



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°13
juin
2014



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 Abdelmajid 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.

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 :

La réforme territoriale va aussi toucher la santé Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles :

Jacques TESTART, un prophète de malheur ? Par le Dr Paul Cesseront	Page 10
Fusion IR/CSG : est-ce bien raisonnable ? Par Jean-Marc durand, économiste à la Banque de France	Page 13
« CSG progressive » ? Attention danger ! Par Frédéric Rauch, économiste	Page 15
Un projet de loi de financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2014 dangereux pour le devenir de notre modèle social Par Mme Catherine Mills, économiste de la santé	Page 18
Quels enseignements tirer des nouveaux traitements de l'hépatite C ? Par le Dr May, médecin au Centre de santé à Malakoff	Page 23
Complémentaire santé d'entreprise obligatoire : l'enfer est toujours pavé de bonnes intentions Par Frédéric Rauch, économiste	Page 26
Prévalence et caractéristiques associées à l'utilisation de la contraception chez les mineurs : <i>Une étude auprès de 430 lycéens de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis suite à la mise en place du « Pass' Santé Contraception » en Île-de-France</i> Par les Drs Roze M., Lazimi G. & Rondet C.	Page 31
Éléments de réflexion concernant les Agences Régionales de Santé Par Jean-Luc Gibelin, responsable du secteur santé/protection sociale du PCF	Page 39
Billet d'humeur : Loi santé publique, le rendez-vous manqué ! Par Jean-Luc Gibelin	Page 43

Le dossier : santé & protection sociale en Europe

Schéma général de l'organisation des systèmes de soins en Europe Par Patrice Voir, responsable de la commission santé de l'ANECR	Page 45
---	---------

L'Europe est malade : Santé des Peuples ou Santé du Capital ? Note de la rédaction	Page 48
Quels enseignements tirer du dernier Panorama de la Santé de l'OCDE ? Par le Dr Michel Limousin	Page 52
L'organisation du secteur de la santé et de la protection sociale en Pologne Par Mme Agnieszka Fedorczyk, journaliste à la Gazeta	Page 59
Santé et Austerité : Quels constats issus du « laboratoire » grec ? Par le Dr Emmanuel Kosadinos, psychiatre,	Page 62
<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 70
<hr/>	
<i>Les notes de lecture</i>	
<hr/>	
Le Corps-Marché, La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bio-économie, Céline Fontaine dans la collection « La couleur des idées » au Seuil, en avril 2014 par Jean-Pierre Basset.....	Page 76
Quel monde demain ? Par Jacques Bénézit, secrétaire de la rédaction de La Pensée	Page 77
Contribution : les rapports de Denys Robillard, acte 2 par Jean-Pierre Martin	Page 77
<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 81
<hr/>	
<i>Les Documents :</i>	
Document unique : Communiqué du Mouvement de Défense des Hôpitaux Publics du 23 avril 2014	Page 87

Éditorial

La réforme territoriale va aussi toucher la santé

Qu'entend-on alors aujourd'hui par « réforme territoriale » ? Depuis le discours de politique générale du premier ministre il est surtout question de la disparition des conseils généraux et de la division par deux du nombre de régions. Mais la réforme projetée est d'envergure et ne dit pas ses conséquences très nettement. On a bien compris que derrière l'enfumage sur la composition territoriale des régions (où sera situé le Limousin ?), c'est une politique de recomposition de la démocratie locale qui est à l'œuvre et une politique de réduction des dépenses. Au fond, les citoyens sont incapables de s'administrer, ils dépensent à tort et à travers. On va régler cette affaire ! La santé et la protection sociale dans son acception la plus large seront touchées.

À propos de la disparition des départements : après avoir annoncé la fin des départements, le premier ministre a précisé qu'il s'agissait en fait des conseils généraux qui disparaîtraient (4000 élus), car les départements, structures administratives déconcentrées de l'État, demeureraient avec à leur tête des Préfets. Sur cette lancée, le ministre de l'intérieur a annoncé travailler à la réorganisation des services de l'État afin d'assurer le renforcement de sa présence dans les territoires pour faire face au dépérissement de l'action des conseils généraux... tout particulièrement en zone rurale (soit sur près de 90 % du territoire). Il a donc annoncé le renforcement du rôle des Préfets en lieu et place des élus...

En fait en refusant de prendre le risque d'une révision de la Constitution, le gouvernement devra garder une structure de collectivité territoriale dénommée « département », disposant de réelles compétences, lui permettant d'exercer sa libre administration, et dirigée par une assemblée. Pour y parvenir le projet devrait mettre en place une telle collectivité territoriale, hors les départements disposant d'une métropole et sans doute avec une assemblée élue au deuxième degré, ou en réinventant le conseiller territorial, l'élue à deux têtes. Il semblerait que cette collectivité départementale devra disposer de compétences plus larges que la seule gestion des allocations de solidarité. De plus il est éventuellement prévu de confier la gestion de ces allocations, ou d'une partie de celles-ci, aux Caisses d'Allocations Familiales. Reste une question... Actuellement les conseils généraux puisent dans leurs budgets de 7 à 8 milliards pour faire face aux dépenses totales des allocations de solidarité, aussi qui paiera à l'avenir ? La mission principale des départements est bien leur mission sociale : n'est-ce pas cela qui est visé ? Par exemple, c'est le département qui gère la PMI. Cette forme essentielle de médecine préventive pour l'enfant est déjà en difficulté par manque de médecins, de personnels, et de moyens. Que va-t-elle devenir ?

En effet en même temps que les mesures précédentes, le Premier ministre a aussi annoncé la diminution de 11 milliards des dotations aux collectivités sur trois ans. Si la réduction devait se faire à raison de 3.6 milliards par an avec effet cumulatif (3.6 la première année, 7.2 la deuxième, 10.8 la troisième) ce serait alors 21.6 milliards d'euros qui seraient ponctionnés en trois ans soit 13 % des dotations. C'est l'étranglement des dépenses territoriales de santé.

Pire, la ministre M. Lebranchu a, quant à elle, annoncé la refonte de la Dotation Globale de Fonctionnement et de ces critères d'attribution dans le cadre de la loi de finances 2015. D'ailleurs, au cours de diverses interventions, la ministre n'hésite pas à mettre en avant un nouveau principe celui de la « conditionnalité des dotations », ce qui serait une manière détournée de remettre en cause la libre administration des collectivités territoriales et de re-centraliser l'action publique locale par le biais du financement.

Tout en perdant sa compétence dite « générale », la région verra ces compétences renforcées, d'une part en récupérant une partie de celles auparavant dévolues aux départements et par de nouveaux transferts de l'État. Ainsi pourra-t-elle encore participer au financement de l'investissement des structures de santé territoriales ? Sinon, qui le fera ?

On dit que les métropoles vont voir leurs compétences élargies à partir de celles des départements et sans doute de nouveau au détriment des communes. Une nouvelle carte intercommunale va être mise en place. Elle sera construite à partir des bassins de vie, dont le périmètre est défini par l'INSEE, à partir des critères suivants : « Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants ». Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 grands domaines : - services aux particuliers - commerce - enseignement - santé - sports, loisirs et culture - transports. Les intercommunalités seront alors de 10 000 à 20 000 habitants au minimum. Cela ferait passer de 2200 à 1600 le nombre d'intercommunalités en France. L'horizon 2018 a été annoncé pour mettre en œuvre cette nouvelle carte, mais d'ores et déjà une modification est en cours pour les départements de la grande couronne de Paris, suite à la mise en place, à venir, de la Métropole. Et quid des hôpitaux intercommunaux ?

Et les communes dans tout ça ? Pour le moment rien n'est dit sur la possibilité d'en réduire le nombre. La technique est plutôt de les vider de toute substance. Cependant il n'est pas interdit de penser que le nombre de communes

finisse par être posé dans les débats qui vont s'ouvrir. L'axe actuellement qui commence à effleurer dans les débats est la problématique de leur nombre et du nombre d'habitants qui les compose.

Au total, ce sera moins d'argent pour les politiques concrètes de prévention (l'État est incapable de les gérer directement), moins de possibilité d'accès aux soins, au dépistage, au suivi médico-social, moins de possibilité pour le citoyen d'intervenir. Toutes ces réductions budgétaires et

organisationnelles signifient moins de proximité. Tout ceci est très inquiétant.

**Dr Michel Limousin,
Rédacteur en chef.**

Prochains dossiers à paraître :

Numéro de septembre 2014 : **Propositions pour une Loi sur l'Autonomie des personnes** par M. C. Chavrot

Numéro de décembre 2014 : **La protection sociale dans les pays émergents et du tiers-monde** par M^{me} B. Destremau

Numéro de mars 2015 : **Les professions de santé** par le Dr May

Articles

Jacques TESTART, un prophète de malheur ?

(*À propos de l'article : « Repenser la procréation médicalement assistée » Le Monde diplomatique, avril 2014*)

Par le Dr Paul Cesbron

Nous savons tous que les seuls bons prophètes sont ceux qui nous avertissent de la proximité de l'incendie. Et pourtant nous ne les aimons guère. Leur insistance mise sur le compte d'obsession névrotique nous empêche rarement de dormir. Mais elle nous agace. Nous leur couperions volontiers la langue.

Jacques Testart apôtre en son temps de la Révolution permanente a rejoint le camp de Jérémie, Cassandre, Walter Benjamin et plus précisément celui d'un des premiers grands témoins de notre capacité à modifier les propriétés de notre propre corps : Aldous Huxley. Nous fonçons à vive allure vers l'horreur du « Meilleur des mondes » (1931). Celui, nihiliste, du « droit au désir et à la liberté sans limite de la science qu'il a engendrée » pour reprendre le lucide et dur jugement porté par Julia Kristeva.

Quant à Aldous Huxley, il partage ce pessimiste sur l'avenir de la société. Dans sa préface à l'édition française de son best-seller (1946), il nous dit sans ambages : « aujourd'hui, il semble pratiquement possible que cette horreur puisse s'être abattue sur nous dans le délai d'un siècle ». Yves Heudes ne dit pas autre chose dans le quotidien *Le Monde* du 5 août 2005 : « dans un quart de siècle, si la loi suit la science, des bébés parfaits, taillés sur mesure, voire « améliorés » pourront voir le jour grâce à la manipulation de leurs gènes au stade de l'embryon ».

Cependant, notre « assistant médical à la procréation » (A.M.P.), ancien associé d'un mandarin aux pieds nus, adepte à cette lointaine époque de la révolution culturelle prolétarienne (« *L'œuf transparent* », 1986), ne désespère pas depuis la naissance d'Amandine le 25 février 1982. Il a même participé à la mise au point de la congélation d'embryons qui permet de garder des années au frais, des sœurs et frères de toutes les Amandines du monde en attendant leur réintégration dans le ventre des femmes (et éventuellement des hommes pour un futur plus lointain) qui le désirent.

Pour un bouleversement anthropologique, comme le dirait Françoise Héritier, c'en est un ! Toute la famille fécondée le même jour, faite d'enfants qui vont naître à des années d'intervalle. En 1989, Monette Vacquin, reprenant

le mythe de Frankenstein (« Frankenstein ou les délires de la raison »), en fait le début d'une histoire qu'elle considère comme dangereuse. Elle glorifie alors la décision du biologiste de la reproduction, d'abandonner cette voie de la recherche qui « œuvre » à un changement radical de la personne humaine, « là où la médecine procréative rejoint la médecine prédictive » (« *L'œuf transparent* », 1986).

Néanmoins un tel sacrifice consenti ne gêne guère la poursuite de cette aventure médico-scientifique. Faire des enfants « hors sexe » apparaît même comme une évolution irrépensible de l'espèce humaine, comme elle l'est déjà dans de nombreuses espèces animales. Monette Vacquin suspecte d'ailleurs beaucoup les médecins de s'être saisis du prétexte des stérilités féminines pour réaliser ce vieux rêve. D'autant que ces techniques vont bientôt s'appliquer à la stérilité des hommes. Et puis nous assurons désormais la fécondation nous-mêmes avec des micropipettes manipulées par des instruments effarant de précision, sous microscope (insémination intracytoplasmique du sperme, I.C.S.I.).

Après le vieux don du sperme (I.A.D. : insémination avec sperme de donneur), voici le don d'ovocytes puis d'embryons. Bref, tout un commerce nouveau qui a de quoi donner le vertige. De fil en aiguille, on en arrive au tri d'embryons (par diagnostic préimplantatoire, D.P.I.) qu'avait prédit Jacques Testart dès 1986. L'avenir peut alors paraître écrit : déssexualisation de la reproduction humaine et sélection génétique des futurs humains. Avouons que nous ne sommes plus très loin de la fiction anticipatrice d'Aldous Huxley.

D'ailleurs un autre biologiste, philosophe de surcroît, confirme cette évolution. Henri Atlan, pense que quelques décennies nous séparent de la possibilité d'obtenir des grossesses hors de l'utérus (« *L'utérus artificiel* », 2005).

Ainsi s'achèverait l'émancipation des femmes, jusqu'alors enfermées dans les obligations de la vie domestique en raison même de leur fonction reproductrice ! Sans doute s'agit-il plus d'une mise en garde ironique que d'une promotion de la part d'un sage, peu adorateur des seules prouesses techniques.

Qu'importe ! Jacques Testart n'a-t-il plus la volonté de bouleverser les rapports sociaux et aurait-il définitivement admis notre vieux mode de production ? On le dirait. Toujours est-il que les risques d'un « eugénisme » souhaité par les gens eux-mêmes en leur garantissant la qualité de leur enfant (interview du 19 mars 2014 à Agnès Noël), lui paraissent-ils bien réels. Au fond nos sociétés inclineraient volontiers vers des organismes humains génétiquement modifiés O.H.G.M. (« Faire des enfants demain », 2014). Ne sommes-nous pas déjà dans une société de « consommation », transformant de nombreux « produits humains » : sang, organes, mais aussi naissances, malades et morts, en marchandises. L'assistance médicale à la procréation (A.M.P.) est un marché d'avenir prêt à toutes les manipulations en particulier publicitaires.

Dans une interview donnée le 15 octobre 2003 au quotidien l'Humanité, alors que notre moraliste en blouse blanche était directeur de recherche à l'Institut National des Statistiques et des Recherches Médicales (I.N.S.E.R.M.) préconisait des consultations démocratiques, « Il faut, disait alors Jacques Testart, *convaincre les gens qu'ils sont capables de comprendre et de choisir, qu'ils peuvent refuser l'aliénation qu'induisent chez eux les discours d'experts* », reprenant un thème cher à Paul Ricoeur : ceux-ci n'ont aucune autorité particulière à ce propos. On ne devrait plus parler de « progrès » sans avoir clairement démontré le mieux que retirerait l'humanité d'une innovation technique car poursuit-il, « chaque citoyen dispose d'un avantage énorme sur le savant : il est « totipotent ». Aussi en appelle-t-il à la constitution de « conférences citoyennes », produisant une « rationalité délibérative » pour reprendre l'expression de Habermas et proposant des priorités à la recherche scientifique et des évaluations éthiques en avant même de la production de techniques nouvelles. De telles consultations mettraient fort opportunément à l'épreuve les capacités démocratiques de nos sociétés.

Démagogie ? Après tout Jacques Testart ne serait pas aussi pessimiste qu'il n'y paraît. Il fait de l'extension démocratique un moteur des progrès. Alors que la recherche du profit dévoie la démarche scientifique en l'arrachant à l'hédonisme de la connaissance afin de la canaliser dans les eaux froides et glauques des paradis artificiels de la rente.

Nous serions donc à nouveau tombés dans les vieux fantasmes néodarwiniens des XIX et XX^{es} siècles de « l'amélioration de la race ». Non plus dans leur forme daltonienne du retour à la sélection naturelle, de la loi de la jungle, de la domination des plus forts, mais dans celle douce et bien heureuse, si ce n'est illusoire, de la callipédie (l'art de faire de beaux enfants), et donc de la *callipédie assistée médicalement*. Adolphe Pinard, père putatif de

l'obstétrique moderne, en avait rêvé. Les quelques millions d'enfants nés certes dans des conditions laborieuses depuis 35 ans par les différentes techniques toujours plus sophistiquées de l'A.M.P., représentant plus d'un enfant sur cinquante dans les pays occidentaux, désormais à peu près identiques à tous leurs frères et sœurs nés « naturellement », ne seraient que l'avant-garde de futurs grands troupeaux humains plus ou moins falsifiés, conçus et bientôt mis bas « hors sexe », sans autre raison que celle de la servitude volontaire générée par nos sociétés « néolibérales ».

Au programme « l'homme compétitif », sans doute « clivé » loup, mi-agressif et cynique, agneau, mi-docile et grégaire. Il y a bien de quoi s'inquiéter si l'on entend l'écrivain biologiste. Jacques Testart est en effet un prophète de malheur, un « lanceur d'alertes » selon la terminologie en cours. Ayant sans doute fait le deuil de ses rêves égalitaires et transformateurs de sa jeunesse, mais irréductiblement fidèle à la tradition démocratique du progrès, version plutôt proche de celle de Walter Benjamin (« Sur le concept d'Histoire » 1940) que d'Yvan Illich qu'il a pourtant bien aimé, il veut être entendu et refuse de crier dans le désert. Il écrit, parle et reedit sans cesse, s'emparant avec bonheur de tous les moyens dont il peut disposer. Reconnaissons qu'ils sont bien faibles au regard du discours dominant. Mieux encore, Jacques Testart nous offre de bons contrepoisons et de belles voies alternatives. Les conférences citoyennes larges et disséminées aux quatre coins du monde, capables d'imposer leurs choix aux firmes et d'infléchir les décisions des représentants élus à tous les niveaux. Il avance également l'idée fort simple de « l'aide conviviale à la procréation ». Il s'agit bien de briser les prétentions normatives de nos sociétés à forte tendance « totalisante » et « liberticide » au sens indiqué précédemment et cité en exergue, de Julia Kristova dans *Le désir du gène* (1992).

C'est aussi la condamnation de la société biopolitique dont l'émergence apparaît avec la Révolution française selon Michel Foucault. La domination des possesseurs du capital, l'idéal bourgeois des propriétaires amèneraient nos sociétés à un hygiénisme rampant, à la fois médical, social et moral se donnant pour moyens l'intervention de plus en plus intrusive, intime et oppressive dans la vie de tout individu, ou plus précisément de toute personne, au prétexte d'assurer son « bien-être ». Ce sont les possesseurs qui investissent dans ce que l'on nomme les « progrès de la médecine » et qui sous nos yeux ébahis dictent les conditions de vie de tous à partir de toutes les places boursières de la planète.

Ainsi conclut l'un des fondateurs de l'assistance médicale à la procréation, bien placé pour connaître avec précision les « déchainements destinés à satisfaire encore des groupes de plus en plus réduits », nous enfermant dans une

« impasse tragique ». Cependant, la dernière phrase de Jacques Testart concluant un article consacré à son dernier essai : « Faire des enfants demain » reste imprécise. Certes le vieux concept marxiste de lutte de classes sent beaucoup le fagot. Mais peut-on dire que cette lutte sans nom est une « course de vitesse entre l'autonomie de la technique et l'autolimitation de la puissance humaine ». Expression rappelant la formulation d'apparente fermeté et précision : la « finance, invisible » cynique et dominatrice, et qui dissimule la faiblesse et la duplicité de son auteur, François Hollande, candidat alors à la présidence de la République. N'est-ce pas plutôt simplement une nouvelle étape de la poursuite sans fin des luttes démocratiques, moteurs de notre humanité auto-transformatrice, avide de liberté et n'y trouvant de sens que dans et par l'égalité et la fraternité.

Jacques Testart comme chacun d'entre nous a mille raisons de douter et c'est cette capacité critique qui lui donne et nous donne cette force créatrice de « repenser la procréation assistée » (Le Monde diplomatique, avril 2014), en repensant sans cesse le monde et par là les relations humaines. En effet, les préoccupations de l'auteur au sujet de la plus intime des relations sociales, celle qui jusque-là a constitué une des bases culturelles de l'organisation de nos sociétés : la procréation, le patriarcat, la filiation et les modes de parenté, jouent évidemment un rôle essentiel dans l'histoire humaine.

On a vu disparaître récemment le monopole du mariage hétérosexuel et monogame. bouleversement apparemment paradoxal puisqu'il consacre un des piliers des sociétés bourgeoises déjà grandement désaffecté. Ce n'est pas l'A.M.P. qui a fortement contribué à l'ébranlement de la vieille famille nucléaire mais elle pourrait y contribuer par le jeu cette fois ouvertement déployé de la multiparentalité, à la fois sociale et gamétique. Mais déjà « l'aide conviviale à la procréation » très ancienne, multiculturelle, officielle ou clandestine avait fragilisé les apparents contrats écrits ou oraux.

Bref, ce n'est pas le mariage pour tous qui va consolider cette triste et oppressive institution. Peut-être aura-t-il consacré la reconnaissance dans l'espèce humaine de la richesse de la diversité affective et brisé l'hypocrite et parfois criminelle arrogance du modèle occidental unique. Faut-il rappeler les violences intraconjugales, intrafamiliales, de toute nature y compris à ce propos, sexuelles.

Lentement, mais sûrement, les luttes émancipatrices des femmes qui concernent beaucoup les hommes, ont réalisé ce bouleversement anthropologique dont nous a parlé Françoise Héritier en assurant à ce jour le contrôle de leur propre capacité reproductive. Peut-on imaginer que l'on

s'en tiendra à ce succédané démocratique qui a pour nom « parité » ? Les bouleversements sont et seront bien plus étendus tant sur le plan social et culturel. La filiation elle-même en sera affectée.

Faut-il accepter une grossesse pour autrui (G.P.A.) qui ne soit issue de *l'aide conviviale* ? Non il faut avec fermeté combattre la réification commerciale du corps des femmes dans la prostitution comme dans la G.P.A. actuelle.

Que signifie alors le « droit à l'enfant » sinon l'émergence consommatrice cachant servilité et grégarité.

Oui, les homosexuels femmes et hommes peuvent être des parents « suffisamment bons, suffisamment aimants et la vie sociale suffisamment riche pour assurer à tous les enfants, quels que soient leurs parents, ce rapport différencié aux deux sexes », sans doute nécessaire à notre structuration psychique.

Faut-il recourir « également » à la médicalisation, la procréation chez les couples fertiles mais homosexuels ? Rappelons seulement que cette question ne se pose qu'en raison d'une extension sans fin des indications de l'A.M.P. liée aux incitations socioculturelles des sociétés consommatrices de tous les biens « offerts » entre autres par les trusts pharmaceutiques.

Il s'agit donc d'une égalité d'élevage industriel. Les citoyens ont beaucoup mieux à inventer en termes d'égalité et de fraternité. Tenons-nous en donc aux humaines et belles solutions prescrites par le Docteur Jacques Testart, fils spirituel de Jean Rostand (« *Des grenouilles et des hommes* » 2000). Remercions-le.

Fusion IR/CSG : est-ce bien raisonnable ?

Par Jean-Marc DURAND, économiste à la Banque de France.

À la veille des discussions préparatoires de la loi de finances 2015, le débat sur les prélèvements fiscaux est relancé. Il intervient sur fond d'une situation économique et sociale qui ne cesse de se dégrader. Chômage et précarité progressent alors que la croissance stagne. Elle a été de zéro pour cent au cours des trois premiers mois de 2014 et les prévisions en la matière, pour la France comme pour l'Europe, ne donnent pas beaucoup de raisons d'espérer en un redémarrage. La BCE elle-même s'en inquiète fortement ayant décidé d'abaisser son taux directeur de moitié en le portant à 0,15 % afin de relancer l'activité.

Pour autant le pacte de responsabilité qui consiste à distribuer 53 milliards d'euros au Medef sera appliqué sans hésitation comme l'a rappelé dernièrement le Premier Ministre. Une nouvelle fois cette offrande au capital va se traduire par des coupes supplémentaires dans les dépenses publiques et sociales (18 Mds € sur les dépenses de l'État en gelant le point d'indice des fonctionnaires et en continuant les suppressions d'emplois, 11 Mds € sur la protection sociale et en gelant les retraites, 11 Mds € d'économie sur les dotations aux collectivités territoriales). Le reste sera trouvé dans la poche des contribuables avec la hausse notamment de la TVA, l'augmentation des cotisations sociales et l'installation de la fiscalité verte.

Malgré ces mesures, il n'est pourtant pas du tout certain que le gouvernement arrive à boucler budgétairement cette opération. Une des causes est la faiblesse des rentrées fiscales. Sur le montant estimé pour 2013, 11 Mds € manquent à l'appel et se dessine pour 2014 un scénario du même type avec une réduction des recettes fiscales estimées à 6 Mds €. On remarquera simplement que cette situation intervient alors que les mesures fiscales décidées par N. Sarkozy puis par F. Hollande représentent une augmentation des prélèvements fiscaux de 60 Mds € (2/3 supportés par les ménages, 1/3 par les entreprises). La cause essentielle de cet état de fait est la baisse d'activité et la chute de la consommation qui impactent durement l'assiette des prélèvements fiscaux.

Nécessairement, il y a de quoi s'interroger sur l'efficacité de mesures qui ne font qu'ajouter de l'austérité à l'austérité et enfoncent la France dans le marasme économique et social, lui dessinant un avenir à la grecque. Le souci de questionner la nature et l'efficacité des prélèvements fiscaux est légitime et même salutaire. Cependant il s'agit de

mesurer la portée des propositions de réformes avancées, dont certaines refont d'ailleurs régulièrement surface et dont l'application risquerait de n'être que des leurres. Telle semble être le cas de la proposition de fusion entre l'impôt sur le revenu (IR) et la contribution sociale généralisée (CSG), ou alors dans une version soft, de l'instauration d'une progressivité de la CSG.

Cette proposition qui faisait partie du programme du candidat Hollande, est à la fois socialement injuste et économiquement inefficace. Pour une raison principale c'est qu'elle ne concerne que les revenus des personnes donc ne touche pas les entreprises, et qu'elle travaille une transformation radicale des prélèvements fiscaux et sociaux dans notre pays.

À ce propos il n'est pas inutile de rappeler les attendus d'un rapport sur le sujet émanant des services du Ministère des Finances, tenu secret et révélé au cours de la première semaine de décembre 2013. Ce rapport faisait suite à étude réclamée par le parlement conduite par la direction de la législation fiscale et la direction de la Sécurité sociale et bouclée en 2012.

Ce rapport présente trois scénarios testés à partir de schémas plus ou moins redistributifs (les variantes portent essentiellement sur les hypothèses retenues en matière de quotient familial et de quotient conjugal et les barèmes comprennent une dizaine de tranches de 0 % jusqu'à 51 % ou 55 %), tous étant à produit constant et sur la base d'une assiette intermédiaire entre la CSG et l'IR. Dans tous les cas, **le nombre de perdants excède 9 millions de foyers, et 35 % à 45 % des perdants disposent de moins de 26 000 euros de revenus.** En outre, près de **1 million de foyers perdants déclarent moins de 14 000 euros de revenus.** Les familles avec enfants apparaissent également perdantes du fait qu'« *une partie des sommes consacrées à la famille est dirigée vers les non imposables.* »

Qu'ajouter de plus à une telle démonstration ? Sauf à préciser les quatre points suivants et à souligner une sorte d'incongruité.

1- Que ce soit la proposition de fusion IR/CSG ou de progressivité de la CSG, les deux visent à installer quasi définitivement la CSG dans le paysage des prélèvements obligatoires dans notre pays alors que l'alternative consiste à l'abandonner progressivement.

2- Avec une CSG progressive, une large porte s'ouvre à sa fusion avec l'IR, lui-même progressif. Et faisant d'une pierre deux coups, se concrétiserait l'idée consistant à faire payer de l'impôt direct sur le revenu dès le premier euro de ressource: un choix qui participerait à maintenir les revenus, notamment les salaires, à un bas niveau et qui dégagerait la voie pour de futures augmentations de taux avec un risque d'augmentation de la pression fiscale sur les plus faibles revenus alors qu'elle atteint déjà des sommets.

3- Dans les faits, les propositions autour de la CSG et de l'IR visent profondément à modifier la nature des prélèvements fiscaux et sociaux dans notre pays. Il s'agit de poursuivre et d'accélérer le désengagement des entreprises du financement des budgets publics et sociaux. Fiscalement en augmentant l'impôt des personnes et en baissant l'impôt des entreprises (Impôt sur les sociétés – IS- et impôt local). Socialement en transférant le financement de la sécurité sociale des cotisations patronales vers la fiscalité des personnes. Une tendance que les chiffres actuels confirment. Le produit de la CSG devrait être en 2013, 90,5 Mds € représentant 20,4 % des recettes du régime général de la sécurité sociale, le rendement de l'impôt sur le revenu étant de 67 Mds, (+ 12,5 % par rapport à 2012).

4- In fine, se dessine l'introduction de la retenue à la source. Après la suppression du financement de la branche famille par les entreprises, la progressivité de la CSG et sa fusion programmée avec l'IR seraient un motif supplémentaire de mise en cause du quotient familial. Et chacun sait qu'une fois le quotient familial abattu, la voie royale s'offrirait à la retenue à la source sur les revenus salariaux exclusivement; faisant des entreprises le collecteur de l'impôt, rendant indolore les prélèvements fiscaux sur les revenus modestes et moyens et préfigurant le rattachement à cette retenue de la taxe d'habitation dont on sait, dans la configuration actuelle, le poids qu'elle devrait prendre.

Enfin on ne peut manquer de s'interroger sur l'insistance à trouver une totale nouveauté à la proposition de progressivité de la CSG. La CSG, telle qu'elle est aujourd'hui, même si son taux principal est de 7,5 %, s'applique déjà selon une diversité de taux bien réelle tenant compte dans les faits, de la capacité contributive de certains contribuables, voir le tableau en annexe.

Par ailleurs peut-on vraiment parler de progressivité lorsque les taux marginaux proposés seraient à l'horizon 2017 de 6,5 % pour les revenus entre 12 000 € et 26 000 € et de 8 % entre 71 000 € et 110 000 € ?

