organisation d'un trafic de matières fissiles très convoitées par certains groupes terroristes. Heureusement, rassure l'auteur, ces groupes ne disposent pas (pas encore?) de personnes suffisamment nombreuses et compétentes pour fabriquer et utiliser une bombe atomique.

Ce livre, dont la lecture de certains passages nous glace le dos, est une source d'informations impressionnantes. Souvent peu traitées, elles intéresseront toutes celles et ceux qui agissent pour la paix. Dommage qu'une grande partie de ces informations ne soit pas référencée ce qui atténue leur crédibilité et aurait aidé le lecteur à poursuivre sa réflexion. Regrettons aussi que l'ouvrage, qui se veut équilibré dans son analyse, semble parfois happé par des préjugés. Aujourd'hui environ 16 300 armes nucléaires sont répertoriées dans 9 pays dont 15 300 uniquement pour les États-Unis et la Russie. La commission Evans-Kawaguchi, qui a travaillé sous l'égide de l'ONU, préconise un plafonnement mondial de 2 000 têtes nucléaires à l'horizon de 2025 dont 1 000 pour la Russie et les États-Unis et 1 000 pour les autres pays. Une bonne base de travail pour réduire considérablement les risques et avancer progressivement vers un désarmement nucléaire complet! C'est ce que réclame ICAN, campagne internationale pour l'abolition des armes nucléaires. Il revient aux peuples d'en faire grandir l'exigence!

Note de lecture par le Dr N. Khayi :

HesaMag n°2 de 2014

L'institut syndical européen (ETUI) de la Confédération européenne des syndicats (CES) publie *HesaMag*, magazine consacré à la santé et à la sécurité au travail. Ce semestriel veut montrer que la santé au travail ne concerne pas les seuls spécialistes et qu'il s'agit à la fois d'un enjeu politique important et d'une préoccupation quotidienne pour des millions de travailleurs. Chacun des numéros de *HesaMag* est centré autour d'un thème lié à la santé des travailleurs. Le numéro de fin 2014 concerne les services de santé au travail et leur déclinaison en Europe. L'analyse de ce dossier montre l'ambiguïté qui pèse sur le concept de santé au travail. Tout au long des articles qui décrivent des expériences dans différents pays européens (Pays-Bas, Italie, République Tchèque ou Royaume-Uni), l'idée décrite de la finalité des actions des services de santé au travail est loin d'être claire: on balance entre assurer des soins aux salariés pour leur permettre de rester performants ou veiller aux conditions de travail pour que les salariés restent en bonne santé. Il semble que le fondement théorique de ce débat ait du mal à émerger au niveau européen.

Le dossier commence par une analyse intéressante sur les dérives commerciales des services de santé au travail qui touchent l'ensemble des pays, puis fait une description de l'expérience française qui occupe une place très particulière par sa réflexion sur le sujet.

La Santé au Travail face aux dérives commerciales

Après avoir rappelé la dégradation des conditions de travail en Europe, le premier article souligne les risques pour la qualité des « prestations » assurées par les services de santé au travail dont la constitution et les missions sont très variables en fonction des États. Même si la « multidisciplinarité » s'est imposée, certains états comme les Pays-Bas orientent les services vers le contrôle de l'absentéisme; en France, le terme de pluridisciplinarité lui est préféré et s'inscrit dans une volonté de travailler ensemble plutôt que côte à côte. Pour ce qui est du contrôle de l'absentéisme, nous nous y dirigeons tranquillement. L'article souligne la volonté des employeurs (qu'il confond avec les entreprises) d'une médecine du travail à bas prix. Il précise les risques que la concurrence fait peser sur l'indépendance des médecins alors qu'elle est indispensable à l'efficacité de leur action. Il s'alarme également devant la possible disparition du métier de médecin du travail en Europe. Il est dommage que le texte n'évoque pas le préambule de la directive de 89 qui veut que la protection de la santé des salariés ne soit pas subordonnée à des considérations économiques.

La couverture des salariés en France semble correcte comparée aux autres pays (30 à 40 médecins pour 100 000 salariés) mais c'est une moyenne qui ne tient pas compte des disparités entre services autonomes et services interentreprises (on peut varier de 1 500 à 6 000 salariés suivis par médecins) ni même de l'absence de surveillance de certaines catégories de personnels (employés à domicile par exemple).

L'auteur souligne avec pertinence qu'il faut définir la fonction sociale que l'on assigne à ces services.

La médecine du travail à la française, un patrimoine en péril

L'article suivant ébauche une description de l'évolution de cette institution en France. Il est assez symptomatique de voir que l'illustration (action de sevrage tabagique) relève de la santé publique exercée dans l'entreprise et non de la santé au travail. Effet de la confusion des genres ou du manque de réflexion théorique? Historiquement, la conception universaliste et protectrice d'Ambroise Croizat est rapidement

altérée par la mise en place de l'avis d'aptitude qui tend à ramener la médecine du travail dans les ornières de la médecine de sélection créée par Vichy. Cette médecine de protection de la santé des travailleurs, pas plus que la Sécurité Sociale, n'arrivera à concerner l'ensemble de la population au travail. Il n'en restera qu'une phrase emblématique dans le code du travail : « éviter toute altération de la santé des travailleurs, du fait de leur travail ». Ce système français s'appuie sur le droit constitutionnel à la protection de la santé qui fait de la protection de la santé des travailleurs une obligation régaliennne dont la réalisation est confiée au médecin du travail. Les réformes initiées depuis 1990 à la suite de la directive Européenne de 89, avaient officiellement pour but d'améliorer la prévention primaire en installant d'autres professionnels autour des médecins du travail ; les employeurs comptaient en profiter pour transformer fondamentalement les services et les mettre à leur disposition pour la gestion des risques professionnels. Le gouvernement quant à lui pensait résoudre ainsi le problème de la pénurie de médecins du travail. D'autre part, l'absence de statut de salarié protégé que seuls les médecins ont, rend tous ces professionnels plus fragiles devant les pressions patronales.

Le paritarisme de façade instauré dans les services interentreprises en 2011/2012 amène les organisations syndicales de salariés à se conduire en gestionnaire, sans exigence pour la qualité (chose qu'ils ont du mal à concevoir n'ayant jamais mené de réflexion approfondie pour savoir ce que représente la santé au travail). Le financement des services revenant aux entreprises, les employeurs se sentent en droit d'exercer une pression commerciale sur les médecins et de contrôler leur emploi du temps. L'auteur termine en soulignant le sentiment d'isolement du médecin du travail : face aux pressions des employeurs mais aussi face aux représentants des salariés qui ont rarement une culture de la santé au travail. Si le médecin se sent isolé, il ne part pas au front. L'incompréhension est interprétée comme ayant une origine dans la différence de classe sociale d'appartenance mais aussi dans la délivrance de l'avis d'aptitude qui est un véritable « permis de travailler ».

L'indépendance de la médecine du travail remise en question

Le 3^e article décrit l'expérience d'un médecin du travail néerlandais, membre des organismes internationaux, le Dr Frank Van Dijk. Celui-ci décrit l'évolution de cette spécialité dans les années 80 avec l'importance croissante de la toxicologie et des pathologies à

apparition retardée (dues aux cancérogènes). Il bénéficie de l'appui de l'inspection du travail pour mettre en place des mesures préventives. Les années 90 voient évoluer les conditions de travail et nombre de salariés (jusqu'à 1 travailleur sur 7) sont déclarés incapables de travailler ; ils perçoivent alors une allocation à vie. En 1996, la réforme de l'Assurance maladie aboutit à sa privatisation et à l'obligation de réintégrer les salariés et de maintenir le salaire pendant 2 ans. Il s'ensuit une réflexion sur l'amélioration des conditions de travail car c'est financièrement plus intéressant pour les entreprises. On constate là l'effet de balancier entre prévention et réparation des risques professionnels. Les employeurs rendus financièrement responsables de la santé de leurs salariés, découvrent un attrait pour la sélection de la main-d'œuvre que les médecins du travail vont refuser. La réforme de l'incapacité de travail, en diminuant la prise en charge sociale a obligé les entreprises à travailler sur le maintien dans l'emploi (que les Néerlandais appellent « activation » des travailleurs). Si la volonté de permettre à chacun de travailler malgré des difficultés de santé (maladie chronique, handicap...) est louable, la mise en œuvre nécessite des services dont la préoccupation est la santé des travailleurs. Or, la médecine du travail a été privatisée et depuis 2005, les entreprises n'ont plus d'obligation de contrat avec un service. Les médecins du travail ont maintenant un rôle de suivi des salariés malades pendant 2 ans et de réduction de l'absentéisme (ce qui se met en place en France avec la PDP (Prévention de la Désinsertion Professionnelle)). La situation de la prévention est catastrophique avec des médecins déconnectés de la réalité du terrain et des maladies professionnelles non reconnues et non décelés, des AT qui ne diminuent pas depuis 2005. La conséquence est une perte totale de confiance des travailleurs dans la médecine du travail actuelle et un fort doute sur son indépendance.