S'il y a un aspect essentiel sur lequel il est possible que le plus grand nombre s'accorde à gauche, c'est sur l'urgence et la nécessité d'une réforme de la fiscalité et de ses prélèvements. Mais une réforme de progrès qui ambitionne une tout autre redistribution de la richesse soutenant un

nouveau mode de sa production avec des critères de prélèvement fondés à la fois sur une meilleure répartition et une nouvelle incitation.

En la matière, il y a un travail considérable à mener tant les recettes fiscales ont été amputées au cours des dernières décennies. Gilles Carrez, lui-même constatait dans un rapport rendu public en 2010 que les recettes fiscales avaient été amputées de 120 Mds € entre 2000 et 2010 sous l'effet des différentes réformes conduites au cours de cette période. Si on effectue le même travail sur la période 2009 - 2013, ont atteint en montant cumulé, le double.

« CSG progressive » ? Attention danger !

Par Frédéric Rauch, économiste

N.D.L.R. : Parmi les propositions émanant de l'Appel des 100 socialistes qui pourraient marquer un accord de nos groupes parlementaires lors de la discussion de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale rectificative (LFSS), la proposition de mise en place d'une « CSG progressive » est avancée. Cette note propose de mesurer le contenu, la nature et le sens de cette proposition socialiste.

Synthèse :

La CSG est un impôt sur tous les revenus des ménages, dont le produit est intégralement affecté au financement de la sécurité sociale. Elle est arithmétiquement progressive en fonction des revenus ; plus les revenus croissent et plus le montant de l'impôt est élevé. Par ailleurs, plus de 14 millions de ménages sont totalement ou partiellement exonérés de CSG compte tenu de la faiblesse de leurs revenus. Instaurer un système de taux progressif de CSG en fonction du barème de l'impôt sur le revenu comme le proposent les socialistes de « l'Appel des 100 » se traduira par l'entrée dans le champ de la CSG de 5 et 7 millions de foyers aujourd'hui exonérés. Pour eux, cela se soldera par une baisse du pouvoir d'achat. Elle ne s'en cache pas, la proposition socialiste de « CSG progressive » est une première étape vers la fusion IR/CSG. Cette fusion entérinerait le mouvement de fiscalisation des recettes de la sécurité sociale de ces 20 dernières années, renforçant les arbitrages financiers de l'État sur les prestations en faisant entrer le produit de la CSG dans le budget de l'État, tout en continuant de déresponsabiliser socialement les entreprises. La fusion travaille aussi l'idée d'une harmonisation fiscale de type fédéraliste au sein du couple franco-allemand, au moyen d'une harmonisation des structures fiscales et sociales du coût du travail entre les deux pays, se traduisant en France par une réduction à terme de l'ordre de 90 milliards d'euros du coût du travail pour les entreprises. Cette fusion serait en outre un cheval de Troie pour la mise en place de la retenue à la source, elle-même source de bien des dangers.

Rappels sur la CSG

Le dispositif CSG

Créée en 1990, la CSG est composée de 4 impôts distincts portant sur 4 assiettes distinctes auxquelles sont appliqués des taux différents :

- revenus d'activité (salaire, traitement, participation et intéressement, plan d'épargne entreprise, allocation de préretraite postérieure au 11 octobre 2007) avec un taux de 7,5 % ;
- revenus de remplacement ou de transfert avec 3 taux : 6,6 % pour les allocations de retraite, d'invalidité et de préretraites antérieures au 11 octobre 2007 ; 6,2 % pour les indemnités chômage, journalières, maladie, maternité et accident du travail ; 3,8 % pour les chômeurs dont l'impôt sur le revenu n'est pas recouvré ;
- revenus du patrimoine et du capital avec un taux de 8,20 % ;
- revenus tirés des gains et mises de jeux avec un taux de 9,5 %.
- Appliqués aux revenus des ménages, ces impôts ne concernent donc pas les entreprises. Le montant global de recettes fiscales de la CSG était de 90,5 milliards d'euros en 2013. Selon le Projet de LFSS 2014, il est attendu 93,5 milliards d'euros pour 2014. 70 % de ce produit est tiré des revenus d'activité, 18,5 % des revenus de remplacement, 11 % des revenus du patrimoine et du capital, 0,5 % des revenus des jeux.

1. Les conditions d'exonération de la CSG

Certains revenus de transferts sont exonérés de CSG sous conditions de ressources :

- Les pensions de retraites ou d'invalidité, lorsque le bénéficiaire perçoit un avantage non contributif sous condition de ressources ou lorsque son revenu fiscal de référence est inférieur à 10 224 euros pour une part et 15 684 euros pour 2 parts.
- Les allocations-chômage sont exonérées, lorsque le prélèvement de CSG ferait baisser le montant net de l'allocation sous le SMIC brut ou lorsque le revenu fiscal de référence de son bénéficiaire est inférieur à 10 224 euros pour une part et 15 684 euros pour 2 parts.
- D'autres sont totalement exonérés de CSG :
- Les minima sociaux liés au handicap (AAH, AEEH, APA)
- Les allocations familiales (ALS, ALF, APL, Paje, ASF, ARS, AJPP)
- Le RSA
- Les allocations de solidarité (ASS, ATA)
- La rémunération des apprentis
- Les bourses étudiantes

- Les pensions alimentaires sous certaines conditions
- Les sommes versées dans le cadre d'un volontariat
- Les pensions militaires

On notera par ailleurs que les revenus tirés de l'épargne populaire (Livret A, LDD) sont aussi exonérés de CSG. Il résulte de cette énumération que la CSG ne s'applique pas de manière homogène à tous les revenus des ménages, et qu'une bonne partie des foyers fiscaux (environ 30 %, ceux dont le revenu fiscal ne leur permet pas de payer l'impôt sur le revenu) en est exonérée pour une part importante de leurs revenus.

Sur la proposition de progressivité de la CSG de l'Appel des 100 du PS

Cette proposition est formulée comme suit :

« La création de taux réduits de CSG pour les classes moyennes et populaires. Les tranches seraient identiques à celles de l'impôt sur le revenu, ouvrant la voie à une fusion ultérieure. Une étape décisive vers la création d'un impôt citoyen pleinement juste [...] ».

Cette proposition soulève des interrogations :

1. De quelle progressivité parle-t-on ?
2. Quelle efficacité sociale du dispositif proposé ?
3. Quelles implications de la fusion IR/CSG ?

Sur le principe de « progressivité de la CSG » :

Il y a une confusion terminologique dans le discours socialiste au sujet de la notion de progressivité, qui n'est pas sans visée idéologique, dans la mesure où la CSG est déjà progressive ! Elle l'est par construction. Il y a en effet 3 façons de considérer la progressivité d'un impôt : par son taux, par son assiette ou par les deux à la fois. La CSG est actuellement progressive par son assiette. Avec un taux unique sur chaque type de revenu et sans plafonnement d'assiette, le montant prélevé sur chaque revenu concerné croît avec le niveau de revenu.

Ex : Le taux général de CSG sur les revenus est de 7,5 %. Le rendement de l'impôt sera de 75 euros pour un revenu d'activité de 1 000 euros, et de 225 euros pour un revenu de 3 000 euros.

Elle l'est aussi par l'exonération des revenus de transferts des ménages les plus modestes. En exonérant de CSG certains revenus de transferts de personnes dont le revenu fiscal de référence ne dépasse pas 10 224 euros pour une personne seule (852 euros de revenus par mois) ou 15 684 euros pour un couple (1 307 euros par mois), le mécanisme exonère de ce prélèvement les plus de 10 millions de foyers fiscaux les plus pauvres du pays. Dans ces conditions, de quelle progressivité parle l'Appel des 100 socialistes ?

Sur l'efficacité sociale du dispositif proposé :

La proposition suggère l'instauration de taux réduits pour les ménages populaires et les couches moyennes applicables aux tranches de revenus du barème de l'impôt sur le revenu pour leur redonner du pouvoir d'achat. En l'absence de données précises sur les barèmes et les taux d'imposition, il est impossible de donner des éléments précis de l'impact de cette proposition. Néanmoins, tout laisse à croire que les ménages modestes, et en particulier ceux qui ne paient aujourd'hui pas l'impôt sur le revenu, soient les premières victimes du dispositif. En effet, aujourd'hui, sur les 14,756 millions de foyers fiscaux dont le revenu fiscal de référence est compris entre 0 et 15 000 euros (entre 0 et 1 200 euros de revenus net par mois), 12,730 millions de foyers sont exonérés d'impôt sur le revenu. Et donc de fait exonérés de CSG. Parmi lesquels plus de 4 millions de retraités et 8 millions d'actifs. Si un barème d'imposition de la CSG était instauré reprenant celui de l'imposition sur le revenu, on peut estimer que 5 à 7 millions de foyers fiscaux qui ne l'étaient pas deviendraient imposables du fait de l'application de la CSG à une partie de leurs revenus. Ce qui grèverait d'autant leur pouvoir d'achat.

Les dangers de la fusion IR/CSG prônée par la proposition socialiste

La proposition formulée par l'Appel des 100 socialistes vise clairement la mise en œuvre de la fusion IR/CSG. Il convient de rappeler les dangers d'une telle proposition, outre le risque d'imposition de tous les ménages par un élargissement de l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Sur la Sécurité sociale

La fusion IR/CSG accroîtrait significativement la dérive amorcée depuis plus de vingt ans du financement de la protection sociale par la fiscalité. La fusion IR/CSG participerait en ce sens, à approfondir l'œuvre de désresponsabilisation sociale entreprise. Il faut rappeler que les prélèvements sociaux, s'ils sont calculés en fonction des salaires, s'opèrent sur la valeur ajoutée hors salaire des entreprises et, en fait, sur les profits.

La fusion IR/CSG rendant la CSG progressive amorcerait une sortie du principe : « on cotise en fonction de ses moyens et on reçoit en fonction de ses besoins », avec la possibilité d'introduire une progressivité du niveau de prestations en fonction du niveau de « cotisation ». Tendrait à donner le change, cette progressivité de la CSG servirait surtout à faire croire que cet impôt est un impôt comme les autres alors que c'est loin d'être le cas. La CSG représente 24 % du financement de la sécurité sociale et elle n'entre pas dans le budget de l'État, étant directement affectée au financement de la sécurité sociale.

La fusion faisant automatiquement sauter le caractère affecté à la Sécurité sociale de la CSG ferait passer cette dernière par le budget de l'État, avant d'être réorientée vers le financement de la sécurité sociale. De sorte que le niveau de cette réaffectation serait tributaire des arbitrages de l'État sur ses comptes publics. Clairement cette fusion renforcerait le pouvoir de l'État sur le financement de la Sécurité sociale, avec un risque majeur pour cette dernière de devenir la principale variable d'ajustement de la politique de lutte contre les déficits publics et la dette de l'État. Celui-ci remplirait ainsi ses caisses à bon compte sur le dos de la Sécurité sociale, qui n'aurait au final plus que le choix d'ajuster le niveau de ses prestations et de ses cotisations en fonction de cette ponction.

Sur la compétition fiscale France Allemagne

La fusion travaille aussi l'idée d'une harmonisation fiscale de type fédéraliste au sein du couple franco-allemand. En faisant passer le poids de l'IR en France (2,9 % du PIB) à 6,3 %, la fusion IR/CSG permettrait un rapprochement avec la situation allemande (IR = 9,1 % du PIB). D'autant plus qu'en matière sociale ce serait le chemin inverse qui serait accompli, puisque les cotisations sociales pèsent en France 10 % du PIB contre 6,3 % en Allemagne, pays où les salariés doivent, en contrepartie, dépenser beaucoup plus qu'en France en matière d'assurances privées. Un alignement de la France sur l'Allemagne entraînerait une diminution de 90 milliards d'euros de cotisations sociales à la charge des entreprises.

Sur l'objectif d'un prélèvement fiscal à la source et ses dangers

Cette fusion IR/CSG serait le cheval de Troie pour la mise en place de la retenue à la source, elle-même source de bien des dangers. La retenue à la source ne concernerait que le seul l'impôt sur le revenu et en son sein, seulement les revenus salariaux. À partir du moment où les collecteurs de l'impôt seraient les entreprises et les caisses de retraite, il est aisément compréhensible que tous les revenus non connus et non maîtrisés par ces deux collecteurs, n'entraînent pas dans le champ de cette retenue. Il s'agit essentiellement des revenus d'activités non salariales, des revenus financiers mais aussi de la taxe foncière. Par contre à l'évidence, la taxe d'habitation (TH) et la redevance audiovisuelle dont le fichier, comme celui de la CSG, est connecté à celui de l'impôt sur le revenu, pourraient tout à fait être concernées.

La retenue à la source serait par ailleurs un excellent outil pour rendre l'impôt indolore. Fini le casse-tête pour obtenir le consentement des citoyens à l'impôt et belle opportunité alors que l'objectif est d'accroître les prélèvements sur les ménages d'en augmenter sensiblement la charge sans avoir l'air d'y toucher. Les entreprises devenant

le collecteur de l'impôt auraient accès à des données privées concernant la situation familiale et économique de ses salariés dont elles n'ont pas normalement à savoir. En outre, que deviendraient les sommes collectées par les entreprises qui tomberaient en liquidation judiciaire ? Il n'y a déjà pas assez des pertes de recettes de TVA ? Comment imaginer alors que le coût de la gestion de l'impôt sur le revenu est estimé par Bercy à 1,5 milliard d'euros, que les entreprises et les caisses de retraites se contenteraient d'accomplir cette mission sans défraiement ?

En conclusion

Si l'intérêt politique tactique d'un soutien de l'Appel des 100 socialistes est tout à fait compréhensible pour mettre en difficulté le gouvernement et forcer le changement de cap politique, ainsi que pour travailler à un rassemblement plus large de la gauche de transformation sociale dans la perspective de 2017, il apparaît que le choix de porter cette alliance par un amendement commun pour une « CSG progressive » n'est pas judicieux. Les dangers sous-jacents de cette mesure et les incompréhensions parmi les communistes qu'elle provoquerait en feraient une source de confusion interne plus que de rassemblement positif.

En revanche, d'autres propositions de cet Appel pourraient faire l'objet de batailles communes :

- La suppression du gel prévu des prestations sociales
- La bataille pour une enveloppe financière d'investissements publics locaux cofinancée par les entreprises

Un projet de loi de financement rectificative de la Sécurité sociale pour 2014 dangereux pour le devenir de notre modèle social.

Par Mme Catherine Mills, économiste de la santé

Ce PLFRSS adopte un ton résolument optimiste afin de faire passer des mesures particulièrement graves pour notre modèle social.

1. Optimisme sur la situation et autosatisfaction à l'égard de la politique gouvernementale

On déclare que les déficits continuent de se réduire et que cela est dû à la politique de maîtrise menée par le gouvernement. La commission des comptes de la sécurité sociale réunie le 5 juin pour examiner les comptes du régime général de la sécurité sociale pour 2013, ainsi que les prévisions d'exécution pour 2014, montre pourtant que la situation n'est guère glorieuse. Le déficit du régime général pour 2013 s'établit à 12,5 milliards d'euros et avec le déficit du Fonds de solidarité vieillesse, le total du déficit s'établit à 15,3 milliards d'euros. Ces résultats sont interprétés par le projet de loi rectificative soumis aux caisses de Sécurité sociale le 6 juin, comme confirmant le succès de la politique de réduction des déficits sociaux menée par le Gouvernement : de 17,4 milliards d'euros en 2011, le déficit du régime général a été ramené à 13,3 milliards d'euros en 2012 et à 12,5 milliards d'euros en 2013.

Pourtant la conjoncture économique a eu un impact nettement défavorable sur les recettes. Les cotisations et les contributions sur les revenus d'activité et de remplacement ont été inférieures aux montants prévus en LFSS initiale, du fait notamment de la moindre croissance de la masse salariale. De même, les recettes fiscales ont été moins élevées que prévu en 2013, principalement du fait de la réduction des revenus du capital soumis à prélèvements. La réduction des déficits en 2013 a donc entièrement reposé sur un rationnement de la dépense, engagée par le Gouvernement, en prétendant que cela s'effectue dans le respect de la justice sociale. Or les dépenses de santé (objectif national de dépense d'assurance maladie : ONDAM) ont été inférieures de près de 1,4 milliard d'euros aux prévisions, limitant leur progression à 2,4 %. Les dépenses de prestations familiales et de retraite, sont inférieures de 0,2 milliard d'euros aux prévisions de la LFSS. Le déficit de la CNAV s'est certes réduit de 4,8 milliards d'euros à 3,1 milliards d'euros entre 2012 et 2013 et celui du fonds de solidarité vieillesse (FIV) de 4,1 milliards d'euros à 2,9 milliards d'euros. Prises conjointement, les branches maladie et accidents du travail stabiliseraient leur déficit et

la branche accidents du travail renouerait en 2013 avec les excédents pour la première fois depuis 2008.

2. Des mesures particulièrement graves pour notre modèle social et son financement

1) Allègements de charges tous azimuts et baisse du coût du travail

Allègement des cotisations salariales entre 1 et 1,3 SMIC : encore des allègements au détriment du financement de la Sécurité sociale %. Cette mesure prétend introduire une plus grande progressivité des cotisations salariales sur les bas salaires. Les cotisations salariales sont critiquées comme étant proportionnelles, elles présenteraient une certaine dégressivité pour les salaires les plus élevés et pèseraient plus lourd quand le niveau de salaire est bas, aucun mécanisme général d'atténuation du prélèvement ne bénéficie aux salariés les moins rémunérés, alors que les cotisations patronales font l'objet d'une réduction générale dégressive. On prétend que la nouvelle mesure permettrait de moduler le niveau des cotisations salariales au bénéfice des salariés, en concourant aux objectifs de lutte contre le phénomène dit des « travailleurs pauvres », en assurant un niveau de revenu plus élevé aux salariés les plus faiblement rémunérés. Cette mesure démagogique prétend opposer pouvoir d'achat des salariés modestes et sécurité sociale en arguant d'une rénovation du financement de la Sécurité sociale, et en affichant agir en faveur des bas salaires ; en leur élargissant une démarche, déjà initiée depuis longtemps pour les cotisations patronales.

La mesure prétend avoir pour effet de soutenir les revenus des salariés et d'améliorer leur pouvoir d'achat dans un contexte de modération salariale. On déclare que cela aurait un effet incitatif à l'activité, puisque la reprise d'un emploi se traduirait par un gain de revenu plus important. Concernant les fonctionnaires des trois fonctions publiques, ceux-ci acquittent leurs cotisations salariales dans des conditions différentes des salariés de droit privé. On prétend leur permettre de bénéficier de la mesure dans des conditions appropriées, ainsi une exonération spécifique leur serait ouverte, de plus faible taux mais accordée jusqu'à des niveaux de salaire légèrement supérieurs. La mesure consiste en un allègement de cotisations salariales au bénéfice des salariés dont la rémunération est comprise entre 1 fois et 1,3 fois le SMIC, pour les salaires versés à compter du 1^{er} janvier 2015. Cette exonération sera d'un montant

de 520 euros par an pour un emploi à temps plein rémunéré au SMIC. Son montant sera décroissant, mais bénéficiera jusqu'aux salariés rémunérés 1,3 SMIC. Le montant de la réduction figurera sur le bulletin de paie mensuel des salariés bénéficiaires de la mesure et conduira à une hausse du salaire net qui leur est versé chaque mois. Coût de la mesure : 2,5 milliards d'euros en 2015, y compris 400 millions d'euros pour la fonction publique.

Baisse du coût du travail de 4,5 milliards d'euros en 2015

En prétendant renforcer la compétitivité des entreprises et améliorer la situation de l'emploi, le Gouvernement cherche à réduire le coût du travail dès 2015 pour les salaires proches du SMIC, pour lesquels la réduction du coût du travail serait censée exercer un effet direct et efficace sur la demande de travail. Cette mesure vient compléter les 20 milliards d'euros du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) qui a constitué une étape importante dans la réduction des coûts salariaux. Avec le CICE, le coût horaire réel du travail dans l'ensemble de l'industrie et des services marchands n'aurait augmenté que de 0,4 % en France contre 1,6 % en Allemagne au second trimestre 2013.

Le Gouvernement poursuit son engagement en faveur du MEDEF de baisse du coût du travail en renforçant les allègements de cotisations patronales autour du SMIC.

À partir du 1^{er} janvier 2015, l'employeur d'un salarié payé au SMIC ne paiera plus aucune cotisation patronale de Sécurité sociale à l'URSSAF. Seules restent dues les cotisations des régimes gérés par les partenaires sociaux et certaines contributions annexes. L'exonération sera dégressive jusqu'à 1,6 fois le SMIC. En outre, les cotisations d'allocations familiales sont réduites de 1,8 point pour les salaires inférieurs à 1,6 fois le SMIC. Ce renforcement des allègements généraux sur les bas salaires serait censé améliorer durablement et rapidement l'emploi. Il est prévu de compléter ce dispositif dans une deuxième étape, au 1^{er} janvier 2016, par un abaissement des cotisations familiales pour les salaires jusqu'à 3,5 fois le SMIC, soit 90 % des salariés.

L'ensemble de ce dispositif représente une baisse du coût du travail de 4,5 milliards d'euros en 2015, ciblée sur les bas salaires pour prétendre obtenir un effet important sur les créations d'emploi. Cela confirme le choix de Hollande et de Valls pour la logique néoclassique de baisse du coût salarial contre une prétendue incitation à l'embauche et au travail. Avec la montée en charge du dispositif en 2016, complété par le CICE, ce seront près de 30 milliards d'euros qui auront été investis pour alléger le coût du travail en France. Dans une entreprise de 56 salariés, le montant total des allègements de cotisations augmentera

en 2015 de 16 % par rapport à 2014, soit près de 15 000 euros supplémentaires. En tenant compte du CICE, cette entreprise bénéficiera en 2015 d'une réduction du coût du travail équivalente à 10 % de sa masse salariale, soit deux fois plus importante qu'en 2012.

Allègements des cotisations d'allocations familiales pour les travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants ne bénéficient pas sur leurs cotisations personnelles de la baisse des cotisations patronales ni de la baisse des cotisations salariales. On considère que ces cotisations peuvent s'avérer lourdes pour les travailleurs indépendants ayant des revenus modestes et moyens. La mesure s'inscrit dans la droite ligne de la politique engagée depuis 2012 pour améliorer la progressivité des cotisations des travailleurs indépendants. La LFSS pour 2013 a en effet plafonné les cotisations maladie et créé une exonération partielle et dégressive des cotisations pour les bas revenus. Cette démarche en faveur des bas revenus est complétée par le projet de loi relatif à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises adopté définitivement par le Parlement en mai 2014. L'allègement proportionnel prévu dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité complète la démarche engagée en ciblant cette fois les revenus modestes et moyens.

La mesure prétend soutenir les revenus des travailleurs indépendants et améliorer leur pouvoir d'achat. Elle consiste en une exonération partielle des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants lorsque le revenu d'activité annuel est inférieur à l'équivalent de 3,8 SMIC nets annuels, soit un peu plus de 52 000 euros. L'exonération concerne environ 1,75 million de travailleurs indépendants non agricoles, (soit 82 % des travailleurs indépendants non agricoles : plus de 85 % des artisans, 90 % des commerçants et 65 % professionnels libéraux) et plus de 500 000 entrepreneurs relevant du régime microsocial (soit 50 % de l'ensemble des entrepreneurs relevant du régime microsocial). Elle s'applique également à environ 460 000 travailleurs indépendants agricoles (soit plus de 95 % des non-salariés agricoles). Cette mesure représente une réduction d'un milliard d'euros des cotisations des travailleurs indépendants agricoles et non agricoles soit une baisse globale de plus de 7 %, 6 % pour les commerçants.

Suppression de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) pour deux sociétés sur trois dès 2015.

Pas touche au coût du capital ! Dans la logique de recherche la compétitivité - prix c'est-à-dire baisse du coût du travail pour les entreprises, le Gouvernement s'est engagé dans le Pacte dit de responsabilité et de solidarité, il a décidé d'alléger dès 2015 la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S, créée en 2005) due par toutes les entreprises redevables et d'en exonérer immédiatement les

très petites entreprises (TPE) et les petites entreprises (PE) dont le chiffre d'affaires est le moins élevé. La C3S sera définitivement supprimée pour tous les redevables en 2017. La mesure est également destinée à supprimer les dites distorsions économiques et fiscales induites par la C3S. Assise sur le chiffre d'affaires des entreprises, on considère que la C3S ne tiendrait pas compte des capacités contributives des redevables, reflétées par les bénéfices. Les entreprises dont les activités génèrent des marges relativement faibles supporteront une charge de C3S proportionnellement plus lourde que celles dont les activités dégagent des marges élevées. La suppression de la C3S profiterait aux entreprises industrielles. La C3S pèserait également sur les consommations intermédiaires. Du fait de l'absence de déduction de la contribution acquittée en amont (contrairement à la TVA), la C3S serait susceptible de générer des taxations en cascade au cours d'un même cycle de production, incitant les entreprises à privilégier l'intégration d'unités productives, même lorsque cette option n'est pas économiquement efficace, ou à privilégier l'importation de produits finis ou semi-finis plutôt que la production en France.

La suppression progressive de la C3S permettrait de favoriser la compétitivité des entreprises en privilégiant à la fois la baisse de charges sur la production et la prise en compte d'un marché concurrentiel international. La mesure prend la forme d'un abattement d'assiette de 3 250 000 euros de chiffre d'affaires pour la C3S due au titre de 2015. L'abattement permettrait d'alléger la C3S de tous les redevables pour un montant maximum de 5 200 euros en 2015. Elle permettrait, en pratique, d'exonérer totalement de C3S les redevables dont les chiffres d'affaires sont les moins élevés : inférieur à 3 250 000 euros en 2015. Le nombre de redevables diminuera en effet de 67 % en passant de 296 000 environ en 2014 à 97 650 en 2015, ce qui signifie une exonération totale dès 2015 des très petites entreprises (chiffre d'affaires inférieur à 2 millions d'euros) et de 45 % des petites entreprises (chiffre d'affaires compris entre 2 et 10 millions d'euros).

Coût de la mesure : 1 milliard d'euros en 2015.

Mais il est prétendu qu'on garantira le financement pérenne du régime social des indépendants. Une entreprise ayant un chiffre d'affaires de 2 millions d'euros sera totalement exonérée de C3S, alors qu'elle aurait dû acquitter un montant de 3 200 euros en 2015. Cette mesure représenterait une hausse de 3,2 % de son bénéfice. Une entreprise ayant un chiffre d'affaires de 5 millions d'euros aurait dû acquitter 8 000 euros de C3S en 2015. Grâce à l'abattement, elle paiera seulement 2 800 euros. Cette mesure lui permettrait une hausse de plus de 1 % de son bénéfice.

2) **Un choix de classe : une absence dite temporaire de revalorisation des prestations sociales hors minima**

sociaux pour prétendre ramener les comptes sociaux à l'équilibre.

Les prestations sociales constituent le socle du modèle français de Sécurité sociale. La protection sociale représente 1/3 de la richesse produite annuellement en France. Cette solidarité continue de jouer son rôle d'amortisseur social dans la crise économique. Cependant la mesure de stabilisation des dépenses de prestations sociales engagée dans le PLFRSS irait à l'encontre de cette logique. En prétendant contribuer au rétablissement des comptes sociaux, les prestations de Sécurité sociale ne seront pas revalorisées pendant un an. Cette mesure conduit à suspendre temporairement le mécanisme d'indexation automatique sur l'inflation, en prétendant que cela n'entraînerait aucune baisse des prestations servies. Mais cela contribuera en réalité à aggraver les menaces de déflation.

Cette mesure s'appliquera :

- aux différentes prestations familiales (revalorisation initialement prévue au 1^{er} avril 2015), pour une économie en année pleine de 360 millions d'euros ;
- aux pensions d'invalidité et aux rentes d'accidents du travail (revalorisation initialement prévue au 1^{er} avril 2015), pour une économie en année pleine de 200 millions d'euros ;
- aux aides au logement, pour une économie en année pleine de 130 millions d'euros (revalorisation initialement prévue au 1^{er} octobre 2014). Le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale comporte la mesure pour l'allocation de logement familiale (ALF), tandis que le projet de loi de finances rectificative pour 2014 appliquera la même mesure aux deux autres allocations logement (allocation de logement sociale, ALS et aide personnalisée au logement, APL) ;
- aux pensions de retraite de base (revalorisation initialement prévue au 1^{er} octobre 2014), pour une économie de 1 milliard d'euros en année pleine. Toutefois, les retraités dont les pensions totales sont inférieures à 1 200 euros par mois ne seraient pas touchés par cette mesure.

On prétend que le pouvoir d'achat des classes moyennes et modestes serait préservé.

Du fait de l'inflation modérée, la revalorisation aurait représenté une augmentation limitée des prestations servies, de 0,6 % pour les retraites, de 0,74 % pour les paramètres de calcul des aides au logement, et de 1,5 % pour les prestations revalorisées au 1^{er} avril 2015. Concernant les **pensions de retraite**, la mesure concerne 8 millions de retraités, soit environ la moitié des retraités. Elle représente un effort d'environ 130 euros par an en moyenne pour les retraités. **Les prestations familiales** concernent 7 millions de familles. L'absence de revalorisation des prestations familiales représente un effort d'environ 51 euros par an en moyenne pour les familles. **L'allocation de logement**

familiale concerne 1,3 million de familles. L'absence de revalorisation représente un effort de 23 euros par an en moyenne. **Les pensions d'invalidité** représentent 1,2 million de bénéficiaires. L'absence de revalorisation représente un effort d'environ 150 euros par an en moyenne.