« Les gens meurent de solitude » : une journée dans la vie d'un médecin du travail italien

Médecin du travail en Italie centrale, Roberto Calisti s'occupe aussi bien de maladie professionnelle que de risque d'accident ou de mal-être organisationnel. L'auteur souligne que le conflit avant s'exprimait clairement dans la rue alors qu'actuellement, ne pouvant plus s'exprimer ainsi, c'est le corps qui souffre. Son père, hygiéniste, lui donne le goût de la prévention. Il fait l'expérience de différents modes de fonctionnement des entreprises et l'influence de la culture ouvrière dans l'expression des conflits, du paternalisme des TPE qui d'après lui, peut fonctionner tant

qu'il n'y a pas de risque (?). Alors que la description fait état de médecins d'usine et de médecins du travail, sans préciser leurs attributions respectives, on revient à l'idée de sélection de la main-d'œuvre par des médecins payés par les employeurs, ce qui est contraire au code international d'éthique médicale. Il évoque, sans employer le terme, les propositions d'adaptation de poste et l'insertion des personnes handicapées.

La médecine du travail en République tchèque

Pour Milan Tucek, professeur à l'université de Prague, la santé au travail bénéficiait d'une bonne tradition jusqu'à la restauration du capitalisme. La mondialisation a conduit les entreprises à sacrifier les aspects sociaux du travail. La réforme de l'assurance maladie n'incite plus les entreprises à améliorer les conditions de santé et de sécurité au travail, elle n'intervient que sur la réparation. Le professeur évoque les difficultés de recrutement de cette filière de prévention qui nécessite de l'expérience et un certain recul. Les enjeux pour la société en sont mal compris. Il cite l'expérience tentée de suivi par les médecins généralistes, qui s'est plus orientée vers le contrôle médical que vers la prévention. Nous voyons là l'effet de la confusion entre soin au travailleur et santé au travail et c'est un exemple à méditer alors qu'une énième réforme s'annonce pour cette institution en France. Pour le professeur Tucek, il faut noter l'inefficacité de l'approche par le risque individuel qui est la méthode des assurances. Il pense qu'il faut motiver les employeurs par un bonus en cas d'absence de sinistre; mais c'est une approche de la branche AT/MP en France et elle donne une fraude à la déclaration des AT et une contestation quasi systématique des déclarations de MP. En fait il existe peu de données sur l'intérêt de la prévention et les chiffres connus sont issus des assurances aux USA ou à Taïwan. Le recul de l'âge de la retraite pose des problèmes comme en France pour trouver une adéquation entre le poste et les capacités du salarié âgé, surtout s'il est usé par son travail. Quant au salarié architecte de sa santé, comme certains le suggèrent, c'est impensable tant que la crainte pour l'emploi domine.

Les soins infirmiers au travail au Royaume Uni

C'est là un des articles les plus intéressants dans la mesure où le modèle anglais semble servir de boussole à certains. Les infirmières en santé au travail interviennent en entreprise depuis fort longtemps. Une réflexion sur le métier se développe mais les exemples donnés laissent perplexes le médecin du travail français que je suis. Il semble y avoir la même confusion entre soins sur le lieu de travail et santé au travail. Lorsque

le professeur Harrisson résume le travail de ces infirmières en santé au travail par : « les professionnels de la santé au travail améliorent la santé de la population active britannique, accroissent la productivité des entreprises du pays et permettent au service public d'être plus efficient et moins coûteux », je me pose la question de savoir s'il est déontologique de se fixer comme but la santé économique avant la santé des personnes; est-il acceptable que la santé des salariés soit un effet collatéral (certes heureux!) de l'action d'un service de santé agissant pour la santé de l'économie? Dans ces conditions, j'ai l'impression de marcher sur la tête. Pour Susan Everton, vice-présidente d'une association d'infirmières, leur rôle est « d'identifier et évaluer les risques professionnels et de prévenir les problèmes de santé » (ce qui est en France de la responsabilité exclusive de l'employeur) et leurs tâches consistent à « évaluer les besoins en santé du travailleur et chercher à faire correspondre ces besoins aux ressources disponibles »; elles offrent aux salariés « un soutien individuel approprié pour leur permettre d'atteindre leur niveau optimal de performance ». Où est l'adaptation du travail à l'homme? Il s'agit là d'une prestation au bénéfice de l'employeur qui n'a rien à voir avec notre conception de la santé au travail. L'évolution du métier semble les conduire comme ailleurs, vers le contrôle de l'absentéisme et la remise au travail des personnes malades ou handicapées. L'ambiguïté des buts se retrouve dans l'expression : « le gouvernement a mis l'accent sur les services de santé au travail et a reconnu le rôle qu'ils pouvaient jouer pour garantir une main-d'œuvre en bonne santé... », le but est bien d'avoir une main-d'œuvre opérationnelle et non d'avoir des salariés dont le travail n'altère pas la santé. Détail me direz-vous, mais détail important car dans un cas on amène des gens en bonne santé au travail et rien ne dit ce que le travail en fait, dans l'autre, on permet à des gens de construire leur santé dans le travail (et, pourquoi pas, d'être en meilleure santé dans leur travail qu'avant d'y être!).

En conclusion, on voit se dessiner des lignes de force communes en Europe: pénurie de médecins, essai d'intégrer les personnels de santé dans la recherche de l'amélioration de la compétitivité, remise au travail le plus rapidement possible des malades (en fait pour diminuer les dépenses de santé) mais surtout une grande confusion entre soin, santé publique et adaptation du travail pour qu'il n'altère pas la santé de celui qui le réalise.

Note de lecture par le Dr Alain Brémaud :

Document de travail de l'IRDES

Décembre 2014 (Yann Bourgueil, Anissa Afrita, Julien Mousquès) : *Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé ; le cas des CdS⁽⁴⁷⁾ du projet Epidaure-CDS*

Les centres de santé contribuent à réduire les inégalités sociales de santé en permettant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale.

En introduction, il est rappelé combien les inégalités sociales de santé continuent de s'aggraver dans notre pays. Pourtant, si réduire les inégalités de revenus et d'instruction est prioritaire pour diminuer les inégalités, agir sur le système de santé et les inégalités qu'il engendre semble également important. Pour cela, il faudrait faciliter l'accès aux soins en diminuant les barrières financières et en veillant à ce que l'offre de soins soit également disponible et accessible socialement sur tout le territoire national et avec l'absence de pratiques, autorisées et réglementaires ou non, discriminatoires pour cet accès. Les handicaps s'additionnent pour les couches sociales défavorisées. Les études confirment qu'en termes d'état de santé et d'accès aux soins, la situation est défavorable pour les populations repérées vulnérables ou précaires socialement ou résidant dans des territoires économiquement défavorisés. Ainsi dans ces territoires comme dans les Zones Urbaines Sensibles, l'état de santé des populations est plus mauvais, le renoncement aux soins pour raisons financières plus fréquent, l'offre de soins plus rare et l'accès à une complémentaire santé est moindre.