L'impact de ces mesures prétend assurer la progression du pouvoir d'achat des plus modestes, de préserver les classes moyennes, tout en demandant un effort, modéré, aux bénéficiaires les plus aisés de prestations sociales. C'est dire qu'on s'inscrit dans une prétendue logique de redistribution des revenus au détriment d'une logique de Sécurité sociale.

- s'agissant des pensions, l'impact est proportionnel au niveau des prestations servies. Il demande un effort d'autant plus grand que les prestations sont élevées ;

- La mesure épargne près de la moitié des retraités qui reçoit des pensions inférieures à 1 200 euros par mois ;

- elle ne concernerait pas les minima sociaux (revenu de solidarité active, allocation aux adultes handicapés, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation de solidarité aux personnes âgées ex-minimum vieillesse). Au contraire, lorsque les bénéficiaires de prestations qui ne sont pas revalorisées reçoivent également, en complément, des minima sociaux, ces derniers évolueront pour compenser l'absence de revalorisation.

Pour donner le change, le Gouvernement veut rappeler les mesures prises en faveur des ménages modestes :

- revalorisation de 25 % de l'allocation de rentrée scolaire en août 2012 ;
- relèvement des plafonds de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en juillet 2013 ;
- revalorisation supplémentaire du RSA de 10 % sur 5 ans, dont 2 % déjà intervenus en septembre 2013 et 2 % à venir en septembre 2014 ;
- double revalorisation de l'ASPA et relèvement de 50 euros du montant de l'aide à la complémentaire santé pour les personnes de plus de 60 ans en 2014 ;
- hausse de 50 % du complément familial pour les familles modestes de 3 enfants ou plus, dont une première tranche de 10 % au 1^{er} avril 2014 ;
- hausse de 25 % de l'allocation de soutien familial versée aux parents isolés dont une première tranche de 5 % au 1^{er} avril 2014 ;
- exonération de cotisations salariales pour les salaires compris entre 1 et 1,3 SMIC au 1^{er} janvier 2015.

Concernant les prestations familiales, il est prétendu que cela ne pénaliserait pas les plus modestes, car les efforts demandés seraient largement compensés par des prestations nouvelles.

3) **Une rectification de l'ONDAM 2014 pour tenir compte des économies supplémentaires réalisées en 2013.**

Un ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) 2013 inférieur de 1,4 Md€ à l'objectif initialement voté. Les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont été de 174 milliards d'euros, soit 1,4 milliard d'euros de moins que le montant voté en LFSS 2013, et 0,8 milliard d'euros de moins que le niveau voté en partie rectificative de la LFSS 2014, qui avait été revu de 650 millions d'euros à la baisse par rapport à la LFSS 2013.

Cette sous-exécution se répartit entre :

- Les dépenses des établissements de santé pour un quart (350 millions d'euros) ;
- Les soins de ville pour les trois quarts (1,1 milliard d'euros). Ce résultat découle en partie du fait que l'ONDAM 2012 a lui-même été inférieur à ce qui était prévu au moment de l'adoption de la LFSS 2013. Il a été également permis par une plus grande modération des dépenses, pour l'essentiel sur le médicament, mais aussi sur les indemnités journalières, les honoraires et les transports.

L'ONDAM 2014 est rectifié pour tenir compte de ces résultats. Une partie de cette sous-exécution a déjà été intégrée, pour 650 millions d'euros, dans l'ONDAM voté en LFSS 2014. Cette rectification portait intégralement sur le 1^{er} sous objectif de l'ONDAM « soins de ville ». Afin de prendre en compte le reste de la sous-exécution, le PLFRSS rectifiera l'ONDAM 2014 à hauteur de près de 0,8 milliard d'euros. Cette rectification permet de maintenir le taux de progression de l'ONDAM en 2014 à un niveau au moins égal au taux de 2,4 % qui avait été voté en LFSS. Les taux de progression de l'ONDAM au-delà de 2014 (2,1 % en 2015, 2 % en 2016, 1,9 % en 2017) seront calculés sur ce montant rectifié. Cette mesure contribue donc à diminuer durablement le montant des dépenses d'assurance maladie.

4) **Prétendre confirmer la réduction des déficits de la Sécurité sociale**

En 2014, le déficit global du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FIV) devrait se réduire de plus de 2 milliards d'euros. Il s'agirait de compenser l'impact négatif du niveau des recettes par un nouveau rationnement des dépenses : prolongement de la sous-exécution de l'ONDAM en 2013, premiers effets des mesures d'économies supplémentaires proposées, notamment la non-revalorisation de certaines prestations, applicable dès octobre 2014. Et l'on se félicite qu'entre 2011 et 2014, le déficit aura diminué de plus d'un tiers !

Au-delà de 2014, les efforts dits de redressement prétendent ramener progressivement la sécurité sociale à l'équilibre.

La LFSS pour 2014 prévoyait déjà de ramener le déficit du régime général et du FIV à 4 milliards en 2017.

Les économies supplémentaires prévues dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité viseraient à accélérer ce redressement avec la volonté affichée, selon les hypothèses économiques retenues, de porter la Sécurité sociale à l'équilibre. Outre les mesures proposées dans le cadre du PLFRSS pour 2014, ces économies résulteraient des mesures suivantes annoncées par le Premier ministre le 16 avril 2014 :

- La maîtrise de la progression de l'ONDAM, dont l'évolution sera contenue à 2 % en moyenne entre 2015 et 2017 ;
- La réforme de la politique familiale, engagée en 2013, qui sera poursuivie et permettrait de dégager 800 millions d'économies complémentaires à horizon 2017 ;
- L'amplification des efforts de maîtrise des coûts de gestion, permettant de dégager 1,2 milliard d'euros d'économies à horizon 2017.

On déclare que l'État assurerait la compensation intégrale des pertes de recettes pour la Sécurité sociale résultant du Pacte de responsabilité et de solidarité. On n'hésite pas ici à faire jouer les prélèvements fiscaux contre les recettes de la sécurité sociale. Et surtout on compte sur les économies sur les dépenses sociales. Cela contribuerait, prétend-on à la réduction du déficit de la Sécurité sociale. On peut en douter quand on mesure l'impact déflationniste négatif de ces mesures sur l'emploi, les services publics et les dépenses sociales, ainsi que sur la croissance, sur les salaires, et à partir de là sur les moindres rentrées en recettes.

Quels enseignements tirer des nouveaux traitements de l'hépatite C ?

Par le Dr May, médecin directeur du Centre de santé à Malakoff.

Une véritable révolution est en cours dans le domaine de l'hépatite C : il ne s'agit rien de moins que de la découverte de traitements susceptibles de guérir cette redoutable maladie, voire à terme de l'éradiquer. On pourrait penser que cela suffit à clore le dossier. Il n'en est rien : cette révolution est porteuse de nombreuses questions et mérite à ce titre une réflexion. Oui, derrière le dossier scientifique et médical, il y a un autre dossier : il est politique et trouve sa place aujourd'hui dans notre revue.

Retour sur l'hépatite C :

C'est une maladie virale due au virus C ; elle touche tout l'organisme et particulièrement le foie comme son nom l'indique. Elle provoque une destruction progressive de celui-ci par le mécanisme d'une cytolysse et d'une fibrose chronique qui engendre une cirrhose mortelle à terme. Elle peut déboucher aussi sur un carcinome hépatocellulaire (cancer primitif du foie). Elle est donc un facteur de mortalité hépatique important. Mais de plus elle entraîne aussi – c'est démontré – une mortalité extra-hépatique : plus grande mortalité chez les malades cardiaques, les patients cérébro-vasculaires, les porteurs de plaques d'athérome, les insuffisants rénaux, les diabétiques, les femmes atteintes de cancer du sein. C'est une maladie générale lente qui handicape la vie des patients et qui a un retentissement psychologique et socio-économique considérable. Elle toucherait plus de 170 000 personnes en France. De nombreuses personnes au dire des spécialistes de santé publique seraient dans l'ignorance de leur maladie : on parle de plusieurs centaines de milliers non dépistées.

Cette maladie a mis longtemps à être identifiée ; nous ne connaissions pas le virus en cause contrairement aux hépatites virales A et B. Aucun vaccin n'existe aujourd'hui pour prévenir cette maladie. La contamination est liée essentiellement aux échanges sanguins : que ce soit la transfusion à l'époque où celle-ci était insuffisamment sécurisée ou que ce soit la contamination chez les toxicomanes par échange de seringues. Ce n'est qu'en 1994 que le génotype de ce virus a été identifié.

Au départ, il n'y avait pas de traitements si ce n'est symptomatiques. Nous « accompagnions » les malades. Puis ont commencé à être utilisés des antirétroviraux et surtout l'interféron (1989 : 6 % de guérison). Ceci s'est fait dans la mouvance des progrès du traitement du sida. L'interféron était très mal supporté et les résultats incertains. Une forme plus efficace a été trouvée (2001 : 55 % de

guérison) : l'interféron pégylé qui a amélioré partiellement l'efficacité, surtout associé à la ribavirine. La réussite était fonction du génotype du virus (on en connaît 4). Et puis sont survenues il y a peu, de nouvelles molécules en particulier le sofosbuvir (Autorisation de Mise sur le Marché donnée en 2014) présentée lors du dernier congrès de gastro-entérologie. Ce traitement associé à d'autres molécules si nécessaire, donne des résultats exceptionnels : en 12 semaines de traitement, le virus disparaît complètement de l'organisme ; la fibrose peut alors régresser et la guérison complète est envisageable. Le traitement par interféron est devenu inutile et ses effets secondaires sont évités. Le sofosbuvir est un inhibiteur nucléotidique de la polymérase du virus C : il a un effet antiviral pangénotypique puissant (moindre néanmoins sur le virus de type 3) et il a une barrière de résistance très élevée.

Actuellement les autorisations d'utilisation transitoire (ATU) sont limitées et des études sont en cours pour préciser les conditions d'utilisation. Le ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé ont lancé des études de cohortes pour vérifier tout cela, c'est bien normal. Mais déjà des effets sont enregistrés : ainsi après sa mise sous traitement, un premier cas de patiente en attente d'une greffe de foie (ce qu'on fait en phase ultime de la cirrhose décompensée) a vu son état tellement amélioré qu'elle a été sortie de la liste d'attente. Une telle amélioration n'avait jamais encore été enregistrée.

Alors, où est le problème ?

Il est le suivant : le prix du traitement par sofosbuvir est de l'ordre de 57 000 euros pour douze semaines. Le prix du comprimé est de plus de 400 euros ! Comment faire pour financer ces traitements dans la période actuelle alors que la Sécurité sociale est en difficulté du fait de la crise économique ? Va-t-on aller vers des restrictions, des refus de prise en charge, une explosion des inégalités devant les chances d'accéder à ce traitement⁽¹⁾ ? L'ordre de grandeur de la dépense serait à plus de 10 milliards pour soigner tout le monde avec ce traitement. La ministre se veut rassurante mais est dans les contradictions de sa politique. Déjà on entend les cris d'orfraie de certains.

1 L'HAS d'ores et déjà vient de recommander de limiter le traitement aux malades au stade F3 ou F4 (sévéres) et de différer au stade F2. Néanmoins elle s'interroge sur « la justification et la construction du prix revendiqué par l'industriel. ».

Le journaliste Jean-Yves Nau⁽²⁾ titrait sur son blog le 25 avril : « *Économies : 10 milliards. Dépenses : 18 milliards (pour les nouvelles molécules anti-hépatite C). Qui comprend la ministre de la Santé ?* ». On peut discuter longuement de la nécessité de ces traitements et de leur coût. Sur le plan éthique et humain, la nécessité s'impose. Sur le plan économique, la santé aussi est un investissement : les personnes guéries contribueront au développement par leur travail retrouvé. Il n'y a pas de création de richesses sans les humains. Donc le débat est clos, sauf à envisager une société qui sacrifie les êtres humains.

Pour autant, on ne peut nier que les moyens à mobiliser sont considérables et que l'organisation actuelle de la société est en difficulté pour résoudre ce problème. Autrement dit nous touchons aux limites du capitalisme : il n'est pas ici en mesure de répondre aux besoins humains. Le phénomène des médicaments hors de prix va se développer. On l'a vu lors du dernier congrès international de cancérologie (ASCO) : « *Le coût de nombreuses thérapies ciblées dépasse les 100 000 dollars par an et par patient. Avec la multiplication des combinaisons de thérapies, le coût de la prise en charge des cancers devient prohibitif pour de nombreux patients, y compris pour ceux qui disposent d'une assurance.* » Tout en constatant les indéniables progrès de la prise en charge de la maladie cancéreuse, le bilan annuel du National Cancer Institute américain (NCI)⁽³⁾ met l'accent sur les disparités dans l'accès aux soins liées au prix des nouvelles molécules. En avril, Richard Schilsky, professeur d'oncologie à l'Université de Chicago et directeur médical de l'Asco avait lui aussi jugé que le prix des anticancéreux de nouvelle génération « *avait atteint un niveau insoutenable* ». On le voit, le traitement de l'hépatite C n'est pas un problème isolé : il est annonciateur d'une nouvelle situation. Cette situation est la conséquence des progrès des biotechnologies.

Quelques propositions :

1) C'est toute la conception de l'industrie pharmaceutique qui doit être repensée. La révolution des biotechnologies dont nous avons déjà décrit les perspectives dans cette revue oblige à une refonte du système. La priorité doit être donnée à la recherche fondamentale qui ensuite débouche sur des applications innovantes. Le financement de cette recherche et de la production ne doit pas être sou-

mis aux lois ordinaires du capitalisme qui conduit à une impasse. L'action de l'État dans ce domaine doit être déterminante : aux États-Unis les biotechnologies représentent plus de 2 % du PIB. La France ne peut laisser passer le train du progrès médical et économique. Une autre politique du médicament est indispensable en France, en Europe et dans le monde.

Cette politique doit s'établir 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.

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

La création d'un pôle public du médicament :

La création d'un pôle public du médicament serait donc l'instrument de cette nouvelle politique industrielle. L'État a su montrer par le passé qu'il était le seul capable de promouvoir des politiques industrielles de très longue portée : qu'on pense à l'industrie nucléaire initiée par le CEA ou plus récemment à l'aéronautique. 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 ne peut laisser la spéculation mettre la main sur les découvertes scientifiques.

2) Gérer autrement les fonds publics qui alimentent l'industrie pharmaceutique :

2 Jean-Yves Nau a été instituteur, docteur en médecine puis journaliste au Monde pendant 30 ans, en charge des questions de médecine, de biologie et de bioéthique. Il est le 1er titulaire de la chaire "Journalisme et santé publique" de l'EHESP pour l'année universitaire 2010-2011. Jean-Yves Nau est également chroniqueur médical et scientifique sur le site Slate.fr.

3 La grogne des médecins américains a probablement atteint un sommet dans l'un des temples les plus réputés de la cancérologie américaine : le Memorial Sloan-Kettering de New York. Pour la première fois, une équipe de praticiens de ce centre a récemment décidé de ne pas faire appel à un anticancéreux homologué contre le cancer du côlon pour des raisons économiques.

a) La vérité doit être faite sur les coûts de recherche, le coût de la publicité, le poids des profits. Les prix des nouveaux traitements souvent gonflés artificiellement par les multinationales, ne peuvent être acceptés en l'état sans négociation.

b) La Sécurité sociale doit pouvoir acheter les médicaments dont les assurés ont besoin dans le cadre de la concurrence et utiliser les procédures de marché public. Une baisse des prix est indispensable pour favoriser la prise en charge complète des traitements.

Une politique de coopération internationale :

Si les pays de l'OCDE ont du mal à trouver le financement des nouveaux traitements du type hépatite C, comment feront les pays pauvres ? 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'idée d'un nouveau rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé est à creuser : elle pourrait devenir pour certains brevets indispensables à la survie des populations (médicaments du SIDA, grippe aviaire, hépatite C, cancer 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.

En conclusion, nous voyons bien que le progrès reste possible. Un progrès appuyé sur le développement des sciences. Ceux qui annoncent la décroissance et la fin du développement économique et humain comme « la » solution à la crise se trompent. Ce qui pose problème, c'est le système capitaliste. Il est un frein. C'est sur lui qu'il faut agir pour sortir de la crise dans laquelle il nous enferme. L'exemple du traitement de l'hépatite C montre que l'espoir est possible pourvu qu'on s'en donne les moyens. La révolution des biotechnologies en appelle une autre qui, elle, sera politique.

Complémentaire santé d'entreprise obligatoire :

L'enfer est toujours pavé de bonnes intentions

Par Frédéric Rauch, économiste

Elle a été l'argument principal qui a justifié la ratification par la CFDT, la CFTC et la CGC du texte de l'ANI du 11 janvier 2013 instaurant les premiers axes d'une flexicurité à la française. Présentée comme une victoire syndicale et de justice sociale face à la pression patronale, la création d'une assurance complémentaire d'entreprise obligatoire (santé et prévoyance) est en réalité lourde de dangers pour les salariés assurés. Elle ouvre la porte à un renforcement des inégalités de couverture au sein de la population accompagnant une réduction du périmètre de la solidarité. Mais surtout, elle s'inscrit parfaitement dans le dispositif patronal de recherche d'une baisse généralisée du coût du travail et dans l'ambition des politiques d'austérité mises en œuvre par le gouvernement.

Complémentaire santé d'entreprise obligatoire : de quoi parle-t-on ?

Disposition inscrite dans les articles 1 et 2 de l'ANI du 11 janvier 2013 transposés dans l'article 1 de la loi dite de « sécurisation de l'emploi » promulguée le 14 juin 2013, la création d'une complémentaire santé d'entreprise obligatoire à l'horizon 2016 impose le principe d'une couverture sociale professionnelle obligatoire des risques santé des salariés du privé parallèle à la sécurité sociale. Selon ses défenseurs, il s'agit par ce moyen de faire entrer dans le champs des complémentaires 600 000 salariés aujourd'hui couverts uniquement par la sécurité sociale et d'améliorer ainsi leur niveau de couverture face à une réduction de la prise en charge par la sécurité sociale.

Concrètement, la loi dispose que les branches non couvertes par un accord doivent engager des négociations sur la mise en œuvre d'une couverture maladie complémentaire collective et obligatoire dès le 1^{er} juin 2013, ou à partir du 1^{er} juillet 2014 dans les entreprises disposant d'un délégué syndical, en vue d'obtenir un accord définitif à compter du 1^{er} janvier 2016. Pour les négociations engagées dès le 1^{er} juin 2013, l'accord de branche peut recommander un ou plusieurs organismes complémentaires qui s'imposeront aux entreprises de la branche. À défaut d'accord de branche avant le 1^{er} juillet 2014, les entreprises non couvertes devront, dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire, négocier un accord d'entreprise mettant en place la couverture complémentaire. Et à défaut d'accord d'entreprise, les entreprises sont tenues avant le 1^{er} janvier 2016, de faire bénéficier leurs salariés d'une complémentaire collective répondant à un panier de soins minimal défini par l'article L. 911-7 du code de la sécurité

sociale répondant au cahier des charges des contrats dits responsables et solidaires. À savoir, un panier incluant le remboursement des prestations maladies couvertes par les régimes de base (inclus le forfait journalier hospitalier) et la participation des assurés aux frais en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires et d'optique, financé à minima à 50 % par l'employeur, et dont le plafond de prise en charge est défini par décret.

93 % des Français étant déjà couverts par une complémentaire, la mise en œuvre de ces mesures suscite débats et interrogations de la part des organismes d'assurance complémentaire, des organisations patronales comme syndicales, dans un secteur déjà travaillé par des mutations profondes et dans un contexte de refondation de la politique de santé française. C'est pourquoi, avec l'ambition déclarée d'accroître le niveau de solidarité de ces contrats collectifs et de renforcer le poids de la négociation collective, la LFSS 2014 a précisé certains termes de cette procédure. Ainsi, son article 12^{ter} a défini les modalités de la recommandation par les branches des organismes complémentaires. Ces organismes ne seraient recommandables que dans la mesure où la couverture complémentaire qu'ils proposent présente un « degré élevé de solidarité ». Ce caractère solidaire, précisé par décret, prenant alors la forme de « prestations à caractère non directement contributif », de politiques de prévention et d'action sociale. Afin de rester dans les clous des traités européens et de pousser à la mutualisation des organismes, cette clause de recommandation ferait alors l'objet d'une mise en concurrence préalable au choix définitif par les entreprises de l'organisme. Dans le même temps, l'article 45 de la LFSS annonce la refonte pour le 1^{er} janvier 2015 du contenu des contrats responsables et solidaires, en introduisant le principe de nouvelles règles de prise en charge des dépassements tarifaires des consultations, du dentaire, de l'optique et de certains dispositifs médicaux, visant l'instauration de plafonds et de planchers dans la prise en charge des remboursements complémentaires. Ce principe devant donner lieu à la publication d'un décret pour sa mise en œuvre concrète, qui n'est toujours pas connu. Dispositions complétées par l'article 15^{ter} qui prévoit une surtaxe des contrats non responsables.

Engagée depuis janvier 2013, cette bataille du gouvernement et de certaines organisations syndicales pour instituer la complémentaire santé obligatoire d'entreprise n'est toujours pas achevée. Le décret définissant les nouveaux contrats responsables, clé de voûte du dispositif, n'est toujours pas sorti ; la première mouture ayant été retoquée ;

le combat des lobbys de médecins et des professionnels de l'optique et du dentaire n'y est sans doute pas pour rien. De plus, l'annonce dans le cadre de la loi de finance rectificative pour 2014 d'une fiscalisation des contributions employeurs et de CE aux complémentaires santé et prévoyance au détriment des salariés a rajouté de l'huile sur le feu et dévoilé un peu plus la réalité des intentions gouvernementales sur ce dossier.

« Généreuse mesure » qui renforce l'inégalité d'accès aux soins

Généreuse mesure a priori, cette complémentaire santé collective obligatoire est à y regarder de plus près un moyen « efficace » de renforcer l'inégalité d'accès aux soins.

En effet, le dispositif de la complémentaire pour tous repose sur la mise en place d'une prise en charge des frais d'un « panier de soins minimum » dont le minimum et le plafond de garanties seront calibrés par les contenus des contrats responsables. La non-parution du décret promis par la LFSS 2014 refondant les contenus des contrats responsables et solidaires interdit aujourd'hui encore de donner avec certitude le niveau de la prise en charge complémentaire. Mais l'inquiétude est légitime quand on sait que le panier de soins initial prévu par l'ANI prévoyait à ce moment un niveau de prise en charge inférieur à celui de la CMU-complémentaire (100 euros pour les lunettes dans l'ANI contre 178 à 428 euros pour les verres et 131 euros pour les montures dans la CMU-c; 136 euros pour les prothèses dentaires dans l'ANI contre 154 euros par la CMU-c). Et que les informations filtrant sur le futur décret ne semblent revaloriser qu'à la marge ce niveau de prise en charge (ex : 150 euros pour les lunettes au lieu de 100 euros initialement). En revanche, il est clair que ce « panier minimum de soins » sera le cœur de la négociation des futurs contrats collectifs dans la mesure où le gouvernement a acté qu'il donnera lieu à exonération de cotisations sociales patronales pour l'employeur.

Or, en France, 64 % des salariés sont d'ores et déjà couverts par des contrats collectifs de branche ou d'entreprise, dont le niveau de prise en charge dépasse souvent celui de la prise en charge par les contrats responsables. De sorte que, l'incitation financière à la généralisation de la complémentaire santé obligatoire, appuyée par un mode de négociation et de désignation des organismes complémentaires reposant en pratique sur les négociations d'entreprise (et non des branches dans les faits), tout cela va encourager les employeurs à renégocier à la baisse leurs contrats collectifs si ce « panier de soins minimum » offre un niveau de couverture inférieur au leur, au seul motif d'une mise en conformité avec les avantages fiscaux et sociaux offerts par la nouvelle réglementation. Le résultat de l'opération pourrait alors être l'inverse de celui escompté par le gouvernement : une baisse généralisée du niveau de la prise en charge complémentaire collective des salariés !

Dès lors, face à cette baisse du niveau de leur prise en charge collective d'entreprise, les salariés auront alors in-

térêt à compléter leur couverture obligatoire par une surcomplémentaire individuelle, que sauront leur offrir les assureurs privés et qui pourrait même faire partie du paquet de la négociation d'entreprise sur les complémentaires. Il va sans dire que cette capacité à contracter une surcomplémentaire individuelle dépendant fortement du revenu des salariés, tous n'en n'auront pas les moyens. Le risque est grand alors, qu'avec une baisse généralisée de la couverture santé obligatoire, le modèle proposé génère aussi le développement d'une iniquité dans la prise en charge des dépenses de santé de la population. Une iniquité qui sera déjà bien travaillée par la mise en concurrence des assureurs complémentaires et des niveaux de couverture différenciés selon les entreprises. Et dans laquelle, n'en doutons pas, les assurances sauront trouver leur bonheur...

Au total, le bilan potentiel mais prévisible de cette réforme de la complémentaire d'entreprise montre que si, par la démarche choisie, 600 000 salariés pourront bénéficier d'une complémentaire santé et donc d'une amélioration de leur couverture santé, cela se fera en contrepartie d'une réduction du niveau général de la couverture complémentaire santé des salariés et d'un développement des inégalités de prise en charge face au risque santé entre salariés. Un choix politique et syndical aux effets pervers, qui cependant pourrait très bien être évité en tablant sur une amélioration de la prise en charge de base par la sécurité sociale...

Un pas de plus vers une réforme structurelle de la protection sociale en France qui réponde aux injonctions du capital.

Mais c'est peut-être là justement l'essentiel de l'analyse à faire de cette complémentaire santé obligatoire. Pourquoi développer le principe d'un complémentaire obligatoire pour améliorer la prise en charge des salariés, là où l'amélioration du niveau de prise en charge du risque santé par la Sécurité sociale permettrait de répondre au besoin de manière universelle, égalitaire et solidaire ? La réponse à cette question se loge dans le changement de paradigme de notre système de protection sociale opéré par le gouvernement depuis 2012, en appui des ambitions patronales formalisées dans le projet de Refondation sociale du Medef de 2000, et dans le prolongement des politiques engagées par la droite depuis cette date, qui donne forme à la perspective d'un « nouveau modèle social français ». Et dont la complémentaire santé obligatoire d'entreprise est un élément.

Pour bien le mesurer, il faut replacer la création de cette complémentaire dans son contexte d'ensemble. Elle répond en effet à la conjonction de 3 impératifs posés par le gouvernement et le patronat :

1. Politique de baisse du coût du travail par la réduction des cotisations sociales patronales.

2. C'est le sens de la politique de l'offre prônée par F. Hollande lors de son allocution à l'ouverture de la Conférence sociale de juillet 2012, confirmée plus explicitement lors de son annonce du Pacte de responsabilité en

début d'année. Selon lui, et le Medef, les entreprises perdraient en compétitivité parce que leurs marges (bénéfices/valeur ajoutée) seraient amoindries par un coût du travail trop élevé.

3. Peu importe que les données statistiques disponibles montrent que ce qui pèse sur les entreprises n'est pas le coût du travail mais le coût du capital, qu'elles soient prélevées deux fois plus en charges financières (intérêts d'emprunt et dividendes: 299 Mds d'euros en 2013) qu'en cotisations sociales patronales (154 Mds d'euros en 2013), que le crédit pour les investissements dans l'économie réelle soit asséché par les banques et les marchés et réorienté en masse vers le financement des opérations spéculatives. Pour « redonner de l'air aux entreprises », les pouvoirs publics auraient désormais pour mission principale de réduire ce coût du travail en réduisant notamment la part des cotisations sociales patronales.

4. Mission traduite en acte dans le Pacte de responsabilité par la suppression annoncée à l'horizon 2017 des cotisations patronales pour la branche famille, qui s'ajoutera à la réduction du coût global du travail initiée par le crédit d'impôt compétitivité-emploi, ainsi qu'à quelques réductions fiscales dont la plus emblématique est suppression de la C3S qui finance le régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants. Ainsi, selon les chiffres du Medef, les entreprises bénéficieront de 41 Mds d'euros de réduction de leurs prélèvements obligatoires en période de croisière, dont 30 de baisse de cotisations sociales.

5. Politique d'austérité et de réduction de la dépense publique et sociale.

6. Ces politiques de désresponsabilisation sociale et fiscale des entreprises pèsent lourd sur les finances publiques et sociales par effet de compensation. Par exemple, depuis leur création en 1990, les exonérations de cotisations patronales ont permis aux entreprises d'économiser 376,3 Mds d'euros cumulés, que l'État a dû compenser à la sécurité sociale sur son budget dans un premier temps, par un abandon de taxes et d'impôts (les ITAF) à son profit dans un deuxième temps, et par un impôt nouveau, la CSG, dans un troisième temps. Et tout cela sans qu'aucun élément ne permette de confirmer que cet « allègement de charges des entreprises » se soit traduit en contrepartie par des créations d'emplois nouvelles.

7. Généralisée avec la suppression de la taxe professionnelle, la baisse de l'impôt sur les sociétés, les niches d'optimisation fiscale, le CI-CE..., cette désresponsabilisation sociale et fiscale des entreprises siphonne donc une part toujours plus grande de la dépense publique au profit des entreprises, qui se perd dans les coûts du capital, au détriment de la réponse aux besoins sociaux des populations et contribue au transfert vers les ménages d'une part toujours plus grande du financement de la sécurité sociale.

8. Alors même que la crise frappe durement et nécessiterait un développement massif des investissements publics

et de services publics pour relancer l'économie, l'emploi et les investissements matériels, et un élargissement de la prise en charge socialisée des dépenses de sécurité sociale, ce siphonage mine les possibilités d'un retour de la croissance et plombe les recettes fiscales et sociales. Il participe de l'accroissement des déficits et dettes publics et sociaux, et contribue à accentuer les politiques d'austérité et de réduction des dépenses publiques et sociales. En témoigne le plan Valls de 21 Mds d'euros d'économies d'ici à 2017 sur la sécurité sociale, dont 10 Mds sur la branche maladie; ce qui, pour cette dernière, réduira encore un peu plus le périmètre de prise en charge socialisé des malades, au grand bonheur des opérateurs privés et au grand malheur des malades désargentés.

9. Et pire encore, il sert d'argument implicite à une refonte des politiques sociales publiques et de ses objectifs. C'est en effet parce qu'il faudrait équilibrer les comptes publics et sociaux que la stratégie nationale de santé réorganise les institutions sanitaires françaises et redéfinit les objectifs de la politique nationale de santé autour d'une division implicite « petits risques/gros risques » validant un différentiel de prise en charge sanitaire des populations et d'un engagement sans moyens dans une politique nationale de prévention sanitaire, dont les établissements hospitaliers et les collectivités locales sont les victimes institutionnelles. C'est toujours au nom de l'équilibre des comptes que le rabotage des prestations de la politique familiale s'opère au détriment des familles modestes; rabotage mâtiné d'un vernis fallacieux de répartition des richesses conçue comme une répartition entre ménages dits riches et ménages dits pauvres, sans que l'on soit en mesure de définir une frontière objective entre richesse et pauvreté des ménages (suffit-il de gagner plus de 2000 euros pour être qualifié de ménage riche, comme le définit implicitement la loi de finance pour 2014?). Et c'est toujours au nom de l'équilibre des comptes que les réformes des retraites ont allongé la durée de cotisation et construit le dispositif institutionnel d'une réduction systématique du niveau des pensions de base en fonction de cet équilibre (réforme de 2013).

10. Projet patronal de reprise en main de l'offre de soins décliné précisément dans son projet de Refondation sociale en 2003.

11. C'est la grande ambition du Medef, revenir sur la gestion par la Sécurité sociale de la couverture des soins acquise en 1945. L'idée est simple: si le patronat veut bien laisser aux pouvoirs publics la maîtrise des objectifs de santé publique et des moyens de la mettre en œuvre (formation des professionnels de santé, recherche médicale, couverture universelle, définition du panier de soins qui donne lieu à prise en charge...), il revendique en revanche la maîtrise totale de l'offre du panier de soins par des « opérateurs de soins » (autrement dit par des assureurs) qui définiraient et contrôleraient la coordination entre offre de soins et demande de soins, et qui en assumeraient la gestion.

12. Dans ce schéma de fonctionnement, calqué sur le modèle anglo-saxon, où la Sécurité sociale ne serait qu'un organe financeur sur fonds publics de prestataires de services privés et forfaitisés chargés d'assurer de manière décentralisée sa mission actuelle de service public, assurés et professionnels de santé passeraient sous la coupe de ces opérateurs de soins, via des contrats d'assurance collectifs les inscrivant dans des réseaux de soins, qui chercheraient alors à maximiser leurs résultats économiques en optimisant la gestion du forfait par assuré au regard de l'offre de soins.

13. Le rôle dévolu aux partenaires sociaux se résumerait alors à celui du choix « au niveau de l'entreprise de l'opérateur de soins, des paniers de soins additionnels, et de la surveillance des résultats ».

Quel lien entre tout cela et la complémentaire santé obligatoire d'entreprise ? Cette dernière répond dans le fond, la forme et les objectifs à ces 3 impératifs.

1. Bien que par construction elle soit financée à 50 % par le salarié et par l'employeur, elle ne grève pas le coût du travail de l'entreprise. Équité de façade, son financement sera en réalité intégralement assumé par les salariés.

2. D'abord, parce que la contribution des salariés sera tirée de son salaire net. Le coût moyen estimé à ce jour est de 500 euros par an et par salarié, soit à peu près le montant de la hausse de salaire net correspondant à la mesure de réduction des cotisations salariales pour un smicard, inscrite dans le plan Valls.

3. Ensuite, parce que la contribution employeur s'inscrit dans la masse salariale de l'entreprise et sera à ce titre récupérable via les dispositifs d'exonérations fiscales sur les salaires (exonération de cotisations sociales patronales, CICE, réduction de l'impôt sur les sociétés...).

4. Enfin, parce que le gouvernement a obtenu en loi de finance pour 2014 (article 4), que la contribution employeur au financement des complémentaires santé et prévoyance soit intégrée au calcul de l'impôt sur le revenu de son bénéficiaire à compter de 2014. Ainsi un salarié qui bénéficie d'une complémentaire santé dont la cotisation mensuelle est de 100 euros, 50 euros payés par lui et 50 euros payés par son employeur, devra ajouter à sa déclaration de revenu 600 euros au titre de la contribution de son employeur à une complémentaire obligatoire qui lui est imposée.

5. Payée essentiellement par le salarié sur ces revenus, elle ne participe donc pas de la dépense sociale. Inscrite dans la déclaration de revenu des salariés, elle contribue même directement à la résorption des déficits publics !

6. Mieux encore, ce mode de financement qui fait du salarié son propre financeur, construit les bases d'un système de protection sociale totalement déconnecté du mode de financement de la Sécurité sociale.

7. En effet, là où la cotisation sociale pose un principe de mutualisation de la richesse produite dans l'entreprise par prélèvements sur les profits des entreprises, le mode de financement de la complémentaire santé par les salariés eux-mêmes fait basculer le prélèvement sur les revenus des ménages. C'est toute la philosophie des ordonnances de 1945 qui est ainsi remise en cause. Non seulement le principe de socialisation de la richesse produite est balayé, et avec lui l'idée du « chacun selon ses moyens et chacun selon ses besoins ». Mais asséoir le financement de la prise en charge des dépenses sociales sur les seuls revenus des salariés, c'est soumettre les conditions et le niveau du financement, et donc de la couverture, aux arbitrages salariaux des employeurs, eux-mêmes tributaires des logiques de gestion des entreprises.

8. Enfin, sur un plan plus institutionnel, on ne manquera pas d'être frappé par le parallélisme entre l'instauration de la complémentaire santé obligatoire avec ses conséquences et la construction institutionnelle d'un système de retraite multipiliers qui a prévalu lors de la réforme des retraites de 2013. Toutes deux institutionnalisent un système de Sécurité sociale à 3 niveaux (pilier public obligatoire, pilier d'entreprise obligatoire, pilier privé individuel), qui restructure dans son fonctionnement et ses principes la Sécurité sociale en raffermissant le pouvoir du patronat sur la protection sociale du travailleur, et cela à partir de l'entreprise ; l'employeur reprenant la main sur une part du financement de la Sécurité sociale, via la complémentaire retraite et santé obligatoire d'entreprise, directement à partir de la négociation salariale.

9. Cette évolution proposée est d'ailleurs parfaitement conforme à la philosophie de l'ANI du 11 janvier 2013, dont l'adoption a été qualifiée par le patronat de victoire historique. Texte d'inspiration patronale qui a opéré un renversement de logique de l'ordre public social construit par les luttes sociales depuis maintenant 130 ans, celui d'un ordre public construit autour de la protection du travailleur face à son employeur et aux aléas de la vie compte tenu du déséquilibre naturel en défaveur du travailleur intrinsèque au capitalisme. Cela s'est fait au moyen de la flexibilisation de l'emploi comme nouvelle norme et le renversement de la hiérarchie des normes législatives faisant de l'accord d'entreprise la norme ultime. En procédant comme ceci, l'ANI a fait glisser le droit social d'une fonction de protection du travailleur à celle de protection de l'entreprise, et notamment de sa compétitivité et de ses marges. L'introduction de la complémentaire santé et la complémentaire retraite d'entreprise complètent le dispositif en s'attaquant à la sécurité sociale, dans une optique de baisse du coût du travail. Ainsi, le travail de déconstruction des acquis de 1945, engagé par la droite depuis 2002, et en particulier depuis la Présidence Sarkozy, trouve désormais un écho dans la construction du « nouveau modèle social » prôné par le Président Hollande et son gouvernement.

Face à la régression, promouvoir les alternatives

Tout est donc en place pour que la complémentaire santé obligatoire d'entreprise aboutisse non à ouvrir de nouveaux droits, mais bien à installer toute une partie de la population dans un carcan de soins minimum remboursés, qui se traduira par une augmentation du renoncement aux soins de qualité et à un démantèlement de la branche maladie de la Sécurité sociale. Cela ne peut être accepté. C'est pourquoi des contre-propositions doivent être formulées pour servir à changer la donne.

Si l'on veut réellement répondre au besoin de prise en charge socialisée de la santé des travailleurs français, alors il faut créer les conditions d'une négociation entre « partenaires sociaux » menant vers la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des dépenses de santé des malades.

Une ambition politique qui suppose de mettre à plat les modalités de financement de la Sécurité sociale et en dépasser les insuffisances actuelles par un financement en dynamique de la Sécurité sociale à partir :

1. de la suppression des exonérations de cotisations sociales patronales et de la réorientation des compensations publiques de ces exonérations vers un fond public national pour l'emploi et la formation afin de lutter contre le coût du capital supporté par les entreprises et non de les aider à lutter contre le « coût du travail », en prenant en charge de façon sélective les intérêts d'emprunts des investissements matériels et de recherche développant l'emploi et les salaires : plus l'investissement programmerait d'emplois et de formations correctement rémunérés, et plus son taux d'intérêt baisserait ;

2. de la modulation des cotisations sociales patronales en fonction de la politique d'emploi et de salaire de l'entreprise, de sorte que plus une entreprise accroît sa valeur ajoutée relativement à sa masse salariale en licenciant, et plus ses taux de cotisation patronale sont élevés ;

3. de la création d'une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers des entreprises et des banques, qui leur appliquerait les taux des cotisations patronales de chaque branche de la Sécurité sociale.

En guise de conclusion

Le projet de complémentaire santé obligatoire participe clairement d'un choix politique de civilisation qui s'oppose à celui formulé il y a 60 ans par les membres du Conseil National de la Résistance. Et à ce titre, il faut lui opposer une résistance acharnée. Mais peut-être plus encore, faut-il s'inspirer de l'esprit de ces fondateurs pour essayer d'aller encore plus loin.

Prévalence et caractéristiques associées à l'utilisation de la contraception chez les mineurs :

Une étude auprès de 430 lycéens de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis suite à la mise en place du « Pass' Santé Contraception » en Île-de-France

Par les Drs Roze M.⁽⁴⁾, Lazimi G.⁽⁵⁾ & Rondet C.⁽⁶⁾

4 UPMC Université Paris 06, Faculté de médecine, Département de médecine générale, 75 012 Paris, France

5 UPMC Université Paris 06, Faculté de médecine, Département de médecine générale, 75 012 Paris, France

6 INSERM, UMRS 1136, Équipe ERES, 75 012 Paris, France & UPMC Université Paris 06, Faculté de médecine, Département de médecine générale, 75 012 Paris, France.

Introduction

L'accès à la contraception, sans concertation parentale, est un droit pour les mineurs. En réalité, seuls les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) permettent aux jeunes, ayant besoin d'une contraception, l'accès à l'information, à un financement, à la confidentialité dans le circuit de remboursement. Alors que l'accès à la contraception (prévention primaire) reste encore difficile, l'accès à l'IVG et à la contraception d'urgence (prévention secondaire) s'est amélioré. On observe une augmentation de 3,9 à 6,4 IVG/1 000 jeunes filles de 12 à 17 ans entre 1990 et 2010⁽⁷⁾ et une augmentation du nombre de boîte de médicaments vendues pour la contraception d'urgence de 165 719 en 1999 à 1 266 950 en 2009⁽⁸⁾. Il faut cependant noter que seules 28,7 % des adolescentes de 15 à 19 ans connaissent le délai maximum pour un recours à cette contraception⁽⁹⁾.

Afin de faciliter l'accès à la contraception, plusieurs solutions ont déjà été proposées⁽¹⁰⁾, notamment, la sensibilisation des hommes à la contraception, la création d'une plateforme d'information web unique sur la sexualité, la mise en place de la confidentialité et la gratuité de la contraception quel que soit le mode d'accès, l'amélioration de l'accès à l'information sur tous les modes de contraception (pas seulement sur la pilule), la proposition d'un bilan « 1^{re} contraception » gratuit réalisé par un médecin généraliste, la création d'un guide contraception remis par

les pharmaciens lors de la délivrance de la contraception d'urgence...

Le 26 avril 2011, l'Île-de-France a mis en place le « Pass' Santé Contraception ». Les élèves inscrits en classe de 2^{de} ou de niveau équivalent dans les lycées professionnels en sont les bénéficiaires prioritaires⁽¹¹⁾. Ce Pass' est composé de 6 coupons permettant aux bénéficiaires, un accès gratuit et anonyme à différents professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue, laboratoire d'analyses, pharmacie). Ils permettent aux jeunes lycéens d'avoir une prescription de contraception pour une durée de 3 à 6 mois (pilule, patch, anneau, préservatif masculin, etc.). Les coupons comprennent une attestation de remise du Pass', une 1^{re} consultation médicale, des examens biologiques, la délivrance de la contraception, une 2^e consultation médicale et le renouvellement de la contraception pour 3 à 6 mois.

L'accès à la contraception chez les adolescents suscite un grand intérêt des pouvoirs publics et de nombreuses pistes sont proposées pour l'améliorer. Cependant très peu sont réellement mises en place et évaluées. L'objectif de cette étude est d'évaluer la connaissance et l'utilisation du Pass' Santé Contraception chez les lycéens et chez les soignants d'Île de France, un an après sa mise en place.

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale menée auprès de 3 populations constituées d'un échantillon d'élèves de lycées professionnels et généraux dans les départements de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis, d'infirmières scolaire de ces départements et de médecins généralistes d'Île de France. Les données ont été recueillies de mai à juin 2012 à partir d'un questionnaire anonyme

7 Statistiques d'IVG [Internet]. [cité 6 mars 2013]. Disponible sur : http://ivg_statistiques.site.ined.fr/

8 Danet S. Objectif 97. Problèmes de SANTÉ spécifiques à des groupes de population. Contraception. Paris : DREES ; 2010 p. 330-331.

9 Lydie N, Leon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. Institut National pour la Prévention et l'Éducation à la Santé ; 2005 p.103-108.

10 Naves M-C, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Note d'analyse. Juin 2011 ; (226).

11 Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et SANTÉ. La Découverte. 2008.

et non obligatoire, distribué dans les classes lycéennes, en présence de l'infirmière scolaire de l'établissement. Le questionnaire contenait 7 items renseignant sur le statut sociodémographique, l'activité sexuelle, l'accès à l'information sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles (IST), la contraception, les CPEF, le Pass' Santé Contraception et la contraception d'urgence (CU). Un échantillon d'infirmières scolaires des départements de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis a été contacté (avec une relance) par e-mail entre mai et juillet 2012 pour remplir un auto-questionnaire comprenant 7 questions fermées et 5 questions ouvertes concernant spécifiquement le Pass' Santé Contraception. Un échantillon de 32 médecins généralistes d'Île-de-France a été interrogé par E-Mail ou par téléphone entre janvier et février 2013 via un court questionnaire de 2 questions renseignant sur leur âge et leur sexe et de 3 questions fermées concernant leur connaissance et leur utilisation du Pass' Santé Contraception.

L'analyse statistique quantitative auprès des lycéens, comporte des comparaisons de proportions réalisées avec des tests de χ^2 et une analyse par régression logistique. Pour l'analyse univariée nous avons choisi un seuil de significativité à 0,05 et nous avons retenu les variables pour lesquelles ce seuil était inférieur ou égal à 0,20 pour réaliser l'analyse multivariée par une démarche de pas à pas descendant. L'analyse statistique des données quantitatives des questionnaires des infirmières scolaires et des médecins généralistes ne contient que des moyennes et des proportions compte tenu du faible échantillon. Nous avons analysé les données qualitatives des questionnaires des infirmières sco-

laires par une analyse de contenu à partir de laquelle nous avons déduit des catégories dans un but de classification (catégorisation), puis nous avons estimé les fréquences de réponses des infirmières à une même catégorie. Nous avons atteint la saturation des données avec notre échantillon après avoir interrogé 32 infirmières. Ces analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 10.

Résultats

Résultats du questionnaire lycéens :

Dans cette étude, 434 lycéens ont été interrogés et 430 ont accepté de répondre à l'étude (taux de participation de 99 %). La population interrogée est composée pour environ 60 % de garçons et de 40 % de filles (Tableau 1). L'âge moyen des élèves interrogés est de 16 ans [13-20]. Une majorité d'élèves a plus de 16 ans (79,3 %). Sur les 430 élèves interrogés, seuls 10 élèves (2 %) n'ont pas répondu à la question « avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? ». La prévalence globale d'avoir déjà eu un rapport sexuel dans cette étude est de 37 %. Les garçons sont significativement plus nombreux que les filles à avoir déjà eu des rapports sexuels (44 % contre 27 %) (Tableau 1). L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 14,4 ans et la médiane se situe à 15 ans. La prévalence globale d'utilisation d'une contraception lors du 1^{er} rapport sexuel dans cette étude est de 89 % (Tableau 1). Parmi ces élèves, 86 % ont utilisé le préservatif, 1,4 % la pilule seule, et 11 % la pilule et le préservatif. Parmi les lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels, la prévalence de l'utilisation régulière d'une contraception est de 68 % (74 % des filles et 65 % des garçons) (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude et de la population utilisant une contraception

	Population totale		Population ayant déjà eu des RS			Population ayant utilisé une contraception lors du premier rapport sexuel			Population utilisant une contraception régulièrement		
	n	%	n	%	P-value	n	%	P-value	n	%	P-value
Genre											
Féminin	175	40,7	48	27,4	0,001	44	25,1	0,244	36	20,6	0,043
Masculin	254	59,1	112	44,1		99	39,0		73	28,7	
Âge											
Moins de 16 ans	89	20,7	17	19,1	< 0,001	15	16,9	0,588	9	10,1	0,001
Plus de 16 ans	341	79,3	143	41,9		128	37,5		100	29,3	
Type de lycée											
Lycée général	225	52,3	59	26,2	< 0,001	56	24,9	0,089	36	16,0	0,001
Lycée professionnel	205	47,7	101	49,3		87	42,4		73	35,6	
Département du Lycée											
Lycée Seine-et-Marne	2352	54,0	104	44,8	< 0,001	98	42,2	0,028	77	33,2	< 0,001
Lycée Seine-Saint-Denis	198	46,1	56	28,3		45	22,7		32	16,2	
Niveau scolaire											
2 ^{de}	361	84,0	127	35,2	0,045	114	31,6		84	23,3	0,142
3 ^e	10	2,3	3	30,0		3	30,0		3	30,0	
1 ^{re}	46	10,7	24	52,2		20	43,5		18	39,1	
Terminale	5	1,2	4	80,0		4	80,0		2	40,0	

*Test exact de Fisher

Seuls 8 % des lycéens (soit 34 lycéens) connaissent le Pass' Santé Contraception (12 % des filles et 5 % des garçons). Parmi ces lycéens, 9 ont demandé le Pass' (2,09 %

des lycéens interrogés): 4 garçons et 5 filles; 8 étaient en 2^{de}; 2 n'avaient jamais eu de rapport sexuel et 7 en avaient déjà eu (Tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques de la population connaissant et ayant utilisé le Pass' Santé Contraception

	Population totale		Population ayant déjà eu des RS			Population connaissant le Pass'*			Population ayant demandé le Pass'*		
	n	%	n	%	P-value	n	%	P-value	n	%	P-value
Genre											
Féminin	175	40,7	48	27,4	0,001	21	12,0	0,017	5	2,9	0,690
Masculin	254	59,1	112	44,1		13	5,1		4	1,6	
Âge											
Moins de 16 ans	89	20,7	17	19,1	< 0,001	21	12,0	0,017	5	2,9	0,690
Plus de 16 ans	341	79,3	143	41,9		32	9,4		8	2,3	
Type de lycée											
Lycée général	225	52,3	59	26,2	< 0,001	2	2,2	0,025	1	1,1	0,477
Lycée professionnel	205	47,7	101	49,3		13	6,3		4	2,0	
Département du Lycée											
Lycée Seine-et-Marne	232	54,0	104	44,8	< 0,001	21	9,3	0,369	5	2,2	0,690
Lycée Seine-Saint-Denis	198	46,1	56	28,3		13	6,6		3	1,5	
Niveau scolaire											
2 ^{de}	361	84,0	127	35,2	0,045	30	8,3	0,606	8	2,2	
3 ^e	10	2,3	3	30,0		1	10,0		0	0,0	
1 ^{re}	46	10,7	24	52,2		2	4,3		0	0,0	
Terminale	5	1,2	4	80,0		0	0,0		0	0,0	

L'analyse multivariée, avec ajustement sur l'âge et le sexe, montre que le besoin de l'accord des parents pour avoir une contraception et l'utilisation de la contraception

d'urgence sont associés à la connaissance du Pass' Santé Contraception (Tableau 3).

Tableau 3 : Analyse univariée et multivariée des caractéristiques associées à la connaissance du Pass' Santé Contraception

	Population totale		Population connaissant le Pass' Santé Contraception			
	n	%	Analyse Univariée		Modèle Firal Multivarié	
			OR (IC95)	p	OR (IC95)	p
Genre						
Masculin	175	40,7	ref	0,014	ref	0,307
Féminin	254	59,1	2,47 (1,2-5,1)		2,11 (0,51-8,82)	
Âge						
Moins de 16 ans	89	20,7	ref	0,042	ref	0,600
Plus de 16 ans	341	79,3	4,51 (1,06-19,22)		1,85 (0,19-18,24)	
Type de lycée						
Lycée professionnel	225	52,3	ref	0,284		
Lycée général	205	47,7	1,49 (0,73-3,06)			
Département du lycée						
Lycée Seine-Saint-Denis	232	54,0	ref	0,392		
Lycée Seine-et-Marne	198	46,1	1,38 (0,67-2,83)			
Niveau scolaire						
2 ^{de}	361	84,0	ref	0,606		
3 ^e	10	2,3	1,24(0,15-10,24)			
1 ^{re}	46	10,7	0,49(0,12-2,1)			
Terminale	5	1,2	données ins.			
Rapports sexuels						
Lycéens n'ayant jamais eu de rapports sexuels	260	60,5	ref	0,089		
Lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels	160	37,2	1,87 (0,91-3,83)			
Âge du 1^{er} rapport sexuel						
1 ^{er} rapport sexuel avant 15 ans	62	14,4	ref	0,839		
1 ^{er} rapport sexuel à 15 ans ou après	78	18,1	0,9 (0,31-2,63)			
Utilisation d'une contraception lors du 1^{er} rapport sexuel						
Lycéens n'ayant pas utilisé une contraception lors du 1 ^{er} RS	13	3,0	ref	0,729		
Lycéens ayant utilisé une contraception lors du 1 ^{er} RS	143	33,3	1,46 (0,18-11,97)			
Utilisation régulière d'une contraception						
Lycéens n'utilisant pas régulièrement une contraception	211	49,1	ref	0,916		
Lycéen utilisant régulièrement une contraception	109	25,4	1,05 (0,48-2,29)			
Contraception régulièrement utilisée						
Lycéens utilisant le préservatif	19	4,4	ref	< 0,001		
Lycéens n'utilisant pas le préservatif	116	27,0	9,46 (2,97-30,18)			
Lycéens n'utilisant pas la pilule	108	25,1	ref	0,067		
Lycéens utilisant la pilule	27	6,3	2,85 (0,93-8,75)			
Lycéens n'utilisant pas la contraception d'urgence	125	29,1	ref	0,001		
Lycéens utilisant la contraception d'urgence	10	2,3	10 (2,51-39,99)			
Lycéens n'utilisant pas une autre contraception	131	30,5	ref	0,006		
Lycéens utilisant une autre contraception	4	0,9	26,31 (2,55-271,69)			
Accord des parents pour obtenir une contraception						
Lycéens n'ayant pas eu besoin de l'accord de leurs parents	144	33,5	ref	0,008	ref	0,024
Lycéens ayant eu besoin de l'accord de leurs parents	15	3,5	5,3 (1,56-18,03)		6,62 (1,29-34,02)	
Connaissance du planning familial						
Lycéens ne connaissant pas le planning familial	237	55,1	ref	< 0,001		
Lycéens connaissant le planning familial	151	35,1	3,81 (1,8-8,08)			
Connaissance de la contraception d'urgence						
Lycéens ne connaissant pas la CU	136	31,6	ref	0,010		
Lycéens connaissant la CU	244	56,7	3,58 (1,35-9,47)			
Information sur la contraception d'urgence						
Pas par des amis	131	30,5	ref	0,008		
Par des amis	27	6,3	4,32 (1,47-12,71)			
Utilisation de la contraception d'urgence						
Lycéens n'ayant pas utilisé la contraception d'urgence	197	45,8	ref	0,001	ref	0,007
Lycéens ayant utilisé la contraception d'urgence	31	7,2	4,74 (1,92-11,69)		6,65 (1,68-264)	

Sur les 34 élèves connaissant le Pass' Santé Contraception 17 % par le lycée et 17 % par la télévision (Tableau 4). 39 % l'ont connu par l'infirmière scolaire, 26 % par un ami,

Tableau 4 : Origine de l'information sur le Pass' Santé Contraception

Information sur le Pass' Santé Contraception	Connaissance du Pass' Santé Contraception	
	n	%
Par l'infirmière scolaire	9	39,1
Par un ami	6	26,1
Par le Lycée	4	17,4
Par la télévision	4	17,4
Par le médecin scolaire	1	4,3
Par internet	1	4,3

Dans notre étude, 57 % des lycéens connaissent la contraception d'urgence (Tableau 5) : la proportion de filles (69 %) est significativement plus élevée que chez les garçons (48 %) ($p < 0,001$). Parmi les 244 élèves connaissant la contraception d'urgence, 105 élèves ont répondu à la ques-

tion « avez-vous déjà utilisé la contraception d'urgence » (soit 43 %). Parmi les lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels, la prévalence globale d'utilisation de la contraception d'urgence est de 30 % (53 % des filles et 14 % des garçons déclarant que leur partenaire l'a utilisée) (Tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques de la population connaissant et utilisant la contraception d'urgence

	Population totale		Population ayant déjà eu des RS			Population connaissant la CU			Population ayant déjà utilisé la CU*		
	n	%	n	%	P-value	n	%	P-value	n	%	P-value
Genre											
Féminin	175	40,7	48	27,4	0,001	121	69,1	<0,001	22	12,6	0,019
Masculin	254	59,1	112	44,1		123	48,4		9	3,5	
Âge											
Moins de 16 ans	89	20,7	17	19,1	<0,001	45	50,6	0,237	3	3,4	0,312
Plus de 16 ans	341	79,3	143	41,9		199	58,4		28	8,2	
Type de lycée											
Lycée général	225	52,3	59	26,2	<0,001	120	53,3	0,572	11	4,9	0,175
Lycée professionnel	205	47,7	101	49,3		124	60,5		20	9,8	
Département du Lycée											
Lycée Seine-et-Marne	232	54,0	104	44,8	<0,001	145	62,5	0,009	24	10,3	0,032
Lycée Seine-Saint-Denis	198	46,1	56	28,3		99	50,0		7	3,5	
Niveau scolaire											
2 ^e	361	84,0	127	35,2	0,045	203	56,2	0,520	23	6,4	0,060
3 ^e	10	2,3	3	30,0		4	40,0		1	10,0	
1 ^{re}	46	10,7	24	52,2		30	65,2		3	6,5	
Terminale	5	1,2	4	80,0		4	80,0		3	60,0	

*Test exact de Fisher

Résultats du questionnaire infirmières scolaires :

Sur l'ensemble des infirmières scolaires (450) interrogées par E-Mail, seules 32 ont répondu (7 %). Trois quarts des infirmières scolaires ayant répondu travaillaient en Seine-et-Marne et un quart en Seine-Saint-Denis. Elles travaillaient en lycée professionnel dans 37,5 % des cas, et en lycée général dans 62,5 % des cas. Les infirmières scolaires ont reçu en début d'année scolaire en moyenne 18 Pass' Santé Contraception (7 à 40 selon les lycées). Elles répondaient en moyenne à trois demandes de Pass' de la part des filles (presque aucune de la part des garçons). Les demandes de Pass' ont été principalement réalisées dans le cadre d'une demande de contraception (42 %) ou après un rapport sexuel avec risque de grossesse (38 %) (Tableau 6). Seule une infirmière n'a pu délivrer une information sur la contraception

et les IST lors de la demande du Pass' Santé Contraception. L'anonymat n'a pas pu être préservé dans 18 % des cas (registre des passages à l'infirmierie). En ce qui concerne la formation au Pass' Santé Contraception, 57 % des infirmières ont pu en bénéficier mais 42 % d'entre elles l'ont jugée insuffisante. La majorité (87 %) des infirmières a pu informer les lycéens de l'existence et du fonctionnement du Pass' Santé Contraception : par affichage (74 %), par entretien individuel à l'infirmierie (39 %), lors de séance de prévention et d'éducation sexuelle (30 %) et par prospectus (4 %). Parmi les 4 infirmières n'ayant pu informer les lycéens de l'existence du Pass' Santé Contraception, trois estimaient que le Pass' n'était pas nécessaire car le lycée était proche d'un centre de planning familial, deux évoquaient un problème de ressources (temps, financements...) et une n'avait pas d'affiche.