Ce document de travail reprend l'essentiel **des résultats du projet EPIDAURE-CDS** porté en 2008-2010 par l'IRDES, la Fédération Nationale des Centres de Santé et le Centre d'examen de Santé du 93. Cette étude avait voulu analyser les spécificités des Centres de Santé polyvalents en termes d'offres de soins, de consommation de soins, d'accessibilité (notamment pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale). Elle a été menée dans 21 CdS volontaires, municipaux ou associatifs, adhérents à la FNCS, répartis dans 11 communes différentes sur le territoire national et correspondant à 750.000 habitants. Ce travail a permis d'étudier les caractéristiques de la population ayant recours aux CdS d'un point de

vue sociodémographique mais aussi au regard de leur précarité et/ou de leur vulnérabilité sociale mesurée par le Score Épices, et de comparer les populations ayant recours à la médecine générale en CdS à celles ayant recours à la médecine générale sur le territoire national. Cette étude s'appuie sur l'enquête patients du projet Epidaure-CDS et l'Enquête de Santé et Protection Sociale (EPSP) appariée à l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) de 2008. À noter que les CdS de l'échantillon sont surtout localisés dans des quartiers ou des communes économiquement défavorisés ou les populations cumulent les difficultés économiques, sociales, d'habitat, d'état de santé avec une densité médicale et paramédicale moindre. De plus, les territoires d'attraction des CdS couvrent des populations plus défavorisées, comme celles de la commune hôte, mais plus défavorisées que celles du département ou de l'ensemble des communes environnantes. L'enquête EPSP est représentative de plus de 96 % des ménages résidant en métropole et dont un membre au moins est assuré à l'un des régimes de la Sécurité Sociale.

Les résultats : La comparaison des populations recourant à la médecine générale dans les CdS de cette étude à celle recourant nationalement à la médecine générale a montré que celles des CdS se distinguaient sur plusieurs chapitres. En termes socio-économiques et démographiques les patients des CdS sont socio-économiquement plus défavorisés avec des caractéristiques socioéconomiques plus défavorables. En termes d'état de santé, les patients des CdS déclarent un état de santé plus dégradé. En termes de précarité sociale (mesurée par score Épices), les patients des CdS ont un niveau de précarité significativement plus élevé. On peut parler de sur-précarité. Cela surtout chez les non bénéficiaires d'une Assurance Maladie Complémentaire et les bénéficiaires de CMUC ou d'une AMC privée. Toutefois les bénéficiaires de CMUC ayant recours aux CdS, s'ils sont plus précaires ne le sont pas significativement. L'étude a permis de mesurer la propension des CdS à accueillir des populations précaires et vulnérables et aussi d'évaluer le lien entre précarité et niveau de couvertures en termes d'AMC.

En conclusion, l'étude constate que les centres de santé polyvalents, pluridisciplinaires, portant le plus souvent des actions de santé publique sur le territoire environnant, développant un travail d'équipe, pratiquant Tiers payant et tarifs de secteur 1, possédant des accueils conséquents facilitant l'accompagnement, s'ils sont fréquentés par tous les habitants du territoire

⁴⁷ Centre de santé

de proximité, remplissent des conditions d'une accessibilité facilitée pour les populations défavorisées sur le plan socio-économique. La sur-précarité observée chez les bénéficiaires d'une AMC privée laisse penser que l'accessibilité aux soins dans les CdS pourrait être encore améliorée en systématisant la pratique du tiers payant (comme c'est le cas dans beaucoup d'entre eux mais de manière inégale) sur la dépense complémentaire. Par ailleurs, une politique d'accompagnement et d'aide à l'accès à la CMUC ou à l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) plus importante auprès des patients se présentant en CdS pourrait être bénéfique pour ceux-ci.

Note de lecture par Mme Catherine Limousin, CNRS :

« La santé, bien public mondial ou bien marchand? Réflexions à partir des expériences africaines »,

Bruno Boidin, Presses universitaires du Septentrion, septembre 2014, 183 pages

Au moment où Sanofi « débarque » selon les termes mêmes des *Échos*⁽⁴⁸⁾, son directeur Christopher Viehbacher pour recruter Olivier Brandicourt et le placer à la tête de l'entreprise avec une prime de bienvenue de 4 millions d'euros et un salaire annuel de 1,2 million d'euros, peut-on croire une seconde que le titre que donne Bruno Boidin, maître de conférences, HDR, à l'université de Lille 1, *La santé, bien public mondial ou bien marchand?* soit un titre innocent?

L'auteur, qui est aussi corédacteur en chef de la revue *Mondes en développement*, travaille depuis plusieurs années sur l'économie de la santé, le développement durable dans les pays pauvres et plus particulièrement sur l'Afrique subsaharienne.