Tableau 6 : réponses des infirmières scolaires

	n	%
Dans quel contexte se faisaient ces demandes ?		
Après risque de grossesse	10	38,5
Après demande de contraception	11	42,3
Après demande d'information ou d'éducation sexuelle	5	19,2
Après demande de suivi gynécologique	2	7,7
Après demande de dépistage MST	1	3,9
À l'infirmier	5	19,2
Difficulté à en parler à ses parents	3	11,5
Adressé par les parents	3	11,5
Après action d'éducation ou de prévention à la sexualité	6	23,1
Avez-vous pu délivrer une information sur la contraception et la prévention des MST lors de cette demande ?		
Oui	27	96,4
Non	1	3,6
L'anonymat a-t-il pu être préservé lors de cette demande ?		
Oui	23	82,1
Non	5	17,9
Si non, pourquoi ?		
Registre de passage à l'infirmier	3	60,0
Non exigé et registre à l'infirmier	2	40,0
Avez-vous reçu une formation sur le Pass' Santé Contraception ?		
Oui	17	56,7
Non	13	43,3
L'avez-vous jugé suffisante ?		
Oui	11	57,9
Non	8	42,1
Avez-vous pu informer les élèves de votre établissement sur le Pass' Santé Contraception ?		
Oui	26	86,7
Non	4	13,3
Si oui, comment ?		
Affichage	17	73,9
Séances de prévention et d'éducation sexuelle	7	30,4
Entretien individuel lors de passage à l'infirmier	9	39,1
Prospectus	1	4,4
Si non, Pourquoi ?		
Pas d'affichage	1	16,7
Problème de ressource (temps, personnels)	2	33,3
Non nécessaire (planning)	3	50,0

Les principaux avantages du Pass', cités par les infirmières scolaires sont la proximité de la prise en charge (67 %), la gratuité (46 %), l'anonymat (42 %) et l'utilisation simple et pratique du Pass' (33 %) (Tableau 7). En ce qui concerne les inconvénients, les infirmières critiquent principalement le refus du Pass' par les autres professionnels de santé (48 %), sa méconnaissance par les autres professionnels de santé (33 %) et la difficulté

du parcours de soins demandant une certaine maturité au lycéen (26 %). Les infirmières pensent qu'il faudrait améliorer le Pass' Santé Contraception en le faisant connaître (56 %), en le distribuant de façon plus large aux élèves majeurs et par d'autres professionnels de santé que les infirmières scolaires (32 %), en ayant la possibilité de renouveler (24 %) et en améliorant de façon plus générale l'accès à la contraception (20 %).

Tableau 7: Avantages et inconvénients du Pass' Santé Contraception selon les infirmières scolaires

	n	%
D'après vous, quels sont les avantages du Pass' Santé Contraception ?		
Proximité de la prise en charge	16	66,7
Anonymat	10	41,7
Gratuité	11	45,8
Suivi	5	20,8
Responsabilisation de l'élève	4	16,7
Choix du médecin	3	12,5
Facile, pratique	8	33,3
Accès aux mineurs	1	1,2
D'après vous quels sont les inconvénients du Pass' Santé Contraception ?		
Manque de retour	3	11,1
Méconnu	9	33,3
Refusé	13	48,2
Difficulté de confidentialité	3	11,1
Parcours de soins difficile, besoin d'initiative	7	25,9
Pas de renouvellement du Pass'	5	18,5
Proposé initialement aux seuls élèves de seconde	5	18,5
Comment l'améliorer ?		
Distribution plus large (âge et professionnels de santé)	8	32,0
Retour sur l'utilisation par les élèves de la part des professionnels de santé	3	12,0
Faire connaître	14	56,0
Possibilité de renouvellement	6	24,0
Améliorer l'accès à la contraception	5	20,0
Format plus discret	1	4,0
Ne sais pas	2	8,0

Résultats du questionnaire des médecins généralistes :

Sur les 32 médecins ayant répondu au questionnaire, il y avait 11 femmes (34 %) et 21 hommes (66 %). Leur moyenne d'âge était de 50 ans (25 à 65 ans). Plus de la moitié (56 %) des médecins ayant répondu au questionnaire connaît le Pass' Santé Contraception. Parmi eux, seuls 4 l'ont déjà utilisé. Plus de trois quarts (80 %) des médecins pensent que le Pass' peut être utile.

Discussion

Cette étude a permis d'évaluer la connaissance et l'utilisation du Pass' Santé Contraception par les lycéens et les professionnels de santé d'Île de France. Les résultats de notre étude montrent que 37 % des lycéens ont déjà eu des rapports sexuels. Ces chiffres sont similaires à ceux du baromètre santé 2010 dans lequel 41 % à 46 % des jeunes de 15 à 19 ans d'Île de France déclarent avoir déjà eu des rapports

sexuels⁽¹²⁾. Par ailleurs, dans notre étude, l'âge médian au premier rapport sexuel est à 15 ans. Ce résultat est assez éloigné de celui de l'enquête nationale CSF, réalisée par téléphone, auprès de la population générale, en 2006 où l'âge médian est de 17 ans⁽¹³⁾. En interrogeant une population plus jeune que celle de l'enquête CSF, l'âge au premier rapport est forcément abaissé. Par ailleurs, le mode de recueil de données par auto-questionnaire et la garantie de l'anonymat auprès des répondants ont peut-être incité davantage les jeunes à déclarer leur âge réel au premier rapport, par rapport à l'enquête CSF dont le recueil de données a été réalisé par téléphone. Aux vues de nos résultats et de ceux du baromètre santé 2010 concluant à la précocité de l'âge du début aux premiers rapports sexuels, la prévention primaire sur la contraception et les IST doit être envisagée

12 Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France, résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010, Synthèse de l'Observatoire régional de Santé d'Île-de-France, décembre 2013, 20p.

13 Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et SANTÉ. La Découverte. 2008.

plus tôt chez les jeunes. La prévention concernant l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel semble être assez efficace chez les jeunes. En effet, dans notre étude, ils sont près de 90 % à avoir utilisé une contraception lors de leur premier rapport sexuel, et il s'agissait du préservatif pour 86 % d'entre eux. Ces résultats sont proches de ceux du baromètre santé 2010 où environ 85 % des 15-19 ans ont utilisé une contraception lors de leur premier rapport sexuel (utilisation du préservatif pour 80 % d'entre eux)⁽¹⁴⁾.

Une information importante de cette étude concerne la faible proportion d'utilisation d'une contraception régulière par les lycéennes (25 % des filles ayant déjà eu des rapports sexuels n'utilisent pas de contraception régulière). Ces résultats sont inquiétants comparés à ceux de l'enquête FECOND sur la contraception menée en 2012 où moins de 1 % des jeunes femmes de 15-17 ans sexuellement actives n'utilisaient pas de contraception⁽¹⁵⁾. Nos résultats sont plus proches de ceux du baromètre santé 2010 où 22 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans d'Île de France déclarent ne pas utiliser de contraception régulière⁽¹⁶⁾. Concernant la contraception d'urgence, elle est toujours méconnue pour une part importante des lycéens interrogés. En effet, dans notre étude, seulement un peu plus de la moitié d'entre eux la connaissent (70 % des filles et 48 % des garçons) alors que d'après le baromètre santé 2005 près de la totalité des 15-19 ans la connaît⁽¹⁷⁾.

En réalisant notre étude seulement un an après la mise en place du Pass' Santé Contraception, la diffusion de l'information concernant ce dispositif n'a pu être massive. En effet, seuls 8 % des lycéens connaissent le Pass' Santé Contraception. Les lycéens l'ont connu pour près de 40 % d'entre eux suite à entretien avec l'infirmière scolaire. Par ailleurs, les infirmières déclarent le distribuer suite à un rapport sexuel avec risque de grossesse dans 38 % des cas. Le Pass' semble être proposé en prévention secondaire. Pourtant, son objectif est de prévenir le risque de grossesse non désirée en facilitant l'accès à la contraception avant les premiers rapports sexuels (prévention primaire). Il est donc important d'améliorer la diffusion de l'information

au sujet du Pass' auprès des lycéens. Les infirmières scolaires proposent que le Pass' soit distribué par d'autres professionnels de santé tels que les pharmaciens suite à une demande de contraception d'urgence, ou les médecins généralistes. Par ailleurs, la diffusion de l'information doit se faire également auprès de ces professionnels de santé qui sont encore nombreux à le méconnaître et donc à refuser son utilisation. La limite de cette étude réside dans la généralisation des résultats de cette étude à l'ensemble de la population française puisqu'elle n'a été réalisée qu'auprès de 430 lycéens faisant partie de 4 lycées.

En conclusion, en ciblant particulièrement les lycéens et en choisissant un mode de questionnaire adapté, cette étude montre qu'il est nécessaire de mettre en place une information plus précoce sur la contraception et les IST car les premiers rapports sexuels ont lieu plus tôt. Par ailleurs, cette étude a permis également d'avoir une vision globale sur la connaissance et l'utilisation du Pass' Santé Contraception. Ainsi, l'ensemble du parcours de soins a été étudié, en passant de la description de l'état de connaissance et d'utilisation des lycéens à la description des pratiques des professionnels de santé. Il serait donc intéressant de renouveler cette enquête dans 2 ans pour réévaluer les pratiques des lycéens et des professionnels de santé vis-à-vis du Pass' Santé Contraception et de la contraception en général.

14 Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France, résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010, Synthèse de l'Observatoire régional de Santé d'Île-de-France, décembre 2013, 20p.

15 Nathalie Bajos, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et sociétés. Sept 2012; (492):4.

16 Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France, résultats de l'enquête Inpes - Baromètre Santé de 2010, Synthèse de l'Observatoire régional de Santé d'Île-de-France, décembre 2013, 20p.

17 Moreau C, Lydie N, Warsawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée. INPES; 2005 p. 329-354.

Éléments de réflexion concernant les Agences Régionales de Santé

Par Jean-Luc Gibelin, responsable du secteur santé/protection sociale du PCF.

Le 2 février dernier, les Sénateurs Jacky Le Menn (PS) et Alain Milon (UMP), remettaient au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, un rapport intitulé « Les agences régionales de santé: une innovation majeure, un déficit de confiance ». Un débat sur la question des Agences Régionales de Santé a été organisé au Sénat faisant suite à ce rapport et s'inscrivant dans un contexte social marqué par les mécontentements grandissants des usagers, des syndicalistes et des élus, y compris de la majorité sénatoriale, en direction d'agences accusées de rechercher d'abord et avant tout la réduction des dépenses publiques.

Les ARS sont une des dispositions majeures de la loi Bachelot, une des aspects idéologiques les plus forts de cette loi. C'est le volet santé de la « Révision générale des politiques publiques » (RGPP) qui est qualifié dans les débats publics de « régression généralisée de la place du public »... Nous ne pouvons pas laisser planer l'idée que ce serait une avancée même limitée. C'est une remise en cause du statut de la fonction publique, une remise en cause de la place de l'État et de ses services. C'est un recul démocratique considérable. Dans le même temps, nous ne contestons pas la dimension régionale de l'organisation de notre système de santé, à condition qu'elle ne se fasse pas au détriment de la proximité, qu'elle respecte le service public, et donc ne favorise pas sa privatisation, et qu'elle s'inscrive dans une démarche de réelle démocratie sanitaire, associant, professionnels de la santé, élu-e-s, usagers et organisations syndicales.

Les ARS, le parachèvement d'une logique de régionalisation de l'offre de soin qui n'est pas nouvelle.

Créées le 1^{er} avril 2010, dans le cadre de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », les Agences Régionales de Santé sont des établissements publics administratifs chargés de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région. Attention ! Derrière cette dénomination, ce cache la mise en œuvre d'une « première ». Les personnels des ARS sont de trois types: les personnels de la fonction publique de l'État (les « ex » des DDASS et DRASS), les personnels de la convention collective de la Sécurité sociale (les « ex » des contrôles médicaux de la Sécurité sociale CRAM), des personnels au code du travail. Il ne s'agit plus de services déconcentrés de ministère. Les DG ne sont pas des fonctionnaires même ceux qui sont issus de la fonction publique... L'État confie à une structure essentiellement de droit privé la mise en œuvre d'une mission régalienn

et la répartition de l'argent socialisé, sans contrôle démocratique. Les ARS sont la poursuite des ARH issues des ordonnances Juppé.

Pour information, les institutions représentatives du personnel ne sont ni celles de la fonction publique ni celles du secteur privé, elles sont hybrides et en recul sur celles existantes dans le public et le privé. Ce sont donc des structures issues d'ordonnance et d'une loi imposée contre le débat parlementaire (Cf. le vote en CMP contre la version du Sénat de la loi Bachelot en 2009). C'est une expérimentation dans la recherche effrénée de la droite de remettre en cause la fonction publique et son statut.

Avec tout de même une vocation économique et financière très forte, y compris dans sa conception. Il suffit pour s'en convaincre de prendre connaissance du site internet « vie publique.fr » pour comprendre qu'originellement, les ARS ont été conçues comme devant permettre la « rationalisation » des dépenses publiques en matière de santé.

Il ne s'agit pas de rationaliser les dépenses publiques mais de diminuer les dépenses prises en charge par la solidarité nationale et de privatiser le maximum de services...

Récemment donc, les ARS se sont avant tout substituées aux Agences Régionales de l'Hospitalisation dont la tutelle ne portait que sur les établissements de santé, publics comme privés. Ces agences se voulaient des instances de coordination, faisant appel aux services de l'État reprenant en fait les moyens existants des administrations déconcentrées du ministère de la Santé (DDASS, DRASS, médecin inspecteur régional) et de l'Assurance Maladie (CRAM et échelon régional du contrôle médical). Raison pour laquelle, juridiquement les ARH n'étaient pas un établissement public, mais Groupement d'Intérêt Public, constitués à parité entre l'État et les organismes d'assurance maladie, et dont le directeur de la DRASS et celui de la CRAM sont les vice-présidents.

La création des ARS est donc apparue comme une nouveauté et a traduit la volonté politique du législateur de l'époque, de disposer d'une gestion « régionalisée de l'offre de soins » qui aille au-delà de la simple question hospitalière. Bien au-delà, il s'agissait de marquer des « points » dans la remise en cause du service public, de la fonction publique et de la Sécurité sociale. Cette logique a par ailleurs conduit à ce que les ARS assument également des fonctions qui, jusqu'alors étaient supportées par d'autres

acteurs. Ainsi, les ARS remplacent dans leurs missions les services déconcentrés du ministère chargé de la Santé qu'étaient les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), ou, en Guadeloupe, Guyane et Martinique, les directions de la santé et du développement social (DSDS). Une même substitution s'est également opérée pour certains organismes de Sécurité sociale que sont les unions régionales des caisses d'assurance maladie, le personnel des pôles OSS (Organisation du Système de Soins) et prévention du Service du Contrôle Médical ainsi que la branche santé des caisses régionales d'Assurance maladie (CRAM). Dans le même temps et par « parallélisme », les CRAM deviennent les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et conservent leurs attributions en matière d'assurance vieillesse et de risques professionnels.

Les objectifs initiaux invoqués pour la création des Agences Régionales de Santé.

Comme le précise le rapport sénatorial, la création des Agences Régionales de Santé obéissait à trois finalités. Tout d'abord garantir davantage d'efficacité dans la mise en œuvre des politiques de santé. À ce titre les ARS ont pour vocation première de veiller au strict respect de l'ONDAM. Mais d'autres mécanismes contribuent également à la satisfaction de cet objectif, comme l'instauration – que nous avons vivement contestée – des mécanismes d'appel à projet dans le secteur médico-social, ou encore la gestion du risque par l'ARS et non plus par l'Assurance maladie. Là encore nous nous étions opposés à ce que l'ARS soit toute-puissante en la matière, considérant qu'il fallait impérativement distinguer, séparer, les organismes qui opèrent une séparation entre régulation du système et organisation de l'offre de soins. L'Assurance maladie devenant aussi en quelque sorte une filiale de la holding « Agences régionales de santé ». Mais cette configuration est logique dès lors que l'on mesure que la « gestion des risques » elle-même est devenue un élément de la réduction de la dépense publique. Lors de son audition au Sénat, Frédéric Van Rookeghem, directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) affirmait « *Les dépenses de Sécurité sociale ont tendance à croître plus rapidement que le PIB et les dépenses de retraite pèsent pour une plus grande part qu'auparavant dans cette évolution. La maîtrise de la croissance des dépenses d'Assurance maladie par la mise en œuvre de programmes de gestion des risques constituera donc un objectif essentiel au cours des prochaines années.* ». Alors que théoriquement, la gestion du risque vise à améliorer l'offre de soins, à veiller à sa pertinence, elle ne revêt ici qu'une connotation économique. D'autant que, pour s'assurer que l'objectif de rationalisation des dépenses soit respecté, le Gouvernement de l'époque a organisé une forme de concentration des pouvoirs et des lieux de

décisions, qui apparaît confiscatoire. C'est le cas pour les collectifs de malades et d'usagers des systèmes de santé et d'élus, qui voient à raison dans la construction des ARS, la création d'une forme de « préfecture sanitaire », obéissant aux ordres directs du Gouvernement, sans chercher à composer avec les responsables locaux.

Paradoxalement, alors que la volonté affichée du Gouvernement était de renforcer la territorialisation des politiques de santé, on a plutôt eu l'impression d'un mouvement dual. Il ne s'agissait pas de territorialisation mais d'une hyperconcentration de pouvoirs dans les mains d'un seul homme ou d'une seule femme, un « super préfet » « libérés de la préfectorale »... Tout d'abord une reprise en main nationale dans une forme de « concentration régionalisée des pouvoirs et des responsabilités » et un mouvement « d'agenciation » des pouvoirs publics, avec le défaut que cela a, notamment en matière démocratique ou en ce qui concerne la responsabilité publique et politique des responsables d'agences.

Afin de réussir ce chantier, l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région, d'une part, de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des Conseils généraux de la région.

La conférence régionale de la santé, pire encore pour les conférences de territoires, n'a pas de pouvoir de contrôle, le préfet de région préside le conseil de surveillance de l'ARS et transmet la feuille de route au DG de l'ARS, seul décideur ; les présidents des Conseils généraux de la région n'ont que très peu de latitude par rapport au DG de l'ARS. De plus, l'échelon Délégation de territoire n'a aucun moyen pour gérer ou adapter localement la politique régionale, au regard des besoins locaux.

Enfin, troisième ambition, les ARS sont chargées d'assurer un pilotage unifié de quatre secteurs distincts que sont l'hôpital, la médecine de ville, le médico-social et la santé publique, à laquelle sont associées les missions de veille et de sécurité sanitaires. Cette ambition est bien entendu la plus légitime d'entre toutes. Elle est en adéquation avec la volonté des femmes et des hommes et de pouvoir disposer d'un parcours coordonné en santé, qui puisse ne pas passer uniquement par l'hôpital. En réalité, il s'agit de la fongibilité des enveloppes... Accélérer le transfert des charges de la solidarité nationale vers les familles. L'ARS a eu finalement

pour fonction d'organiser la misère de moyens, notamment ceux de la santé publique qui ont considérablement diminué depuis. S'agissant de la médecine de ville, les maisons de santé ont été privilégiées par rapport aux centres de santé, libéralisme oblige. D'une manière générale on y a perdu la notion de proximité et de besoins de santé au nom de la régulation régionale.

Ce que nous pouvons en dire

L'idée de pouvoir disposer d'une gestion décloisonnée de l'offre de soins, qui associe la médecine de ville, la médecine hospitalière, la pharmacie et la biologie médicale... est évidemment une bonne chose. Le patient est inscrit dans un parcours de soins qui évolue en fonction de son état de santé et de sa volonté propre. Assurer une coordination entre des secteurs qui cohabitaient tout en s'ignorant constitue donc une mesure positive. Pour autant, le constat que l'on peut faire, c'est que dans son application concrète, les ARS et cette gestion décloisonnée a surtout été un prétexte dans la réduction de l'offre de soins hospitalière. Pour preuve, les différentes lois de financement de la Sécurité sociale n'ont eu de cesse de chercher réduire – via la baisse de l'ONDAM – qu'une dépense : la dépense hospitalière. Dans le même temps, le Sous-ONDAM médecine de ville demeurait stable et des conventions étaient signées – parfois scandaleuses d'ailleurs – avec les professionnels, tantôt pour assurer une rémunération à la performance, tantôt pour encadrer les dépassements d'honoraires.

Le niveau régional est pertinent pour la santé. C'est celui que nous retenons dans notre projet. Mais le positif s'arrête là. La logique de l'ARS est celle d'une agence, d'un recul du service public par une volonté de privatisation, d'une absence de contrôle démocratique et de démocratie partagée, d'une hyper concentration de pouvoir et d'une perte de lien avec le local, etc... Car la dimension financière des ARS est indiscutable. Nous voulons rappeler que les ARS ont le pouvoir de placer sous administration provisoire les établissements publics de santé en déficit budgétaire. Que ces mêmes ARS peuvent exiger des directeurs des établissements publics de santé qu'il procède à la suppression d'emplois publics, et ce dans le seul but de réduire les déficits des établissements publics de santé. La suppression de ces postes ne sera jamais confrontée aux besoins réels des patients accueillis et soignés dans les hôpitaux. Elle ne correspond à aucune logique sanitaire, ni à aucune logique de solidarité, c'est une logique purement comptable. D'ailleurs, rappelons que si le conseil de surveillance de l'agence approuve le projet de budget de l'agence régionale de santé à la majorité simple de ses membres, il lui faut, pour le repousser, une majorité qualifiée. Le DG de l'ARS est celui qui choisit les chefs d'établissements sanitaires et médico-sociaux voire sociaux. Il leur fixe leur feuille de route sur cinq ans, les évalue et détermine le régime indem-

nitaire qui est une part sensible de la rémunération de ces personnels. C'est une mainmise totale...

Qui plus est, nous pouvons naturellement souscrire à l'idée de disposer d'une gestion régionale de l'offre de soins en ce sens que le niveau régional est pertinent. En effet, l'échelon territorial permet une comparaison avec d'autres régions et permet de souligner les inégalités territoriales en santé, même s'il faut admettre que, dans une même région, il peut également exister des disparités et des inégalités. Mais la question est bien celle de savoir à quoi doivent servir les ARS. À l'inverse de la logique actuelle, nous pourrions réaffirmer la nécessité de renforcer la gestion démocratique et de redonner tout son sens à la démocratie sociale et sanitaire.

La première mesure que nous pouvons proposer est d'en changer le statut... Il faut que cela redevienne un service déconcentré de l'État. Afin de respecter une réelle démocratie au sein des agences, il convient de préciser les missions du Directeur de l'Agence, de rendre public leurs ordres de missions, mais également de rénover l'organisation, la composition et les modes de décisions des CA (se substituant au conseil de surveillance), de telle sorte qu'aucune voix ne soit prépondérante et que l'agence se place dans une logique ascendante et non descendante.

De la même manière, les projets régionaux de santé devraient être définis au plan régional, élaborés plus en lien avec les usagers, les élu-e-s, les syndicats et les professionnels de santé, mais tout en réintroduisant une dimension nationale dans la mesure où certaines problématiques ont une résonance nationale. Cela est particulièrement vrai dans le parent pauvre des ARS à savoir la prévention où certains risques sont nationaux et liés à d'autres réalités (économiques, sociales, origines migratoires) que géographiques. À titre d'exemple, partout en France émergent des maladies, liées à la paupérisation des populations. Cela n'est pas régional, c'est bien une réalité nationale et à dimension économique. Il faut donc impérativement que ce volet national soit plus important.

Nous pourrions également profiter de l'occasion qui nous est donnée dans cet article, pour rappeler la nécessité d'inventer une réelle démocratie sanitaire. À cette fin, pourquoi ne pas proposer une procédure d'alerte pour le cas où « le conseil de surveillance » de l'ARS se trouve placé dans une situation où il ne peut que constater l'insuffisance du budget de l'agence par rapport aux besoins qu'il estime nécessaire de satisfaire. Pourquoi ne pas renforcer également le rôle des élus locaux en renforçant les pouvoirs de Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de telle sorte qu'elles ne concourent plus à la mise en œuvre de la politique régionale de santé en donnant des avis sur ses

modalités d'élaboration, mais soit le lieu de l'élaboration de cette stratégie. Nous pourrions par exemple proposer que son avis positif soit obligatoirement retenu pour que soit validé le PRS.

Nous avons porté (et mis en pratique en Île-de-France) le concept d'Assises régionales de santé: assemblées tripartites (du département à la région) rassemblant élu-e-s, professionnels, ayants-droit à la santé... comme véritable « contre-pouvoir » au DG de l'ARS. Enfin, nous pourrions rappeler que la création des Agences Régionales de Santé, s'est également accompagnée de la privatisation de certaines missions de service public assumées hier par les DDAS. Bien que cela soit anecdotique, la création des ARS a permis le transfert à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et à celui des infirmiers, la mission de vérification et d'homologation nationale des diplômes. C'est notamment sur cette mission que s'appuie l'ordre des infirmiers pour tendre obligatoire son adhésion et harceler, y compris juridiquement, les professionnels salariés qui refuseraient l'adhésion. Au-delà des cas de privatisation, nous pourrions d'ailleurs souligner, comme le fait le rapport, que le transfert des missions de contrôle et d'inspection des professionnels de santé aux ARS s'est accompagné par une baisse sans précédent des contrôles réellement effectués. Cette situation est génératrice d'inquiétudes et de pratiques potentiellement dangereuses.

Nous devons très clairement revenir aux fondements très politiques des ARS... Le président Sarkozy a fait au moins 4 discours nationaux dans la phase de construction de la loi Bachelot, c'est vraiment une de ses lois symboliques et très idéologiques. Ce sont les ARS qui ont accéléré et mis en œuvre les « restructurations », les fermetures d'activité et de services. Enfin, dans les prémices de la loi santé prévue, les ARS sont maintenues et confortées. Nous devons clairement être entre alternative à cela. Il faut enfin mettre en évidence que cette loi Bachelot et les ARS qu'elle introduit, ont été confortées plutôt que remise en cause par le Gouvernement Hollande.

Quelques aspects complémentaires de nos propositions :

Les différentes réformes ont eu des supports particulièrement peu démocratiques : les ordonnances Juppé, la loi Bachelot sont clairement des supports législatifs qui n'ont pas été l'objet de débats démocratiques larges. Cette caractéristique originelle transparaît dans le contenu de ces réformes. C'est une raison fondamentale pour rappeler notre exigence de remplacer cet arsenal législatif, il faut vraiment remettre en cause, entre autres, les lois Juppé, Mattéi, Douste-Blazy, Bachelot, etc. Nous portons une nouvelle Sécurité sociale avec un conseil d'administration élu qui maîtrise les recettes et les dépenses des budgets. Ce conseil d'administration doit comprendre les représentant-e-s des

cotisant-e-s avec les organisations syndicales. La détermination des recettes doit être faite à partir de l'expression des besoins de santé.

Nous proposons la suppression des ARS en les remplaçant par des services déconcentrés du ministère de la santé. Nous portons la proposition d'instances tripartites; ces instances sont composées par un collège des ayants droit à la santé, un collège des salarié-e-s quel que soit leur mode d'exercice, un collège des élu-e-s. Ces instances sont à trois niveaux. Le niveau local de proximité (canton, intercommunalité, ville), le niveau régional et le niveau national. Les niveaux régional et national sont « en face » des lieux de décisions de l'État, ce sont de vrais contre-pouvoirs et lieux de contrôle démocratique. Ces instances ont plusieurs fonctions : faire s'exprimer les besoins de santé, contribuer à déterminer les réponses à ces besoins de santé, contrôler la mise en œuvre des réponses aux besoins de santé.

Les deux aspects s'alimentent mutuellement : nouvelle Sécurité sociale et démocratie sanitaire. Les Agences régionales de santé sont bien un outil structurant de choix politiques. Il est clairement nécessaire de les dépasser.

Billet d'humeur : Loi santé publique, le rendez-vous manqué !

Par Jean-Luc Gibelin

La ministre des affaires sociales vient de faire une communication sur le projet de loi Santé. Sur la forme, cette communication pose des questions fortes. Depuis des mois, la ministre répondait à toutes les sollicitations que la réponse serait dans la loi santé. Les attentes sont donc importantes. C'est dans ce cadre qu'il faut apprécier le projet actuel.

Mais au préalable, le choix gouvernemental de calendrier et de priorité mérite analyse. Avant de présenter le projet santé au débat parlementaire, le gouvernement veut faire adopter, avant le fin juillet, la loi rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 en y appliquant des économies supplémentaires. Il décide de faire adopter la loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2015 avant la fin décembre. Ce n'est qu'ensuite que le projet santé sera ouvert au travail parlementaire, c'est-à-dire quand le carcan financier sera posé. Cette démarche est tout à fait scandaleuse car dans les faits elle enferme le débat public.

Les grandes lignes de la future loi santé ne répondent pas du tout aux attentes des professionnels et des ayants droit à la santé. Repoussée de deux jours, la présentation de la loi santé est très décevante, elle ne tourne pas la page de la loi HPST comme devrait le faire une politique réellement de gauche. C'est pourtant ce qui a été massivement demandé dans le processus du pacte de confiance. Comme pour la loi Bachelot, il y aura quatre axes très similaires : prévention, service territoires de santé, innovation et gouvernance. Non seulement, cela ne tourne pas la page mais la logique, la structure est la même que pour HPST. Les DG d'ARS sont confortés dans leur rôle de super préfets sanitaires et sociaux.

1. La prévention sera le premier titre de la loi avec un focus important sur le tabac. Ce titre devrait contenir une des rares avancées avec la suppression de la condition de « détresse caractérisée » pour les mineures permettant d'accéder à la contraception d'urgence. Mais bien évidemment, il n'y a rien sur les moyens financiers pour crédibiliser une forte ambition pour cette partie de la loi. Depuis des années, les lois santé ont un volet prévention mais les moyens financiers et humains ne sont jamais mobilisés pour rendre crédible la volonté de vraiment faire de la prévention.
2. Le service territorial de santé au public : La généralisation du tiers payant déjà annoncée est rappelée sans plus de moyens de l'atteindre. Il n'y a pas un mot sur les centres de santé qui appliquent déjà ce tiers payant et qui devraient être renforcés et généralisés dans le cadre d'une politique de gauche. Mettre l'obligation de créer des groupements hospitaliers de territoire dans la loi, c'est renforcer et accélérer la mise en œuvre de la loi Bachelot... C'est un choix politique de droite.
3. L'innovation prend la forme de la légalisation de glissement de tâches entre les professions de santé sans reconnaissance financière pour les « nouveaux métiers ».
4. La gouvernance se concrétise par des promesses de représentativité très limitée pour les usagers.