Dès les premières lignes de son introduction générale, il cite deux déclarations de foi de l'entreprise Sanofi Aventis dont la première phrase due à la plume de son ex-directeur Chris Viehbacher, peut laisser croire à une grande philanthropie et laisser le lecteur et même semble-t-il l'Organisation mondiale de la Santé, d'un optimisme béat: « le défi essentiel des années à venir sera d'éliminer le fossé qui sépare le Nord et le Sud dans l'accès aux soins. En tant que leaders mondiaux de la santé, nous sommes le partenaire naturel

pour atteindre cet objectif⁽⁴⁹⁾ ». Cette citation donne le ton de l'étude qui va suivre.

L'auteur développe une argumentation en trois temps. Il examine dans une première partie la notion de santé comme bien public mondial en démontrant combien cette notion demeure ambiguë. Dans une seconde partie, il analyse les avancées limitées de la coopération internationale pour la santé en étudiant plus particulièrement le déficit de la réglementation juridique d'où découlent d'importants enjeux économiques et sociétaux pour les firmes pharmaceutiques du Nord et met en évidence la très étroite marge de manœuvre des pays émergents. La troisième partie qui est en quelque sorte aussi une conclusion et un appel à la réflexion interroge sur ce que l'on peut attendre des approches de coopération en santé. L'auteur conclut son ouvrage en réaffirmant la « nécessité de considérer la santé comme une priorité internationale, un bien commun », mais ce que l'auteur appelle la RES, soit la responsabilité sociale d'entreprise, que nous appellerons nous, le Capital, ne semble pas prêt à une solidarité sans profit. La santé risque d'être encore longtemps un bien marchand.

Ce livre s'adresse à tous les spécialistes de la santé, ainsi qu'aux simples citoyens qui s'interrogent sur la santé, bien public mondial et sur la nécessité de la mise en place d'une « Sécurité sociale universelle ». Ce livre est à lire.

⁴⁸ Laurent BOISSEAU, « Dirigeants : le recrutement externe coûte cher », *Les Échos*, 2 mars 2015.

⁴⁹ *Sanofi, accès aux médicaments*, p. 3; *Rapport Sanofi sur la responsabilité sociale d'entreprise (RSE)*, 2012, p.6

Le courrier des lecteurs

Prendre soin (*Care*) et luttes de classes

Par le Dr Paul Cesbron

Il peut paraître, sinon insensé, du moins insolite de confronter de tels concepts. Le premier est à l'origine lié aux soins des malades, en français d'ailleurs non distingué du traitement, contrairement à l'anglais qui le différencie du « cure ». Curieusement d'ailleurs car le terme français étend également le soin aux non malades. Le second est lié à l'anthropologie marxiste et considéré comme le moteur de l'Histoire : « L'Histoire c'est l'histoire de la lutte des classes ». Karl Marx s'appuie sur l'analyse sociologique des sociétés humaines qui opposent, dans le mode de production capitaliste après le servage et le féodalisme, les propriétaires de l'appareil de production ou/et de la propriété foncière, et les travailleurs, privés de la « plus-value » qu'ils ont eux-mêmes produite. Le dépassement de cette contradiction nécessite l'appropriation de l'appareil de production par les travailleurs, dans le cadre d'un État dont ils assurent la direction dans le but de construire une société nouvelle appelée communisme caractérisée par l'appropriation collective des moyens de production, la disparition des classes et l'association libre des producteurs de richesse (les travailleurs). Estimant que les classes dominantes ne se laissent jamais déposséder du pouvoir par les moyens pacifiques, luttes pacifiques et démocratiques de toute nature : écrasement (massacre) par les armes en 1905 des manifestations populaires dans la Russie tsariste, puis à la suite de la révolution bolchevique, intervention dès 1918 des armées occidentales, écrasement de la République espagnole, de la Résistance Grecque, du gouvernement démocratique de Mossadegh (Iran), d'Allende au Chili, des guerres de libération nationales..., le mouvement communiste a opté pour l'insurrection populaire avant de revenir à la possibilité d'accès pacifique au socialisme (Maurice Thorez). Les expériences de construction du Socialisme ont jusqu'à ce jour tragiquement échoué aboutissant à des approches théoriques et pratiques nouvelles d'édification d'une société « Communiste ».

Le début de la fin de la domination masculine

Depuis la fin du XX^e siècle s'est produit un bouleversement « anthropologique » (Françoise Héritier) qui n'a pas fini de modifier notre rapport au monde : l'émancipation des femmes qui ont conquis des droits civiques puis la clef de leur fertilité, est un élément fondateur de l'émancipation humaine dans son ensemble. La vague est si forte qu'elle fait

reculer les forces hostiles les plus violentes. Ainsi a-t-on vu certains courants féministes considérer le « care », le soin de soi et des autres, constituer une des caractéristiques de l'expérience sociale acquise dans le cadre d'une donnée universelle et prolongée durant des millénaires de la « domination masculine ». Les femmes possédaient un immense pouvoir, celui de transmettre la vie, non seulement de se reproduire (faire des filles) mais plus fort encore de faire des fils. Il fallait donc les mettre sous tutelle. Leur tâche consistait à faire les enfants, indispensables à la poursuite de la vie, mais plus encore des fils qui avaient pour fonction la construction de la Cité, sa prospérité et souvent son extension. Aussi les femmes eurent pour participation à la vie sociale, principalement le soin, l'attention à l'autre (A différent voice, Harvard U.P.1982, Une voix différente. Flammarion 2008), ce qui ne les mettait pas à l'abri des travaux difficiles.

Reste cependant l'exploitation du travail !

Nous y voici. Cette forte donnée anthropologique étant théoriquement admise et ses conquêtes déjà considérables (rien n'est cependant définitivement acquis), les sociétés humaines restent violentes, injustes et souvent bien peu démocratiques, y compris la nôtre. D'ailleurs y a-t-il des lieux dans le monde dépourvus de toute forme d'oppression ? Les libertés ne sont-elles pas le fruit des luttes des opprimés eux-mêmes ? La liberté est-elle compatible avec les injustices (inégalités) ? Et pour revenir au « care », besoin ou nécessité le plus proche de l'aspiration à la fraternité, peut-on raisonnablement imaginer qu'une société fraternelle naisse et se développe à l'ombre de plus en plus sombre du Capital. Il marque les sociétés humaines de son principe fondateur qu'est l'exploitation du travail des humains. Quoi qu'en pense Adam Smith et compagnie.

D'ailleurs les critiques de tous côtés n'ont pas manqué : « maternalisme », « évangélisme » étant les plus polies. Michel Onfray, modeste philosophe, depuis qu'il a acquis sa notoriété, n'économise pas sa cinglante ironie pour briser l'élan de générosité pré-présidentielle de Martine Aubry (Médiapart 2 04 10) et de ses inspiratrices (Le Monde 12 06 2010). C'est ce qu'on appelle, le franc-parler ! Parce que l'objectif de la candidate malheureuse (voilà où la démocratie nous mène !) aux élections primaires du Parti socialiste proposait à son Parti une Société du « care ». Manuel Vals dont les qualités de soigneur font merveille, lui rappelle fraternellement que « l'individu (!) n'est ni malade, ni en demande de soins » (Le Monde 14/05/2010). Martine Aubry qui a quelque expérience de la société

française avait cependant de réelles raisons de s'inquiéter et voulait tenter d'apporter un peu de baume au cœur de ses électeurs putatifs.

Et les communistes alors que pensent-ils ?

Leur long combat pour la justice dont ils estiment et ils ont de fortes raisons de le croire, qu'il passe nécessairement par la disparition de l'exploitation des travailleurs, n'est pas un chemin bordé de roses. Leur goût de la fraternité qu'ils et qu'elles ont acquis dans le partage d'une vie commune, de luttes pour le mieux-vivre, parfois de souffrances, ne leur vient pas du ciel. Mais surtout, si le *care* ne leur dit pas grand-chose, c'est bien la dignité de tous et la paix entre les peuples, qui constituent leur objectif. Ainsi les luttes de classes nées de l'injustice, du mépris et des violences des sociétés de classes, créent-elles les conditions qui permettent l'émergence d'une société du *Care*, du prendre soin, de l'attention à l'autre, d'une société de liberté, d'égalité et de fraternité.

N'est-ce pas cela que nous appelons l'Humain d'abord ?