Au total, cette loi ne tranche pas avec la loi Sarkozy-Bachelot, elle en poursuit la mise en œuvre. Nous aurons l'occasion d'y revenir lorsque les projets de textes seront concrets. Le premier sentiment est vraiment celui de la déception du rendez-vous manqué, de l'attente non récompensée, de la frustration de ne pas être entendu et compris de la ministre. Au contraire, il y a urgence à engager une vraie loi de santé publique, une profonde démocratisation de l'organisation de la santé, une réelle reconnaissance des professionnel-le-s et des personnel-le-s.

Le dossier :

Santé & protection sociale en Europe

Schéma général de l'organisation des systèmes de soins en Europe

Par Patrice Voir, responsable de la commission santé de l'ANECR

Il existe dans le monde plusieurs systèmes de soins, correspondants chacun à des choix politiques et divers compromis. Ces systèmes, au sein desquels la place de l'État et la liberté des usagers sont variables, ont leurs avantages et leurs limites. Le système de santé Beveridgien (le système britannique actuel). Les systèmes de santé des pays d'Europe du Nord : Danemark, Finlande, Suède). Le système de santé Bismarckien (le système allemand actuel). Le système de santé libéral (le système américain). Les systèmes de santé et de protection sociale à travers l'Europe se sont organisés essentiellement autour de deux grands modèles :

le système « Beveridgien » et le système « Bismarckien ». Les trois quarts des pays européens sont dotés aujourd'hui d'un système de type Beveridgien : le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Islande, tous les pays du Nord, Suède, Norvège, Finlande, Danemark, et tous les pays du Sud, Italie, Espagne, Portugal et Grèce. Les autres pays, dont les pays d'Europe Centrale, qui regroupent la moitié de la population européenne relèvent encore des principes du système de Bismarck : la Belgique et les Pays-Bas, l'Allemagne, la France et l'Autriche.

Les modes de financement de la santé dans les États membres de l'UE :

Pays	Systèmes de financement dominants	Principale source de financement complémentaire
Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Suède, Royaume-Uni	Public : fiscalité	Assurance volontaire privée, paiements directs
Danemark, Portugal	Public : fiscalité	Paiements directs
Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg	Public : assurance sociale obligatoire	Assurance volontaire privée, paiements directs
Pays-Bas	Combinaison d'assurance sociale obligatoire et d'assurance volontaire privée	Fiscalité, paiements directs

1) Le système 'Beveridgien' : le système national de santé

Il s'agit d'un modèle étatique, financé par les impôts, avec trois principes fondateurs :

- Universalité : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, est protégé contre les principaux risques sociaux, sanitaires,
- Uniformité : chacun bénéficie des aides en fonction de ses besoins, et donc indépendamment de ses revenus,
- Unicité : une administration unique est chargée de gérer chaque risque.

Certains ont conservé ce modèle national centralisé (Irlande, Grèce, Portugal), d'autres ont préféré une décentralisation régionale plus souple (Danemark, Finlande, Suède, Espagne, Italie). Ce modèle assure à chaque individu résidant sur le territoire (en situation régulière) un accès quasi gratuit aux soins. En moyenne, les usagers ne financent de leur poche que 5 à 10 % du coût des soins. Il est majoritairement financé par l'impôt. La Santé est en concurrence avec les autres secteurs de l'économie et on se situe dans une logique de rationnement, le parlement

vote un plafond de dépense et l'ensemble de ses acteurs sont dirigés par l'État. Les médecins sont sous contrat, ou directement employés par le système national ou régional de santé. Ils sont souvent salariés ou payés à la capitation. (En fonction du nombre de personnes régulièrement suivies dans leur clientèle). L'usager n'a pas la liberté de choix (s'il veut bénéficier du NHS) puisque l'accès aux établissements de soins et aux spécialistes est réglementé par la médecine générale ambulatoire de première ligne. Ce système génère des files d'attente ou des restrictions de choix, qui dépendent du degré de rationnement imposé par le parlement. Les politiques doivent donc définir des priorités pour gérer les files d'attente et imposer des critères d'accès aux soins offerts par le secteur public. Il génère aussi inévitablement le développement d'un système privé, en plus du système national public, qui permet de répondre à la demande non satisfaite par le secteur public. Les médecins privés n'adhérant pas au NHS sont rémunérés à l'acte (mais aux frais du patient qui aura alors recours à l'assurance privée). La présence de ce secteur privé institue une « médecine à deux vitesses ». Le secteur privé sera d'autant plus important que le secteur public est rationné. Si

ces systèmes contrôlent en général assez bien les dépenses en imposant des budgets fermés à tous les niveaux, en contrepartie, ils souffrent souvent d'une qualité insuffisante et d'une réponse inadaptée aux attentes des patients.

De nombreuses variantes du système public universel de Beveridge coexistent, en particulier des formules centralisées comme en Grande-Bretagne, et décentralisées dans les pays politiquement décentralisés, comme le Canada, les pays du Nord de l'Europe et l'Espagne.

2) Le système 'Bismarckien' : système d'assurance sociale

Le système allemand de protection sociale pour les travailleurs, qui existe depuis 1883, a été repris en Autriche, au Benelux, en Suisse et en France. Il repose sur l'Assurance maladie, c'est-à-dire la solidarité entre les membres d'une même catégorie socioprofessionnelle (ou d'une région) pour couvrir le risque maladie de l'ensemble du groupe. Le financement du système provient donc principalement des cotisations professionnelles, la contribution obligatoire de chaque actif (employeur ou salarié) dépendant de son salaire respectif. Les mutuelles et les assurances privées complètent l'apport. Les pouvoirs publics (décentralisés dans chaque État fédéral en Allemagne) n'ont ici qu'un rôle d'encadrement : ils veillent au respect du devoir de solidarité, obligatoire pour l'ensemble de la population. Ainsi, la gestion paritaire des caisses d'Assurance maladie dépend d'un contrat entre partenaires sociaux (négociations syndicales itératives entre employeurs et salariés) et permet la concurrence entre prestataires de soins. Le financement des hôpitaux dépend généralement d'un budget global calculé sur le prix de journée, les praticiens y étant majoritairement salariés. À l'inverse, la médecine ambulatoire est exclusivement privée, les médecins libéraux (regroupés en associations) étant payés à l'acte selon une tarification négociée avec les caisses (logique d'enveloppe globale : la valeur de l'acte diminuant proportionnellement à son volume). Les assurés bénéficient du libre choix, du tiers payant et de l'accès équitable à des soins de bonne qualité.

Organisation des soins en France

Le système de soins français est un modèle mixte d'influence 'bismarckienne', alliant libéralisme et solidarité. La protection sociale repose sur le principe de l'assurance sociale obligatoire incarnée par la Sécurité sociale, financé par les cotisations sociales et l'impôt, sous tutelle de l'État. : La Sécurité sociale est l'aboutissement des luttes au XIX^e et XX^e siècle pour sortir la protection sociale de la charité, du paternalisme patronal. Les salariés ont lutté pour obtenir des droits au travers de mécanismes de solidarité, sociétés de secours mutuel... Puis la Sécurité sociale. L'ouverture des droits est liée à l'exercice d'un travail salarié et au versement de cotisations assises sur les salaires. La cotisation,

part du salaire qui est socialisée, est donc fondatrice dans le financement de la Sécurité sociale. L'affiliation à la Sécurité sociale est obligatoire. Actuellement ce monopole fondateur est attaqué au nom de la libre concurrence : il faudrait laisser la « liberté de choix » de l'assureur comme l'ont déjà fait plusieurs pays européens. La Sécurité sociale deviendrait un simple assureur en concurrence avec Axa, Allianz, Generali... Ce serait la tuer définitivement. Les soins sont ambulatoires ou hospitaliers, les structures publiques ou privées, la gestion déconcentrée (échelle régionale) sous contrôle de l'État.

L'avidité du système capitaliste a conduit à une marchandisation progressive du système de santé. Les coupes budgétaires de plus en plus violentes distillées par les promoteurs de l'austérité dogmatique se traduisent par une dégradation des conditions de santé de la population : recul de l'espérance de vie en bonne santé, accroissement des inégalités sociales de santé, des scandales sanitaires, des cancers, de l'obésité, de la mortalité prématurée, réapparition de maladies que l'on croyait disparues. Une telle dégradation n'est pas le fruit du hasard, elle est le produit de la dégradation des conditions sociales d'existence et d'un accès de plus en plus difficile et coûteux à l'offre de soins, y compris pour les soins les plus courants qui ne sont plus remboursés qu'à 55 %, le taux global étant « biaisé » par le remboursement à 100 % des Affections Longue Durée-ALD, celles-ci représentant 70 % des remboursements. La tendance à l'uniformisation des systèmes de soins peut se constater aussi par le prisme des systèmes de soins primaires.

Un rapprochement des systèmes de soins primaires dû aux réformes des années 1990

La dénomination de soins primaires est un concept large porteur visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. La définition des soins primaires (conférence d'Alma-Ata organisée par l'OMS) suppose la capacité des soins primaires à assurer un éventail large d'activités allant de la délivrance des soins jusqu'aux actions de santé publique ciblées sur des populations et même, au-delà, à l'ensemble des politiques contribuant à améliorer la santé. Les pays européens en dépit des modèles contrastés d'organisation et de financement des soins primaires connaissent des évolutions convergentes. Il leur faut répondre d'un côté au vieillissement des populations et des professionnels de santé, à l'évolution des aspirations et la féminisation des médecins ; de l'autre à la spécialisation et le coût croissant des technologies médicales associé au poids lui aussi croissant des maladies chroniques. Ce rapprochement des systèmes passe par la décentralisation même si pour la France il s'agit surtout d'une déconcentration, une approche plus coordonnée des soins avec regroupement des professionnels (en France : maisons santé, centres de santé, réseau de soins, parcours de soins ?). En France, initialement focali-

sée sur l'hôpital, avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire, la dimension territoriale d'organisation de l'offre de soin s'est étendue au secteur ambulatoire. Pacte de responsabilité, Stratégie Nationale de Santé, réforme du financement de la protection sociale, perte d'autonomie (loi d'adaptation de la société au vieillissement), voire réforme systémique des retraites... Dans le cadre de financements à réduire durablement pour le système de soin en France l'année qui vient s'annonce cruciale. Optimiser la qualité, l'efficacité et l'égalité d'accès, tout en diminuant les dépenses solidaires dans un contexte de ressources publiques limitées et de changements démographiques et technologiques rapides, aujourd'hui, les différences entre les deux modèles se sont largement estompées sous l'influence des politiques libérales et austéritaires de l'Union Européenne.

L'Europe est malade : Santé des Peuples ou Santé du Capital ?

Note de la rédaction

Bien commun, la Santé est pour la Commission européenne et les chefs d'États européens un nouveau produit pour les marchés.

Régulièrement, les députés et sénateurs sont amenés à voter des projets de loi transposant dans le droit français des directives européennes dans le domaine de la santé et la protection sociale. Parmi ceux-ci, le plus notable, la directive de 1992, mis en application par Jospin et Rocard en 2001, transformant le code de la Mutualité pour transformer nos Mutuelles en assurances livrées à la concurrence avec le privé. Ce fut la signature de mort des structures sociales mutualistes comme les centres de santé des Bouches-du-Rhône. Récemment encore, le 19 décembre dernier, les députés eurent à examiner un projet de loi transposant dans le droit français plusieurs directives européennes dans le domaine de la santé comme la réglementation encadrant la vente en ligne des lentilles de contact, pour se conformer à la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) selon laquelle les États membres de l'UE ne peuvent interdire la commercialisation de lentilles de contact sur internet. Une mesure qui va pourtant à l'encontre des dispositions du projet de loi relatif à la consommation, encadrant la commercialisation en ligne des lentilles de contact. Ou encore, l'article 7 qui vise à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État membre pour les médicaments biologiques (produits immunologiques, dérivés du sang et du plasma, thérapies innovantes) ce qui ne va pas avec notre dispositif français de non-commercialisation des dérivés du sang.

Partout où la Troïka a imposé sa politique d'austérité comme réponse à la crise économique, ce sont les patients qui ont trinqué, la santé de la population qui en a souffert ainsi que le personnel de santé, en asservissant l'ensemble des mécanismes de protection sociale des États, aux marchés et aux multinationales de l'assurance privée en particulier pour le financement des systèmes de santé. Principale conséquence de la politique de la Troïka sur la santé est la baisse de la dépense publique, ce que Hollande nous propose avec la recherche des 50 milliards du pacte de responsabilité - dont 23 sur la santé et la protection sociale -. C'est sa manière d'appliquer les orientations de la Troïka, sans qu'elle ait besoin de le lui demander.

Cela s'accompagne d'une accélération du chômage apportant sa pierre aux 26,5 millions de sans-emplois en Europe, aggravant la pauvreté (124,5 millions) et la précarité, avec leur impact négatif sur l'état de santé de la population.

Le personnel sanitaire paye la crise

Puisque le coût de la main-d'œuvre représente 45 à 70 % du coût sanitaire total, plusieurs pays ont imposé des compressions budgétaires sur le salaire du personnel sanitaire (15 % en Grèce, 10 % en République Tchèque, de 5 à 10 % en Irlande, 5 % en Espagne), et une suppression draconienne des travailleurs hommes et femmes du secteur. C'est ce que prévoit aussi le Pacte de responsabilité, avec la recherche d'effort dans les services publics et très directement à l'Hôpital comme le confirme un rapport de la Fédération hospitalière de France. Et la concurrence s'accommode mal de la démocratie : l'UE préconise que les instances élues comme les conseils d'administration des hôpitaux, doivent voir leur rôle limité tandis que les décisions seront prises par des commissions nommées par le pouvoir. N'est-ce pas ce que préconise la Loi HPST ou encore ce que l'on appelle la Gouvernance de l'Assurance Maladie avec une organisation technocratique à laquelle ne seront associés ni les syndicats ni les élus.

Les femmes et la santé

Les femmes sont doublement victimes de la crise et des mesures d'austérité. Le concept de "travailleur pauvre" s'adapte spécialement aux femmes forcées d'accepter des postes de travail où elles ne gagnent pas suffisamment pour vivre. Comme de nombreuses prestations seront inaccessibles aux populations les plus pauvres, les femmes en Europe assumeront chaque fois plus de responsabilités dans les soins non rémunérés. En Grèce la situation est encore pire pour les femmes enceintes sans Sécurité sociale, ou pour les femmes sans papiers qui doivent faire face à tous les frais. Pour accoucher dans une maternité publique, il faut compter 600 euros pour un accouchement normal et 1 200 euros pour une césarienne. Le résultat c'est que bon nombre d'entre elles s'enfuient de l'hôpital pendant la nuit avec leur nouveau-né, pour ne pas avoir à payer ces sommes. Mais c'est aussi une Europe hostile au Droit des Femmes, dans laquelle s'inscrit récemment en France, la remise en cause du budget du Planning familial, une Europe qui glisse fortement sur l'idée de « droit à la vie », contenue dans le TCE, sans référence au droit des femmes à disposer librement de leur corps.

Les personnes en situation de handicap taxées

Ces personnes sont aussi les grands sacrifiés de la crise exclus pour la plupart du travail, donc de complémentaires comme de la CMU-C, et sont aussi exclues des institutions censées les accueillir.

Austérité, santé et immigration

Dans beaucoup de pays, les compressions budgétaires dans les systèmes de santé s'accompagnent de l'exclusion des soins pour les personnes sans protection sociale.

Au Royaume-Uni, le gouvernement a permis aux entreprises d'entrer dans les soins de santé en mettant progressivement en œuvre une série de profonds changements juridiques visant à permettre l'entrée de capitaux. Il les justifie par le besoin d'investissement alternatif, suite aux coupes budgétaires. En 2012, la loi sur la santé et la protection sociale a fixé à avril 2013 la fin du fameux National Health Service britannique ouvrant la voie à un système de financement mixte et des soins de santé axés sur l'entreprise. Les conditions salariales se dégradent fortement : Étonnant chiffre des auto-employés en Grande-Bretagne (un peu l'équivalent des auto-entrepreneurs en France) avec 4,5 millions de personnes inscrites dans ce régime social soit 15 % du total des actifs outre-Manche. Un système précaire toutefois : 40 % de baisse des rémunérations à travail équivalent...

Au Portugal, les trains de mesures de la Troïka ont entraîné la baisse des salaires, des pensions et des allocations de chômage, et une augmentation généralisée des impôts. Comme d'autres parties importantes du secteur public qui ont été privatisées, le système de santé est attaqué de toutes parts. Les frais médicaux pris en charge par les patients ont augmenté considérablement, entraînant une diminution de 900 000 consultations de première ligne.

En Italie, dès les années 90, des mesures favorables à la concurrence ont déjà été introduites ; les hôpitaux sont devenus des « entreprises de soins de santé », avec des pratiques commerciales. Aujourd'hui, les compressions budgétaires (plus de 20 milliards d'euros d'économies depuis 2010) affectent fortement le secteur, conduisant à l'augmentation de la part à charge du patient et une diminution de l'accessibilité. Dans un récent sondage, 21 % des ménages ont déclaré une diminution des dépenses liées à la santé, 10 % ont reporté des traitements chirurgicaux pour des raisons financières, 26 % ont déclaré des dépenses accrues en cas d'urgence en raison de la hausse des co-paiements.

En Catalogne : en 2010, 50 705 patients étaient sur liste d'attente pour une intervention chirurgicale. Ils sont maintenant 89 000 (en 2011 ils étaient 80 540). Les patients hospitalisés par le service d'urgences sont passés à 67 % en 2011.

En Espagne, par exemple le Décret royal de Loi 16/2012 exclut de fait, l'accès aux soins aux immigrés sans permis de séjour (sauf les urgences, la maternité et les soins pédiatriques). Le plan national Drogue a vu son budget

se réduire de moitié entre 2009 et 2013. L'accessibilité géographique est menacée : avec les coupes budgétaires, le transport sanitaire 'non urgent' risque de devenir purement et simplement un transport payant suite au même Décret royal qui a remplacé le système de santé universel par l'assurance de santé publique. Il y a eu une augmentation du co-paiement de 40 à 60 % du prix des médicaments pour les salariés et de 10 % pour les pensionnés.

En Lituanie, par exemple, la répartition géographique des soins spécialisés est très inégale, ce qui les rend quasi inaccessibles dans certaines zones provinciales et les temps d'attente pour les soins spécialisés et les opérations programmables ont récemment explosé !

Assurance maladie, « l'exemple » assurantiel néerlandais ?

Les Pays-Bas ont révolutionné leur dispositif de financement de l'assurance maladie. Depuis le 1^{er} janvier 2006, les caisses publiques d'assurance maladie ont en effet disparu et les assurés sont soumis à l'obligation de souscrire à une assurance privée. Une réglementation a été mise en place pour tenter d'éviter les risques de discrimination et de sélection d'assurés. Il est par exemple interdit de distinguer le montant des primes d'assurance selon le sexe, l'âge ou l'état de santé des assurés. Selon l'Institut de recherches économiques et fiscales (Iref) dans une étude comparative des régimes d'assurance maladie européens en date du 16 octobre 2013⁽¹⁸⁾, cette réforme a permis « l'émergence d'un vrai marché concurrentiel de l'assurance dans lequel les pouvoirs publics définissent un panier minimal de soins médicaux, interdisent la sélection des risques, mais laissent à chaque assureur la liberté de déterminer ensuite le montant des primes d'assurance correspondant à chaque niveau de couverture », ainsi que de « réduire le coût de fonctionnement de l'assurance maladie ». Les Pays-Bas ont en effet vu diminuer de plus de 3 % les coûts administratifs de leur système de santé entre 2001 et 2010 avec une baisse record en 2008 – avant la crise économique – puisque les coûts de gestion du système ont baissé de 473 millions à 178 millions d'euros⁽¹⁹⁾. Et ce, tout en améliorant la qualité des soins, assure l'étude qui se réfère aux indicateurs santé de l'OCDE. Une assurance pour les plus démunis et les plus jeunes (en l'occurrence les mineurs), un mécanisme de solidarité a été conservé. Il est financé par un fonds public alimenté par une cotisation patronale proportionnelle aux revenus de leurs employés qui s'élève aujourd'hui à 7,75 %. Ce chiffre est finalement assez important et réintroduit d'une certaine façon une assurance publique... L'Iref sou-

18 « Réformer et améliorer le système de santé grâce au privé et à la concurrence : La France face aux exemples allemands, suisses et néerlandais », disponible sur le site Web de l'Iref ireff.irefeurope.org.

19 Rapport de 2010 du National Institute for public Health and the Environnement, intitulé « Dutch Health Care Performance ».

ligne, qu'après un temps d'adaptation, la réforme « a permis à l'État de retrouver un équilibre budgétaire dans le secteur de l'assurance maladie », tout en garantissant un taux de profit de 1 % pour toutes les caisses privées d'assurance santé. Aujourd'hui aux Pays-Bas, quatre compagnies détiennent plus de 80 % des parts de marché de l'assurance santé. La réforme n'a cependant pas encore fait baisser le niveau des dépenses : bizarre ? Non, comme aux États-Unis. Selon les chiffres 2011 de l'OCDE, le pays est toujours au second rang des pays développés les plus dépensiers en matière de santé (dépense de santé de 11,9 % du PIB).

Pour la Grèce nous donnons un article d'Emmanuel Kosadimos qui décrit bien la situation.

Il est donc urgent de sauver la santé en Europe

Nous vivons aujourd'hui dans un pays de bas salaires, de précaires, de salariés pauvres. Des prélèvements gigantesques sont opérés par le capital sur les richesses créées par le travail. En vingt ans, la part des cotisations sociales payées par les entreprises est restée stable tandis que celle des prélèvements financiers dans les richesses produites a doublé. Cette vérité est masquée, occultée, interdite d'antenne. Aucun pays d'Europe, aucune population n'est à l'abri des politiques d'austérité exigées au prétexte de la dette, par le Pacte de stabilité de Lisbonne, nouvelle variante du Traité constitutionnel que le Peuple de France dans sa majorité a rejeté en 2005, et revenu par l'Alliance Droite-PS, en 2007. Ce n'est pas le travail qui coûte cher, c'est le capital. Nous l'avons déjà dit dans cette revue. Non seulement, les attentes sociales des Français sont justifiées mais les moyens existent pour les satisfaire. D'un côté des actionnaires qui veulent augmenter leurs dividendes, de l'autre la pression sur les salariés et leur pouvoir d'achat, sur la planète, cela ne peut continuer.

Les solutions existent.

Égalité d'accès à la santé, partout et pour toutes et tous, sans restrictions d'aucun type. Supprimer les barrières économiques. Il faut en finir avec les inégalités dans la santé : cela nécessite de mettre fin à la pauvreté, au chômage, à l'insécurité et à l'exclusion des 125 millions de pauvres qui existent en Europe, en incluant les minorités européennes comme les immigrants non communautaires victimes, eux aussi de conditions de vie déplorables, véritable atteinte à la dignité humaine. La protection à la santé et l'amélioration des soins doivent être garanties pour toute la population. Pour l'amélioration de la santé, nous devons exiger une base commune de droits réels pour toute la population : le droit à un emploi avec un salaire digne, le droit au logement, l'accès à l'eau potable et à l'énergie, l'égalité entre hommes et femmes, le droit à l'éducation et à la culture. La mise en œuvre d'un programme européen de défense de la santé, action et protection sociales implique de mettre

fin aux différents plans d'austérité mis en place dans toute l'Europe. Parce que la santé est un bien commun à tous et à toutes, nous devons promouvoir et restaurer le financement public et collectif.

Il faut assurer la participation de tous les citoyens à des services sanitaires démocratiques et à une démocratie sanitaire les associant. La santé tout comme la Sécurité sociale doivent être retirées des directives des "marchés publics". Nous exigeons des gouvernements européens, de la Commission et des membres du Parlement Européen, que toutes les politiques respectent en pratique le droit à la santé pour tous. Nous exigeons l'arrêt immédiat des négociations "Alliance Transatlantique". Cet accord recherche la libéralisation totale de toutes les activités de service, qui, avec l'application du traitement national conduit mécaniquement à leur privatisation. La santé, la Sécurité sociale et l'éducation n'échapperont pas à ce processus. Ceci d'autant qu'il s'agira d'éliminer les droits et les obstacles « inutiles » au commerce. Et dans la phraséologie de l'OMC sont considérées comme « obstacles inutiles » les législations et réglementations sociales, salariales, sanitaires, phytosanitaires, environnementales et écologiques. Le marché de la santé a été évalué à 3 500 milliards de dollars par an. Les réformes de l'hôpital en cours tendent à transférer sur le privé les activités rentables. Leur Europe est celle du traité constitutionnel européen, repris dans le traité de Lisbonne, où la santé reste subordonnée à une logique libérale. De Maastricht jusqu'à Lisbonne, le rationnement comptable des dépenses publiques et la diminution des dépenses remboursées deviennent la règle. L'Europe libérale abandonne la notion de service public pour celle « de service d'intérêt général » dont les missions peuvent être assumées par des opérateurs privés, entérinant la primauté de la finance sur celui d'utilité sociale. Si le Parlement européen s'est prononcé pour une exclusion des services sociaux et de santé du champ d'application de la directive Services (rapport Gebhardt) ainsi que pour une directive sectorielle sur les services sociaux et de santé d'intérêt général (rapport Rapkay), la question du contenu de cet encadrement communautaire spécifique est aujourd'hui clairement posée dans le cadre du rapport sur les SSIG (rapport Hasse Ferreira), mais aussi avec le « Pacte pour l'Euro + », plus clairement appelé aussi Pacte pour la Compétitivité. Ce débat est éminemment politique, car il touche à la nature même de notre modèle social. Les services sociaux et de santé d'intérêt général se trouvent aujourd'hui au cœur du débat. Ce débat renvoie à la question centrale du rôle que l'on veut faire jouer aux autorités publiques dans une économie de marché intégrée, à savoir veiller à faire de la santé une marchandise comme les autres, au mépris du respect des libertés fondamentales, celle notamment de garantir l'accès aux services essentiels. Aujourd'hui nous en voyons les résultats : un marché assu-

rantiel florissant et une chute de la mutualisation, débouchant sur un renoncement aux soins de plus en plus important, à une régression de notre pays. Aujourd'hui il se retrouve à la 14^e place au plan mondial. Nous refusons la modification demandée par notre gouvernement, au nom de la libre prestation de services, du régime d'habilitation des établissements sociaux et médico-sociaux pour permettre à des prestataires européens d'exercer de manière temporaire et occasionnelle en France. La déréglementation relative aux dispositifs médicaux se fera aussi au détriment de la sécurité des patients. L'adoption du rapport De Rossa sur l'avenir des SSIG, à Strasbourg, veut inciter le Parlement Européen à passer à l'acte sur les SSIG, afin d'adapter leurs missions et leur mode d'organisation aux lois de la concurrence. Un véritable modèle social européen devrait faire effectivement de la santé un droit fondamental pour tous les citoyens, basé sur la solidarité. Une politique de santé alternative en Europe comme en France exige à l'hôpital, comme dans tous les services sociaux, de substituer à la logique marchande la logique de la personne. La charte de Barcelone, écrite par le Parti de la Gauche Européenne, sur la précarité et la santé, exigeant un travail digne pour tous, peut constituer un point d'appui vers la construction d'une sécurité d'emploi et de formation en Europe ; d'autres indicateurs de santé devraient être intégrés comme la lutte contre la pollution, contre les inégalités de santé ou pour de meilleures conditions de logement pour tous. Un droit explicite à la Sécurité sociale solidaire doit être reconnu. Son développement, en dynamique du financement, doit être garanti, alors que sa fiscalisation conduit à rationner les financements tout en les reportant sur les ménages. Le principe de l'accès gratuit et précoce aux soins pour tous, le développement de la prévention, de la coordination des soins devraient être promus.

Quels enseignements tirer du dernier Panorama de la Santé de l'OCDE ?

Par le Dr Michel Limousin

L'OCDE vient de publier son Panorama de la santé 2013⁽²⁰⁾. Cet ouvrage de référence donne de nombreuses informations chiffrées sur l'état de la santé dans les divers pays de l'organisation : l'Europe mais aussi les États-Unis, la Russie, le Japon et bien d'autres pays développés. Ce panorama couvre la période 2000 à 2011. On y voit donc une partie des effets de la crise du capitalisme qui débute en 2007 avec la crise des subprimes, puis la crise économique des années 2008 et 2009 et la crise sociale et finalement sanitaire qui s'en suivent. Il est dommage que les années 2012 et 2013 ne puissent être couvertes ; on le comprend, il faut le temps de collecter les données mais on a déjà une vision d'ensemble d'une situation qui continue malheureusement à s'aggraver. On a la confirmation du mauvais positionnement des États-Unis, première puissance économique et militaire mondiale en termes de santé et protection sociale. On voit aussi la chute sanitaire et sociale catastrophique de la Russie après son passage au capitalisme sauvage. Les modèles dominants ultralibéraux ne marcheraient-ils pas ?

Les textes que nous donnons sont extraits du rapport de plus de 210 pages qui peut être consulté sur le net. Nous en donnons en bas de page les références.

L'OCDE est bien obligée de le constater : « *La crise économique a eu de profondes répercussions sur la vie des citoyens partout dans le monde et a mis à l'épreuve la résistance des familles à mesure que leur patrimoine et leur revenu diminuent. Des millions de gens ont perdu leur emploi et des millions d'autres ont des difficultés financières. L'effet combiné de la crise, des coupes budgétaires et des réformes récentes des systèmes de santé a contribué à une grande incertitude concernant la santé et le bien-être des populations dans de nombreux pays de l'OCDE. Les statistiques les plus récentes de l'OCDE sur la santé, présentées dans cette édition du Panorama de la santé, offrent un tableau exhaustif de l'évolution des systèmes de santé au cours de la crise et des défis à venir* ».

La plupart des pays de l'OCDE ont réduit les dépenses de santé. Depuis 2008, la progression des dépenses de santé s'est considérablement ralentie dans quasiment tous les pays de l'OCDE. Après des années de hausse continue de plus de 4 % par an, les dépenses de santé dans l'ensemble

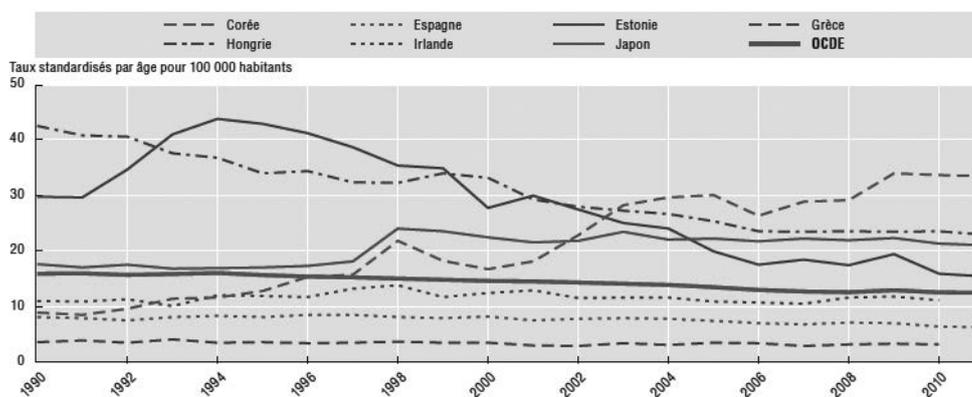
de l'OCDE n'ont progressé en moyenne que de 0,2 % entre 2009 et 2011. Elles ont reculé dans 11 des 34 pays membres sur la même période, par rapport à leur niveau d'avant la crise. Sans surprise, les pays les plus durement frappés par la récession sont aussi ceux où les coupes budgétaires ont été les plus fortes. La Grèce et l'Irlande ont ainsi subi les baisses les plus importantes, respectivement de 11,1 % et 6,6 % entre 2009 et 2011. Cela confirme et valide l'article que nous donnons plus loin sur l'état de la situation en Grèce. L'augmentation des dépenses de santé a également nettement ralenti dans d'autres pays tels que le Canada et les États-Unis. Seuls Israël et le Japon ont enregistré une accélération de la hausse de leurs dépenses de santé depuis 2009.

Quel a été l'impact de la crise sur la santé ?

Les résultats sont contrastés. Par exemple, si les taux de suicide ont légèrement augmenté au début de la crise économique, ils semblent s'être stabilisés depuis. Il semble également que le long déclin du taux de mortalité infantile se soit inversé en Grèce après la crise. Ce ne sont pas là de bonnes nouvelles. Mais d'autres indicateurs sont plus positifs : le nombre de personnes tuées dans des accidents de voiture a baissé, par exemple. Ces décès dus aux accidents de la route ont diminué régulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE, mais le rythme de ce recul s'est accéléré après 2008 dans certains pays durement touchés par la crise, en partie du fait qu'une réduction de l'activité économique signifie qu'il y a moins de voitures sur les routes, et donc moins d'accidents. Effet paradoxal ! On a constaté ce même phénomène en France.

²⁰ OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

1.6.2. Évolution de la mortalité par suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2011



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 (données extraites de l'OMS), <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932919897>

Comment ont réagi les gouvernements ?

Pour l'OCDE, « la direction des politiques prises dans certains pays soulève des inquiétudes. Par exemple, la prévention constitue souvent un moyen plus efficace d'améliorer la santé que de dépenser de l'argent dans le traitement des maladies. Toutefois, les dépenses au chapitre de la prévention ont été réduites depuis 2009 (même si elles ne représentent que 3-4 % des dépenses totales de santé). Un exemple des conséquences de ces coupes budgétaires est la hausse spectaculaire du nombre de nouveaux séropositifs parmi les toxicomanes par injection à Athènes, en Grèce, depuis 2010. Bien que les programmes de substitution aux opiacés et d'échange de seringues se soient développés depuis ce constat, les premières mesures étaient bien loin d'atteindre les niveaux d'accès recommandés, illustrant les effets potentiels à long terme sur la santé et sur les dépenses lorsque des programmes de prévention offrant un bon rapport coût/efficacité ne sont pas pleinement mis en œuvre. Les coupures budgétaires touchant les programmes de prévention de l'obésité et de consommation nocive d'alcool et de tabac reflètent souvent des économies de « bouts de chandelle » ».

Stefano Scarpetta, Directeur de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, souligne dans son éditorial : « La réduction de l'offre de services de santé et les changements dans les modes de financement des services ont également eu des répercussions sur l'accès aux soins. Après des années de diminution constante des temps d'attente, les délais pour certaines interventions chirurgicales se sont à nouveau accrus au Portugal, en Espagne, en Angleterre et en Irlande. Les habitants de pays tels que la Grèce et l'Italie sont plus nombreux à renoncer à des soins en raison de difficultés financières, reflétant une réduction du revenu des ménages, mais aussi peut-être l'augmentation de la part des coûts restant à leur charge. Les personnes qui ont les revenus les plus modestes sont les plus touchées, même si ce sont elles qui sont les plus susceptibles d'avoir les besoins les plus importants en matière de santé et qu'elles risquent de re-

noncer à des médicaments prescrits ou des examens médicaux de routine en cas de maladie chronique. Cela risque d'avoir des conséquences sanitaires et économiques à long terme sur les groupes les plus vulnérables...

Plusieurs réformes mises en œuvre depuis le début de la crise ont eu des effets immédiats sur les dépenses publiques. Certaines réformes sont controversées et génèrent des tensions considérables et des pressions politiques de la part des groupes industriels, alors que d'autres peuvent avoir des conséquences négatives sur l'accès, les résultats et l'équité. Par exemple, l'augmentation des coûts payés directement par les patients peut réduire le recours aux services de santé pour ceux qui en ont le plus besoin, ce qui risque d'entraîner à terme une aggravation des inégalités et de l'inefficacité. »

N'est-ce pas dire de façon officielle que les thèses et analyses que nous développons dans *les Cahiers de Santé publique & de Protection sociale* sont fondées ?

Les dépenses de santé sont extrêmement variables d'un pays à l'autre, en termes de dépenses par habitant, en pourcentage du PIB et en termes d'évolution récente. En moyenne parmi les pays de l'OCDE, la hausse des dépenses de santé par habitant était de 4,1 % par an en termes réels entre 2000 et 2009, mais elle a chuté à 0,2 % seulement en 2009-2010 et 2010-2011, au moment où de nombreux pays (notamment en Europe) ont réduit leurs dépenses de santé afin de diminuer le déficit budgétaire et la dette publique. Dans les pays non européens, les dépenses de santé ont continué de progresser, bien qu'à un rythme souvent beaucoup plus lent, en particulier au Canada et aux États-Unis. Ainsi l'Europe serait-elle le mauvais élève de l'OCDE ?

Les maladies chroniques telles que le diabète et la démence se répandent. En 2011, dans les pays de l'OCDE,

près de 7 % des 20-79 ans – soit plus de 85 millions de personnes – souffraient de diabète.

La durée des séjours à l'hôpital est passée de 9,2 jours en 2000 à 8,0 jours en 2011 dans les pays de l'OCDE. C'est la France qui détient le recours de pourcentage de fermeture de lits hospitaliers.

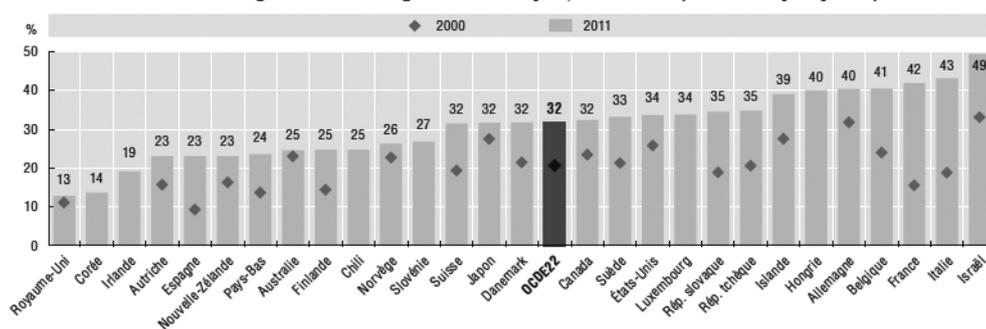
L'espérance de vie à 65 ans continue de progresser et a atteint presque 21 ans pour les femmes et 18 ans pour les hommes en 2011 dans les pays de l'OCDE. Cependant, ces années de vie supplémentaires sont souvent accompagnées par des maladies chroniques : par exemple, plus d'un quart des personnes âgées de plus de 85 ans souffrent de démence. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, plus de 15 % des personnes de 50 ans et plus s'occupent d'un parent ou d'un ami dépendant, et la plupart de ces aidants bénévoles sont des femmes. Ce sera un des objets du dossier de notre numéro de septembre. Les dépenses publiques de soins de longue durée ont augmenté de 4.8 % par an entre 2005 et 2011 dans les pays de l'OCDE, à un rythme plus élevé que les dépenses de santé.

Aux États-Unis, l'espérance de vie s'est allongée de façon beaucoup plus modeste depuis 1970 que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Alors qu'elle était supé-

rieure d'une année à la moyenne de l'OCDE en 1970, elle est aujourd'hui inférieure de plus d'un an à cette même moyenne. Différentes explications ont été avancées pour expliquer ces progrès plus faibles de l'espérance de vie aux États-Unis, le rapport cite notamment : « 1) le caractère très fragmenté du système de santé des États-Unis, où des ressources relativement modestes sont consacrées à la santé publique et aux soins primaires, et où une part importante de la population n'a pas d'assurance ; 2) les comportements ayant une incidence sur la santé, notamment une consommation plus élevée de calories par habitant et des taux d'obésité plus élevés, une consommation accrue de médicaments vendus sur ordonnance et de substances illicites, des taux plus élevés de victimes d'accidents de la route et d'homicides ; 3) une situation socio-économique difficile pour une forte proportion de la population, avec des taux de pauvreté et des inégalités de revenus plus élevés que dans la plupart des pays de l'OCDE (National Research Council and Institute of Medicine, 2013) ». Nous retrouvons ici une constatation bien connue sur le retard des États-Unis en matière sanitaire et sociale.

Les chiffres concernant l'évolution des effectifs des professions médicales sont étudiés. Le tableau ci-dessous

3.2.1. Pourcentage des médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

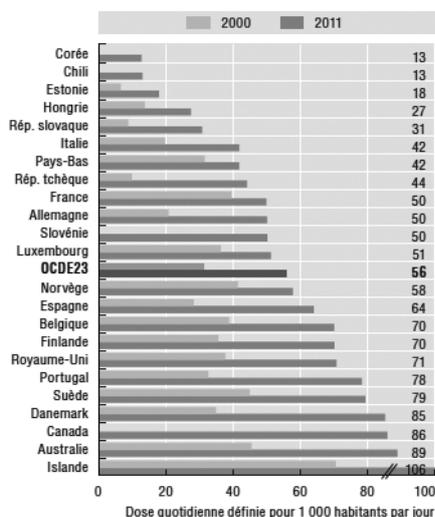
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932920505>

montre le retard important pris par la France dans ce domaine.

Parmi les indicateurs témoins de la santé la consommation d'antidépresseurs est notée. « La consommation d'antidépresseurs a, elle aussi, sensiblement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 2000 (graphique

4.10.4 ci-dessous). Les recommandations concernant le traitement pharmaceutique de la dépression varient d'un pays à l'autre, et on observe également d'importantes disparités dans les habitudes de prescription chez les médecins généralistes et les psychiatres dans chaque pays. L'Islande, suivie de l'Australie, du Canada, du Danemark et de la Suède, avait le plus haut niveau de consommation d'antidépresseurs en 2011. En

4.10.4. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932921417>

2008, près de 30 % des femmes âgées de 65 ans et plus avaient une prescription d'antidépresseurs en Islande, comparativement à moins de 15 % en Norvège (NOMESCO, 2010) ».

L'accroissement de l'intensité et de la durée des traitements sont parmi les facteurs qui peuvent expliquer la hausse générale de la consommation d'antidépresseurs. En Angleterre, par exemple, la hausse de la consommation est liée à un allongement du traitement médicamenteux. La hausse de consommation peut aussi s'expliquer par l'extension des indications de certains antidépresseurs à des formes plus légères de dépression, à l'anxiété généralisée ou à la phobie sociale. Ces extensions ont fait l'objet de réserves quant à leur pertinence. L'évolution de l'acceptabili-

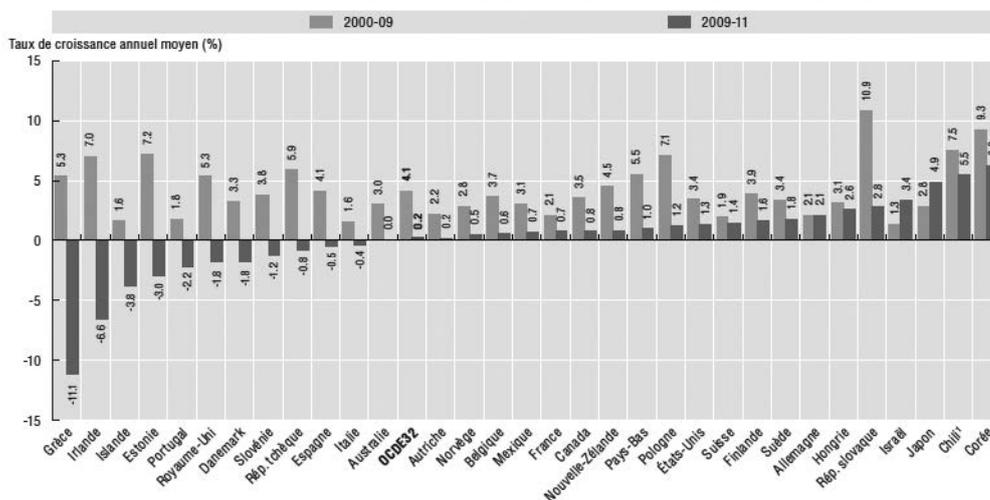
té sociale et la volonté d'obtenir un traitement lors des épisodes de dépression jouent aussi un rôle dans la hausse de la consommation. L'augmentation de l'utilisation des antidépresseurs peut aussi être partiellement expliquée par le sentiment d'insécurité provoqué par la crise économique. En Espagne, la consommation d'antidépresseurs par habitant a crû de 23 % entre 2007 et 2011, bien que cette augmentation ait été légèrement plus faible que pendant les quatre années précédentes (28 % entre 2003 et 2007). Au Portugal, la consommation d'antidépresseurs a augmenté de 20 % entre 2007 et 2011. La consommation d'antidépresseurs a augmenté encore plus rapidement dans des pays comme l'Allemagne (hausse de 46 % entre 2007 et 2011) qui ont été moins touchés par la crise et ont connu une reprise économique plus rapide.

La question des dépenses de santé :

Depuis 2009, on constate dans de nombreux pays de l'OCDE un ralentissement sensible, voire une baisse des dépenses de santé après des années de progression ininterrompue. Toutefois, l'évolution de ces dépenses diffère dans les 34 pays de l'Organisation. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé par habitant ont progressé de 4,1 % par an en valeur réelle entre 2000 et 2009 (graphique 7.1.2 ci-dessous). La situation s'est radicalement modifiée par la suite ; lors des deux années suivantes (2009-2011), la moyenne des dépenses de santé n'a augmenté que de 0,2 % dans les pays de l'OCDE sous l'effet de la crise économique.

L'ampleur du ralentissement n'est pas la même partout. Si les dépenses de santé ont été considérablement réduites dans plusieurs pays européens, elles ont continué de progresser (le plus souvent à un rythme moins soutenu néan-

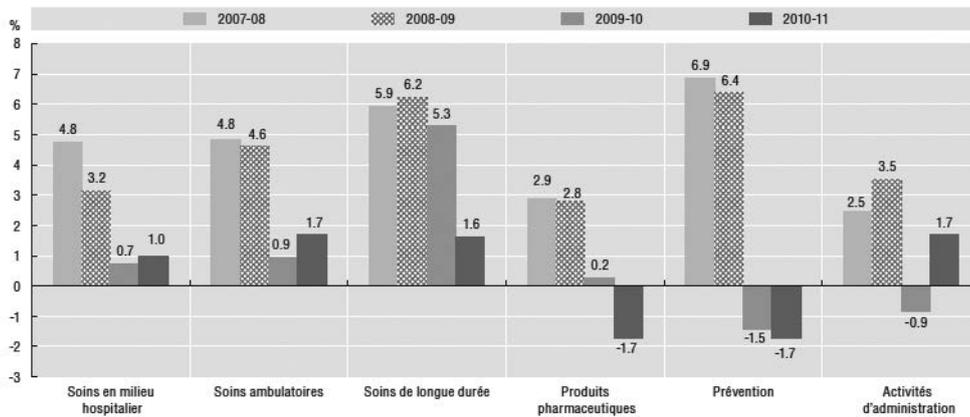
7.1.2. Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 2000-11 (ou année la plus proche)



1. Indice des prix à la consommation utilisé comme déflateur.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922519>

7.3.2. Variations des dépenses de santé par fonction en termes réels, moyenne des pays OCDE, 2008 à 2011



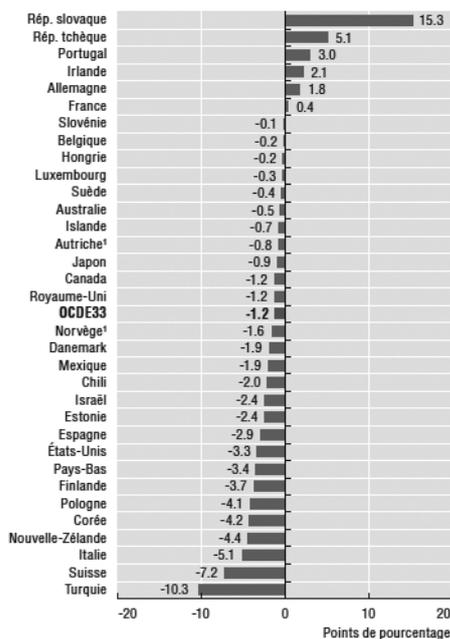
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922614>

moins) dans certains pays à l'extérieur de l'Europe. On voit dans ce graphique que la population française n'a pas été épargnée.

En Grèce, par exemple, les dépenses de santé par habitant ont chuté de 11 % en 2010 et 2011, alors qu'elles avaient augmenté chaque année de plus de 5 % entre 2000 et 2009. Après une période de forte croissance, l'Irlande et l'Estonie ont aussi enregistré un recul important de leurs dépenses de santé par habitant entre 2009 et 2011. La plupart des pays non européens de l'OCDE ont, eux aussi, connu un ralentissement sensible de la croissance de leurs dépenses de santé entre 2009 et 2011, notamment le Canada (0.8 %) et les États-Unis (1.3 %). Seuls deux pays – Israël et le Japon – ont vu cette croissance s'accélérer depuis 2009 par rapport aux années précédentes. Les dépenses de santé de la Corée ont continué d'augmenter à raison de plus de 6 % par an depuis 2009, bien qu'à un rythme moins soutenu qu'au cours des années précédentes ». Après le secteur public, la principale source de financement vient souvent des paiements directs par les ménages, qui ont couvert en 2011, dans les pays de l'OCDE, 20 % en moyenne des dépenses de santé. La part de ces versements directs dépasse 30 % au Mexique, au Chili, en Corée et en Grèce. C'est aux Pays-Bas (6 %), en France (8 %) et au Royaume-Uni (10 %) qu'elle est la plus faible. La charge pesant sur les ménages a évolué, dans de nombreux pays, au cours de la dernière décennie. En Islande et en Espagne, la part des dépenses directes des ménages était plus faible en 2011 qu'en 2000, mais elle a quand même augmenté de près de 2 points de pourcentage entre 2009 et 2011 parce que le financement public de certains services a été réduit en raison de la crise. En Irlande, la part du financement privé est restée stable entre 2000 et 2009, mais a également augmenté de 2 points de pourcentage entre 2009 et 2011. Au Portugal, elle s'est accrue de 1.5 points entre 2000 et 2009, et a enregistré à nouveau la même augmentation entre 2009 et 2011. La République slovaque a enregistré la plus forte progression concernant la part des ménages, avec une hausse de 15 points de pourcentage entre 2000 et 2010. Intervenue avant la crise économique, cette augmentation s'explique à la fois par une par-

7.6.3. Variation des versements des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé, 2000-11 (ou année la plus proche)



1. Dépenses courantes de santé.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932922766>

D'une façon générale les restes à charge des familles ont augmenté. De ce point de vue les pays de « l'Est » ont été particulièrement impactés.

L'OCDE indique que : « Certains des pays européens les plus durement touchés par la récession économique ont vu la courbe de leurs dépenses de santé s'inverser de manière spectaculaire par rapport à la période antérieure à la crise.

participation accrue aux coûts des produits pharmaceutiques prescrits et des dépenses plus importantes en médicaments délivrés sans ordonnance, par un recours plus fréquent à des prestataires privés et par la rémunération directe des prestataires publics. Les montants à la charge des ménages ont augmenté de manière très sensible aussi en République tchèque entre 2000 et 2008, et ont légèrement diminué depuis.

Une question originale rarement abordée : l'importation de biens et services de santé :

La majorité des pays de l'OCDE faisant état d'importations de biens et de services de santé ont vu ces cinq dernières années une augmentation dont le taux annuel atteint souvent 10 % au moins. Le volume total des exportations de voyages liés à la santé et d'autres services de santé a pu être quantifié dans un petit nombre de pays : le montant total s'élevait à quelque 6.9 milliards USD en 2011. Là encore, les chiffres sont probablement très sous-estimés pour

beaucoup de ces pays. En valeur absolue, les États-Unis ont enregistré environ 3 milliards USD d'exportations, la France et la République tchèque plus de 500 millions USD. Par rapport aux dépenses totales de santé, les exportations de services médicaux restent marginales dans la plupart des pays, sauf en République tchèque, où elles représentent 3.6 % du total. Elles dépassent également 1 % en Slovénie, en Pologne et en Hongrie. Ces pays sont devenus des destinations prisées des patients originaires d'autres pays européens, notamment pour des services tels que la chirurgie dentaire. Le taux de croissance des exportations de services de santé s'est élevé à environ 20 % par an ces cinq dernières années en Slovénie et en Pologne, mais aussi en Corée.

Nous donnons ci-dessous deux tableaux généraux intéressants : celui des dépenses totales de santé par habitant corrélées au taux de croissance et celui de la dépense publique de santé avec la même corrélation.

Tableau A.4. Dépenses totales de santé par habitant en 2011 et taux de croissance annuel moyen, 2000 à 2011

Dépenses totales de santé par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel par habitant (en termes réels) ¹					
	2011	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2000-11
Allemagne	4 495	3.5	4.4	2.5	1.6	2.1
Australie ²	3 800	2.2	3.6	0.0	..	2.7
Autriche	4 546	3.2	2.1	0.5	0.0	1.8
Belgique ³	4 061	4.3	3.1	0.4	0.7	3.1
Canada	4 522	1.8	6.8	1.8	-0.3	3.0
Chili ⁴	1 568	3.0	12.2	4.3	6.6	7.1
Corée	2 198	4.7	7.7	8.6	4.0	8.7
Danemark	4 448	0.6	5.7	-2.4	-1.2	2.3
Espagne	3 072	4.7	2.8	-0.8	-0.1	3.3
Estonie	1 303	12.6	-0.1	-6.9	1.2	5.3
États-Unis	8 508	1.5	2.1	1.7	1.0	3.0
Finlande	3 374	3.1	0.5	0.8	2.5	3.5
France	4 118	0.7	2.6	0.7	0.8	1.8
Grèce	2 361	2.6	-2.9	-11.4	-10.9	2.1
Hongrie	1 689	-1.7	-3.2	5.4	-0.1	3.0
Irlande	3 700	10.5	3.7	-9.0	-4.2	4.4
Islande	3 305	-0.9	-1.4	-7.2	-0.4	0.6
Israël	2 239	3.3	-1.6	3.2	3.5	1.7
Italie	3 012	2.6	-0.6	1.3	-2.0	1.2
Japon ²	3 213	3.5	4.7	4.9	..	3.0
Luxembourg ⁵	4 246	-3.4	4.0	..	..	0.7
Mexique ²	977	1.6	2.2	0.7	..	2.8
Norvège	5 669	2.7	1.6	-1.4	2.5	2.4
Nouvelle-Zélande ³	3 182	6.6	7.9	0.6	1.0	3.8
Pays-Bas	5 099	3.5	3.6	2.7	-0.7	4.7
Pologne	1 452	14.3	6.3	0.2	2.2	6.0
Portugal	2 619	2.1	2.6	2.0	-6.3	1.1
République slovaque ²	1 915	9.2	8.2	2.8	..	10.0
République tchèque	1 966	6.9	10.7	-4.3	2.8	4.7
Royaume-Uni	3 405	3.6	5.6	-2.5	-1.1	4.0
Slovénie	2 421	9.6	0.6	-2.6	0.2	2.9
Suède	3 925	2.1	1.4	0.7	2.9	3.1
Suisse	5 643	1.7	3.5	0.8	2.1	1.8
Turquie ⁶	906	-0.7	..	..	..	5.6
OCDE	3 322	3.9	3.2	-0.2	0.3	3.4

1. Monnaie nationale (déflatée par le niveau des prix du PIB en 2005).

2. L'année la plus récente est 2010.

3. Exclut les investissements.

4. L'indice des prix à la consommation (IPC) est utilisé comme déflateur.

5. L'année la plus récente est 2009.

6. L'année la plus récente est 2008.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932923279>

Tableau A.5. Dépenses publiques de santé par habitant en 2011 et taux de croissance annuel moyen, 2000 à 2011

	Dépenses publiques de santé par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel par habitant (en termes réels) ¹				
		2011	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2000-11
Allemagne	3 436	3.6	4.9	2.5	1.2	1.7
Australie ²	2 578	2.7	4.6	-1.0	..	2.9
Autriche	3 466	3.9	2.0	-0.1	0.5	1.9
Belgique ³	3 083	6.5	4.7	-0.9	1.8	3.3
Canada	3 183	2.2	7.4	1.6	-0.8	3.0
Chili ⁴	735	5.0	21.3	3.4	5.8	6.1
Corée	1 217	4.3	11.4	8.1	1.9	9.6
Danemark	3 795	0.9	6.2	-2.3	-1.0	2.5
Espagne	2 244	6.4	5.2	-1.5	-1.7	3.4
Estonie	1 033	15.9	-3.4	-2.5	1.8	5.6
États-Unis	4 066	3.4	4.8	2.4	1.5	4.0
Finlande	2 545	3.3	1.4	0.2	3.4	4.0
France	3 161	0.1	2.8	0.6	0.6	1.5
Grèce	1 536	1.9	10.8	-13.4	-13.3	2.9
Hongrie	1 098	-2.0	-5.2	4.0	0.3	2.2
Irlande	2 477	10.0	-0.1	-12.7	-7.7	3.3
Islande	2 656	-0.8	-2.1	-8.9	-0.4	0.5
Israël	1 362	4.4	-0.2	1.7	3.3	1.4
Italie	2 345	3.5	-0.7	0.8	-2.8	1.7
Japon ²	2 638	4.8	4.9	5.6	..	3.2
Luxembourg ⁵	3 596	-3.4	7.7	..	..	0.9
Mexique ²	462	5.0	5.1	-1.2	..	3.0
Norvège	4 813	3.0	1.8	-1.2	2.7	2.7
Nouvelle-Zélande ³	2 631	7.2	8.1	0.8	0.5	4.4
Pays-Bas ⁶	4 055	4.4	4.5	2.8	-0.8	6.9
Pologne	1 021	16.5	6.1	-0.3	0.9	6.0
Portugal	1 703	0.0	4.6	1.1	-7.6	0.9
République slovaque ²	1 358	10.7	4.9	0.9	..	6.5
République tchèque	1 655	3.5	12.6	-4.5	3.3	4.0
Royaume-Uni	2 821	4.7	7.6	-1.4	-1.9	4.4
Slovénie	1 784	12.8	0.2	-2.3	-0.2	2.8
Suède	3 204	2.2	1.4	0.7	3.1	2.7
Suisse	3 661	12.1	4.2	0.4	1.5	3.3
Turquie ⁷	661	6.9	..	..	..	7.6
OCDE	2 414	5.1	4.4	-0.7	-0.1	3.5

1. Monnaie nationale (déflatée par le niveau des prix du PIB en 2005).

2. L'année la plus récente est 2010.

3. Exclut les investissements.

4. L'indice des prix à la consommation (IPC) est utilisé comme déflateur.

5. L'année la plus récente est 2009.

6. Les données se rapportent aux dépenses publiques courantes.

7. L'année la plus récente est 2008.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932923298>

L'organisation du secteur de la santé et de la protection sociale en Pologne

Par Mme Agnieszka Fedorczyk, journaliste à la *Gazeta*

Le système hospitalier polonais se caractérise par la coexistence de plusieurs types d'établissements. En fonction du propriétaire de l'établissement, l'hôpital appartient à tel ou tel secteur. Majoritairement, les collectivités locales, le plus souvent le district ou la voïvodie, sont propriétaires des hôpitaux alors que les centres hospitaliers universitaires ont pour organisme fondateur les facultés de médecine. Ces deux types d'établissement sont publics. Certains hôpitaux appartiennent au Ministère de la Défense nationale ou au Ministère des Affaires étrangères. Le type de l'établissement détermine les soins qui y sont dispensés. Les quatre secteurs principaux que sont la pédiatrie, la médecine interne, la gynécologie - obstétrique et la chirurgie. Les centres hospitaliers régionaux sont souvent des établissements spécialisés où, en dehors des quatre domaines cités plus haut, sont assurés des soins en ophtalmologie, en urologie et en orthopédie. Cependant, il n'y a pas de règles fixes quant aux soins spécialisés dispensés par tel ou tel hôpital. Les centres hospitaliers universitaires outre la fonction de soins courants assurent aussi la formation médicale des futurs cadres de santé. Ils ont également des unités de recherche, travaillent sur l'optimisation des traitements et vérifient si les thèses scientifiques trouvent un appui dans la pratique.

Les CHU sont financés non seulement par le NFZ (la Caisse Nationale de Santé) pour les soins mais aussi par le Ministère de la Santé pour l'éducation ainsi que par le Comité de la Recherche Scientifique. Les CHU travaillent en étroite collaboration avec les centres hospitaliers et ces derniers dirigent vers les CHU les cas les plus difficiles ou de maladies rares. Cette collaboration est cependant assez souple dans son organisation et fonctionne souvent mieux que lorsque les règles établies sont trop strictes.

Le recrutement des médecins ne revêt pas de caractère arbitraire tant dans le secteur public que privé. Les médecins peuvent exercer soit sur la base d'un contrat de travail soit dans le cadre d'un contrat de droit civil. Le contrat est régi par le code du travail qui fixe le temps journalier de travail à 7 heures et 35 minutes. À cela se rajoutent les gardes et possibilités d'heures supplémentaires; c'est un système un peu compliqué.

Enseignement & formation

À ce jour, toutes les facultés de médecine en Pologne sont des établissements publics. Certains établissements

privés comme l'école Lazarski à Varsovie ont entrepris des démarches afin d'obtenir le droit d'ouvrir une faculté de médecine. Depuis quelques années cependant, il existe la possibilité d'y étudier moyennant le paiement de ses études. Les étudiants en dernière année d'études passent un examen national qui est le même pour tout le monde. Examen obligatoire pour quiconque souhaite exercer en tant que médecin. En un mot, tous les étudiants en dernière année de médecine passent le même examen au même moment. Être reçu à cet examen final donne le droit d'exercer. Il y a en Pologne 14 universités de médecine: Bialystok, Bydgoszcz, Gdansk, Katowice, Krakow, Lublin, Lodz, Olsztyn, Poznan, Szczecin, Wroclaw, Rzeszow et Varsovie avec son université de médecine et le CMKP (le Centre de formation de Médecine Post-diplôme). Dans tous ces établissements, quelles que soient la filière et la forme des études choisies, les places sont limitées. Leur nombre est fixé par le Ministère de la Santé qui détermine chaque année le nombre de places disponibles pour la médecine et les études d'odontologie. Pour les autres filières, c'est la direction de l'université qui fixe le nombre de places. En 2014, le quota pour la faculté de médecine de Varsovie était de 435 étudiants en études gratuites et de 150 en études payantes. Après la réussite de son examen, l'étudiant devient médecin généraliste et peut, s'il le souhaite, poursuivre une spécialisation qui va s'étendre sur plusieurs années. Les hôpitaux universitaires sont ouverts à tous les médecins en droit d'exercer et chacun peut y demander son admission en tant qu'interne.

En 2012, il y avait en Pologne:

- 137 109 médecins généralistes,
- 38 848 dentistes,
- 29 869 pharmaciens
- 285 339 infirmières
- 35 154 sage-femmes
- 11 799 laborantins.

Soins privés dans les hôpitaux publics

L'hôpital qui est sous contrat avec le NFZ (Caisse nationale de Santé) se doit d'assurer les soins gratuitement. Si un hôpital a signé avec un sous-traitant, une personne privée qui en son nom réalise le contrat, il doit lui aussi soigner gratuitement selon les modalités déclarées au NFZ. En revanche, si l'hôpital, bien qu'établissement public, n'a signé aucun contrat avec le NFZ, alors les soins dispensés peuvent être payants. Il existe deux catégories d'hôpitaux à caractère public: ceux qui ont une activité lucrative

très développée et ceux dont l'activité repose à 100 % sur les contrats avec le NFZ où les soins sont complètement remboursés.

Les hôpitaux psychiatriques

Les services psychiatriques se trouvent dans les CHU et dans certains centres hospitaliers, dans les grandes comme dans les petites villes. L'isolement du patient est un critère qui n'a jamais été pris en compte dans la construction d'un établissement de santé. Les patients en psychiatrie peuvent être en hospitalisation complète pour les cas les plus graves ou suivis en ambulatoire ; les familles sont aussi impliquées auprès du malade si l'état de celui-ci le permet. En Pologne, les séances de psychanalyse et de psychothérapie utilisées dans le cadre d'une thérapie sont remboursées par le NFZ.

La capacité en lits des hôpitaux

913 hôpitaux dans toute la Pologne dont 53 CHU dans 18 villes.

- dans les centres hospitaliers: 188 820 lits soit 49 lits pour 10 000 personnes
- dans les hôpitaux psychiatriques: 17 529 lits
- 802 hôpitaux privés: 25 867 lits

En 2009, il y avait le plus d'hôpitaux en Silésie (107) et 93 en Mazovie (note du traducteur: région de Varsovie); il y avait le moins d'hôpitaux dans la voïvodie de Lubusz (20), dans celle d'Opole (22) et celle de Sainte Croix (environ de Kielce, 22).

Les soins de santé: public ou privé ?

Le service de santé public est saturé et les files d'attente s'allongent de jour en jour pour une consultation chez un spécialiste et/ou pour une intervention chirurgicale. (Il faut prévoir un couple d'années souvent d'attente pour une polypectomie du larynx dans un établissement public). Tout laisse à penser que si les cotisations de santé n'augmentent pas, l'attente sera de plus en plus longue dans le public et cela fera la part belle au secteur privé où l'on pourra rapidement consulter un médecin et subir une intervention chirurgicale. Dans le cas des établissements privés et des soins ambulatoires, le médecin a la possibilité de consacrer plus de temps à son patient parce qu'il est moins chargé. Le temps réservé dans le public est de 20 minutes (en théorie). Il est évident que les soins payants sont accessibles à ceux qui en ont les moyens, c'est-à-dire à un faible pourcentage de la société.

Dans le public comme dans le privé, le niveau des soins est et doit être le même. Les établissements à caractère public et privé sont sous contrat avec le NFZ et soumis aux mêmes contrôles et sur les mêmes bases.

L'Assurance maladie et les soins gratuits

En Pologne, l'Assurance maladie est obligatoire. Le paiement des cotisations de santé est la condition essentielle pour garantir une prise en charge par le NFZ. Le revenu principal de la couverture santé en Pologne (environ 60-70 %) provient majoritairement des cotisations salariales pour l'Assurance maladie. La cotisation de santé en 1999 était de 7,5 % et depuis 2007 elle est jusqu'à plus de 9 % (prélèvement sur salaire). Parallèlement, les dépenses de santé des patients dans le secteur privé ont augmenté. Deux raisons à cela: les patients ont souscrit des abonnements pour les soins de santé et sont de plus en plus nombreux à payer directement de leur poche lorsqu'ils se font soigner. C'est l'employeur qui retient la cotisation sur le salaire et la transmet à la Caisse Nationale de Santé (NFZ). Le paiement régulier des cotisations donne droit à l'accès aux soins gratuits: Analyses, conseils, visite médicale, intervention chirurgicale, traitement, rééducation, soins infirmiers, soins en stomatologie, approvisionnement en médicament, matériel orthopédique, soins de la femme pendant sa grossesse, accouchement, soins du fœtus et du nouveau-né.

De par la loi, les enfants sont soignés gratuitement jusqu'à 18 ans ainsi que les femmes enceintes qu'elles soient ou non assurées. Si une personne non assurée arrive à l'hôpital et que son état est en danger, l'hôpital se doit de la soigner. L'établissement lui facture ensuite ses soins même si les chances de récupérer les frais avancés sont minimales. Les établissements privés proposent des assurances complémentaires mais aucune offre n'est en mesure de concurrencer l'Assurance maladie et de couvrir tous les domaines comme les maladies rares, les traitements oncologiques et la chimiothérapie ciblée.

L'aide sociale

Ce sont les collectivités locales qui s'occupent de l'aide sociale. Des centres sont présents un peu partout. Des fonctionnaires, employés à plein-temps, disposent de fonds pour la mise en œuvre de programmes spécifiques comme à Varsovie par exemple, les programmes suivants: « L'école de l'accouchement », « Élève en bonne santé », les campagnes de vaccination préventive contre la grippe pour les personnes de plus de 65 ans, la vaccination pour les SDF hébergés en centre d'accueil, les soins aux anciens combattants, la prévention et les soins des défauts de maintien chez les écoliers, l'évaluation du risque d'hypertension chez les lycéens, l'amélioration de l'hygiène buccale chez les écoliers, aide à la détection précoce des défauts de la vue et du strabisme dans les classes primaires, dépistage d'éventuels problèmes auditifs pour les élèves de 5^e (12 ans) (note du traducteur: dernière classe du primaire), éducation à la santé dans le cadre du programme « La Santé, Maman et moi ».

Le droit aux allocations familiales est soumis aux revenus dont la moyenne nationale brute en mars 2014 s'élevait à 2 865 PLN net soit 974,92 euros. Les allocations familiales ont pour but de couvrir partiellement les dépenses pour l'enfant et sont accordées si le revenu moyen de la famille par personne ou si le revenu d'un étudiant ne dépasse pas 539 PLN (131,18 euros). A partir de novembre 2014, d'après les promesses gouvernementales, les sommes devraient être revues à la hausse et passer respectivement à 574 PLN (140 euros). Les allocations familiales peuvent être perçues jusqu'à l'âge de 24 ans maximum (sous réserve d'être toujours en étudiant).

Montant des allocations familiales :

- 77 PLN (18,68 euros) par enfant jusqu'à l'âge de 5 ans révolus.
- 106 PLN (environ 25 euros) pour les plus de 5 ans jusqu'à 18 ans.
- 115 PLN (environ 28 euros) par enfant pour les plus de 18 ans jusqu'à 24 ans maximum.

Autres allocations possibles :

- Prime de naissance
- Congé parental
- Allocation mère isolée
- Allocation famille nombreuse (3 enfants et plus),
- Allocation enfant handicapé
- Allocation pour un enfant scolarisé loin de son lieu d'habitation
- Allocation de rentrée scolaire.

L'allocation-chômage

Allocation de base pour les chômeurs : 100 %

- Pendant les trois premiers mois : 823,60 PLN brut (200,44 euros), 711,48 nets (173, 15 euros).
- Les mois suivants donnant droit à l'indemnité : 646,70 PLN brut (157,39 euros) soit 568,50 nets (138, 35 euros)

Allocations complémentaires pour les chômeurs en cas de :

- Formation continue 120 % de l'allocation soit 988,40 PLN brut (240,55 euros) soit 844, 44 net (205,51 euros)
- Préparation à un métier : 120 % de l'allocation 988, 40 PLN brut (240,55 euros); 844,44 PLN net (205,51 euros)
- Stage (120 % de l'allocation idem)
- Études post-diplômes 20 % de l'allocation 164,80 PLN brut (40,11 euros)
- Allocation complémentaire pour les personnes qui tout en bénéficiant de l'allocation-chômage ont accepté un emploi ou tout autre travail rémunéré (jusqu'à 50 % pour les chômeurs : 411,80 PLN brut (100,22 euros) soit 337,80 PLN net (82,21 euros)).

Rémunération au titre de l'exécution de travaux d'utilité publique : minimum 8,00 PLN de l'heure soit environ 2 euros.

Montant mensuel de l'allocation maladie de base : 80 % de l'allocation de base

Allocation maladie mensuelle pour un séjour à l'hôpital : 70 % de l'allocation de base

Allocations complémentaires en cas de maladie professionnelle

Les personnes reconnues en incapacité de travail suite à une maladie professionnelle bénéficient de soins soit ponctuels, à court terme ou sur le long terme. L'Assurance maladie garantit les soins en cas d'incapacité temporaire de travail. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, en plus de l'allocation maladie, des soins de rééducation ou d'une allocation supplémentaire temporaire, la loi prévoit également une allocation invalidité compensatoire pour perte de santé et de capacité à travailler.

Santé et Austerité

Quels constats issus du « laboratoire » grec ?

Par le Dr Emmanuel Kosadinos, psychiatre, membre du PGE et de SYRIZA France

N.D.L.R. : Ce texte a été rédigé à partir d'une intervention pour une réunion de la campagne européenne du Front de Gauche Ile-de-France, avec comme thématique « Quelle stratégie européenne pour la Santé ? » Il s'agissait d'exposer les éléments de la situation sanitaire actuelle en Grèce, ou plutôt de la crise humanitaire, afin de rendre le relief de certains enjeux pour la santé aujourd'hui en Europe, et des menaces qui pèsent sur elle, par l'éclairage du cas particulier de ce pays.

La Grèce fut la première frappée par des mesures d'austerité, dites « d'ajustement », conformes à la logique budgétaire mais en inadéquation totale avec la dynamique et les besoins de la société. L'intérêt porté aujourd'hui à la Grèce par les forces progressistes de toute l'Europe se motive du fait que des mesures analogues menacent d'être appliquées dans d'autres pays, voire en France. Les dirigeants actuels de la Grèce (et ceux de l'Union Européenne leur font écho) voudraient présenter l'expérience comme une « histoire de réussite » en arguant de la réduction du déficit public et de la récente émission sur le marché d'obligations à court terme, au même moment où la majorité du peuple souffre des plus inhumaines conséquences de cette politique.

Le résultat des urnes européennes a ébranlé le pouvoir en Grèce mais ne l'a pas fait encore basculer. Cette perspective pourrait se réaliser à brève échéance. Ce serait l'occasion pour les forces de résistance actuellement à l'œuvre de prendre l'hégémonie et de garantir la réhabilitation d'un système de santé et de protection sociale orienté vers les besoins du plus grand nombre. Je remercie le Docteur Michel Limousin de m'avoir demandé la publication de ce texte dans la revue. Je l'ai légèrement remanié, pour intégrer l'actualité post-électorale, adapter le style aux besoins d'une publication, rajouter une bibliographie éclairante bien que pas exhaustive.

Pourquoi aujourd'hui faire de la santé, c'est faire de la politique.

À la 67^e minute du film « Fascisme SA »⁽²¹⁾, le professeur d'histoire Yorgos Margaritis remarque que dans l'Allemagne nazie la discussion sur l'eugénisme a pris comme point de départ les finances des hôpitaux publics et le coût des malades chroniques. Margaritis rajoute dans la foulée que la nomination au poste de ministre de la santé, en

Grèce, en 2013, d'un personnage théâtral, ancien vendeur par correspondance d'ouvrages « historiques » nationalistes, avait comme but implicite la disqualification de la tâche par la nomination d'un dirigeant non qualifié et comique.

En juin 2014, suite au désaveu du gouvernement grec par le résultat des urnes européennes, les mêmes forces politiques, obstinément accrochées au pouvoir, ont procédé à une restructuration gouvernementale de façade. L'ancien vendeur de livres a été remplacé par un ancien militant d'extrême droite, que la caméra journalistique avait saisi en 1985 brandissant une hache de pierre bricolée, en blouson de cuir, lors d'un raid contre des étudiants de gauche.

La politique de santé en Grèce vient donc de passer à l'âge de pierre, l'ambiance d'opérette à celle du grand guignol.

Ces deux vignettes, une issue du passé et une du présent, démontrent non seulement que la santé est une affaire politique mais aussi que les attaques contre les systèmes de soins pour tous sont le fer de lance des politiques les plus réactionnaires, celles dont la perspective ultime est la négation de l'humain même.

Il y a lieu de rappeler que, à l'opposé de ces tendances, en Europe de l'ouest comme de l'est, la mise en place de systèmes publics de santé a pris progressivement de l'ampleur, à partir de la victoire des peuples contre le fascisme en 1945.

Pour revenir sur la scène grecque, et dans le domaine plus particulier de la santé mentale, rappelons à notre mémoire le cas de l'asile psychiatrique sur l'île frontalière de Léros⁽²²⁾. Ce lieu a englouti depuis les années 1950 des centaines de malades psychiatriques, traités de manière inhu-

21 Fascisme SA, documentaire politique au financement citoyen, en libre accès sur internet, Aris Chatzistéfanoú réalisateur, Athènes 2014

22 Felix Guattari: Le journal de Léros, texte paru dans « Chimères », 1992

maine, comme l'ont souligné les rapports des missions internationales dans les années 1980. Lieu de relégation des malades indésirables, Léros le fut aussi pour les dissidents politiques lors des périodes de dictature.

Aujourd'hui les pays d'Europe, notamment au Sud et à l'Est, sont frappés par des crises financières qui deviennent le prétexte pour la remise en cause du financement public de la santé et de la protection sociale. Le chômage et l'incitation à l'embauche deviennent prétextes pour la diminution des cotisations patronales. Dans un contexte de crise également politique des « nouveaux » partis donnent de la voix à ces thématiques en les déguisant en revendications progressistes ; en Grèce c'est le cas du parti « Rivière » (Potami). D'autres forces, du centre-droit au centre-gauche, ignorent simplement les questions relatives à la Santé Publique. Or il est impossible de garantir des soins de santé de qualité sans préserver un financement suffisant, sans préserver les sources de ce financement. Cibler la question seulement sur l'utilisation efficace et rationnelle des moyens – certes nécessaire – c'est simplement se berner, ou plutôt berner l'opinion publique.

La protection sanitaire et sociale est le moyen d'assurer une sécurité existentielle élémentaire aux classes travailleuses. Cette sécurité a fonctionné, pendant les dernières décennies en Europe, comme soutien aux revendications sociales et salariales mais aussi comme moteur de la productivité du travail dans le cadre d'un capitalisme régulé. Nous assistons cependant de nos jours à un glissement de paradigme qui intègre la présence de vastes réserves de forces de travail et la notion du travailleur remplaçable et consommable. Ce paradigme est la réponse du système capitaliste au rétrécissement de la marge de profit et au besoin d'accumulation à la plus vaste échelle. C'est un paradigme où même la vie humaine aurait un coût chiffré, calculable à la mesure de l'intérêt financier. C'est dans ce contexte que la défense des valeurs humaines fondamentales devient un projet politique dont l'orientation est nécessairement le virage décisif à gauche et le renversement des options actuelles dans l'ensemble de l'Europe.

Nous avons créé à SYRIZA la formation régionale « Force de Vie » (au sigle emblématique « Z ») avec laquelle nous avons gagné les élections dans la région de la capitale grecque, peuplée de 3,8 millions d'habitants recensés. Le message a été clair : c'est la vie elle-même qui est menacée par les politiques d'austérité. La gauche radicale grecque et notamment SYRIZA est depuis de nombreuses années sur les créneaux des combats pour un système public de soins de qualité, accessible à toutes et à tous, et c'est pour cela que nous avons su rejoindre, exprimer et épauler le grand mouvement populaire dont je détaillerai les composantes dans la dernière partie de l'article.

Bref rappel de l'historique récent de la situation sanitaire grecque

Pendant les quelques années qui ont précédé et celles qui ont suivi l'adhésion de la Grèce à l'euro-zone le mot d'ordre de « convergence sociale » - avancé à l'époque par les sociaux-démocrates – a motivé la mise en place de projets pour la santé, financés par les fonds européens. De tels projets, tout en étant marginaux par rapport à la masse des besoins, ont permis d'inoculer une approche humaniste dans des terrains jusque-là spécialement arides. Ces bons résultats^{(23), (24)} ont été en grande partie obtenus grâce à l'enthousiasme et l'abnégation des travailleurs de la santé, des travailleurs sociaux, des salariés des ONG, tous sous-payés et irrégulièrement rémunérés.

Toutefois, la tendance principale de ces années fut le consumérisme médical, alimentée par la prospérité économique des classes privilégiées. Le développement consécutif d'une santé à deux vitesses a essentiellement bénéficié aux labos pharmaceutiques grecs et étrangers, aux sociétés de production de matériaux médicaux, aux cliniques privées, à l'aristocratie médicale notamment universitaire^{3,4}.

Des projets dans le domaine de la santé, de la réadaptation et de la protection sociale ont été portés de manières disproportionnées par des associations aux assises financières fragiles, selon le concept néolibéral d'un Service Public « allégé ». Le résultat de cette orientation fut la précarité à la fois des projets et des travailleurs sanitaires et sociaux qui les ont portés. L'Église orthodoxe a bien tiré son épingle de ce jeu en s'octroyant la place du pourvoyeur de protection sociale ; la probité de la gestion financière des structures gérées par celle-ci a depuis été remise en cause. Par ailleurs les projets de « rationalisation » de la gestion sanitaire ont donné jour à une bureaucratie sanitaire aux salaires démesurés.

L'octroi des postes de responsabilité, voire des simples postes d'agents dans le Service Public, s'est fait selon des critères clientélistes, dans le cadre d'un bipartisme politique PASOK-Nouvelle Démocratie. L'explosion de l'inégalité des revenus a fonctionné comme poison pour la motivation des agents du Service Public à tous les niveaux. La grande réforme annoncée a été avortée à mi-chemin. Les mouvements sociaux des travailleurs de la santé ont réussi à arracher quelques acquis mais surtout sous forme de primes et d'avantages révocables. Bref, pendant la période « faste » de la société grecque (1995-2005) les améliorations notables (mais insuffisantes) du système de santé et

23 Panorama de la santé 2011, les indicateurs de l'OCDE, pp 82 et suivantes.

24 Panorama de la santé 2013, les indicateurs de l'OCDE, pp 9-12, pp 145-155, pp 206-209

de protection sociale sont restées tributaires de la bonne volonté de l'élite dirigeante et de la générosité des fonds sociaux européens.

Ainsi, après le déclenchement de la crise de la dette souveraine en 2010 et les mesures d'austérité qui l'ont suivi le système s'est rapidement effondré. Largement débordé par les nouvelles demandes que la crise économique et sociale a fait naître, le système de santé n'a su faire face ni prévenir la menace galopante de catastrophe humanitaire. Les indicateurs sanitaires ont ainsi explosé : morbidité, espérance de vie, mortalité infantile, taux de vaccination, accessibilité des soins. Certains indicateurs rapprochent aujourd'hui la Grèce à des pays de l'Afrique subsaharienne. Derrière les chiffres se cachent cependant des milliers de tragédies humaines, des souffrances inédites. Le coup de grâce porté par les memoranda crée des situations qui doivent inciter à la réflexion tout citoyen « de l'Europe sociale » relativement aux effets des politiques « de maîtrise budgétaire » comme aux effets de toute tentative de privatisation à bas bruit des systèmes de santé et de protection sociale.

Mais comment un effondrement d'une telle ampleur s'est-il produit ?

L'effondrement du système de santé en Grèce s'explique par la combinaison de la crise économique, des anciennes pathologies du système, du dépassement d'un seuil critique. Cet effondrement n'est pas un simple effet indésirable mais il s'intègre dans un projet d'écraser jusqu'à l'ultime limite les droits et la capacité de résistance des classes pauvres et moyennes afin de créer par la misère une société docile et exploitable.

La Troïka, instance créée en marge des institutions européennes à l'occasion de la crise de la dette souveraine grecque, composée de l'Union Européenne, du FMI, de la BCE, est le chef d'orchestre de ce projet funeste qui menace de s'étendre à un nombre croissant de pays. Dans les déclarations, voire dans des textes, la Troïka et ces instances émettent des souhaits pour une protection minimale des plus démunis mais l'hypocrisie se dévoile dès que des voix s'élèvent pour évoquer les conséquences désastreuses subies par les populations, notamment au niveau sanitaire.

Dans le cadre des memoranda⁽²⁵⁾ les mesures qui visent le système de santé occupent une place privilégiée. L'objectif budgétaire d'un 6 % pour la santé (France aujourd'hui 9 %^{3,4}) s'érige en règle de fer pour tous les pays « sous surveillance » (Grèce, Portugal, Irlande⁽²⁶⁾). Considérée par les

néolibéraux comme le talon d'Achille du capitalisme, la santé devient la cible privilégiée des attaques de politiques d'austérité. Alors il y a de quoi s'inquiéter lorsqu'on entend que le projet européen proposé de concert par les conservateurs et les social-libéraux est d'imposer la surveillance budgétaire à tous les pays de l'UE riches ou pauvres au Sud comme au Nord.

Il faut dire que l'ingérence dans la structure des budgets nationaux constitue une entorse sévère aux principes fondamentaux de l'UE, notamment celui de la subsidiarité. La logique « de l'ajustement » est foncièrement erronée puisque les divergences dans les structures des dépenses de santé des états correspondent à des réalités économiques, sociales, sanitaires divergentes^{3,4}. Par analogie au « multiplicateur budgétaire » (effet sur l'économie du niveau de modification des dépenses publiques) la situation sanitaire en Grèce et d'autres pays sous memoranda fait émerger le concept de « multiplicateur sanitaire » pour illustrer l'échec des interventions budgétaires restrictives imposées sur la santé.

Ce projet néolibéral manque autant de logique et de cohérence puisqu'aucune mesure n'est prévue au niveau européen pour pallier les conséquences néfastes sur la santé de l'application des restrictions et « ajustements » budgétaires. Les conséquences de ces politiques portent finalement atteinte aux droits de l'humain, notamment au droit à la vie et à l'accès aux soins, et des démarches juridiques auprès de juridictions internationales ont été entreprises (ou sont en étude) à l'encontre de dirigeants ou d'institutions considérés responsables.

En ce qui concerne la Grèce, la restriction budgétaire combinée à une réduction de 25 % du PIB, consécutives aux memoranda, produit une réduction réelle de près de 40 % du budget du système public de santé (- 25,2 % de 2009 à 2012)⁽²⁷⁾. Le montant des dépenses privées pour la santé a également baissé alors que leur part comparative a augmenté, tout comme la participation des ménages aux dépenses de santé⁽²⁸⁾. Toutefois le volume des demandes adressées au secteur privé a baissé de 20 % avec une augmentation égale des demandes adressées au secteur public. Un taux de près de 30 % de chômage (majoritairement non assuré et non indemnisé), une réduction de près de 30 % du pouvoir d'achat des salariés et retraités, une augmentation de la morbidité associée à la malnutrition et au stress psy-

25 Greece: Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, Athènes, 9 février 2012

26 Nick Fahy: Who is shaping the future of European health systems? British Medical Journal, BMJ 2012; 344, mars 2012

27 Hellenic Statistical Authority press release: Health Expenditures – System of Health Accounts 2009-2012, Le Pirée, mars 2014

28 Kondilis, Bodini, De Vos, Benos, Stefanini: Fiscal policies in Europe in the wake of the economic crisis; implications for health and healthcare access. Background paper for The Lancet – University of Oslo, 2014

chosocial induisent les effets catastrophiques qui dévastent la société : abandon des soins, aggravations consécutives des pathologies et décès, près de 20 % de carences de vaccination des enfants, augmentation de la mortalité infantile, baisse démographique, épidémies de suicides^{(29), (30), (31)}.

Ce dernier aspect, particulièrement désastreux de la crise, auquel les citoyens assistent dans l'impuissance, a fait l'objet d'une étude⁽³²⁾ afin d'extraire des chiffres disponibles des postulats de causalité. Il en ressort ainsi que 551 suicides en une seule année (2009-2010) seraient directement attribués à l'austérité. En projetant sur toute la période de la crise (4 ans) on obtiendrait le chiffre 2000 qui, rapporté à une population équivalente à celle de la France atteindrait celui de 12 000. Or, on se légitime de poser la question : quel serait le sort, politique aussi que pénal, de dirigeants français considérés responsables pour le décès violent de 12 000 de leurs concitoyens ?

Démantèlement en étapes

Ce qui se passe en Grèce depuis 2010 au niveau de la santé est une histoire pitoyable, dont on devrait tirer des leçons ; on peut en distinguer des étapes différentes.

La première étape démarre avec la signature du 1^{er} mémorandum en 2010. Les interventions du gouvernement grec, en application des recommandations de la Troïka⁽³³⁾, sont aiguillées par l'objectif d'une baisse des dépenses publiques de santé sous le seuil du 6 % du PIB. Au-delà des coupes salariales, et des restrictions des remboursements des médicaments, les interventions visent une supposée « amélioration de l'efficacité » par le changement du système de comptabilité hospitalière, la fusion précipitée de nombreuses caisses d'assurance santé pour fonder le nouvel organisme EOPPY, l'informatisation totale du système, la renégociation des prix avec les compagnies pharmaceutiques et de matériel médical. La partie des mesures apporte à l'état des recettes par le transfert d'une partie des coûts directement aux malades, mais la deuxième partie ne tient pas compte de l'évident, pourtant signalé par les

spécialistes⁽³⁴⁾ : une réforme de l'ampleur envisagée nécessite l'investissement de fonds publics et ne peut pas réussir dans la pénurie. Ainsi l'état pour récupérer les économies promises à la Troïka se rabat sur la restriction pure et simple de l'accès au système public pour les catégories ne disposant pas d'assurance. Celles-ci dans le contexte de la crise sont de plus en plus nombreuses : chômeurs de plus d'un an, petits entrepreneurs en faillite, débiteurs de l'état et des caisses d'assurance, enfin résidents sans titre de séjour. L'étendue de la crise sanitaire à venir ne fut pas perçue d'emblée par la population : la stratégie de communication du gouvernement, basée sur le « diviser pour mieux régner », fait espérer à beaucoup qu'ils échapperont aux conséquences des mesures annoncées.

Pourtant l'échec du gouvernement d'obtenir les recettes espérées et les exigences sans cesse renouvelées de la Troïka, qui s'institue comme prêteur principal du pays après le second « plan de sauvetage » en mars 2012, incite à prendre des mesures encore plus dures : des franchises sont instaurées pour les soins, les transports sanitaires ne sont plus remboursés, des projets pour la fermeture de lits d'hôpitaux, de département ou d'hôpitaux entiers voient le jour. Les laboratoires pharmaceutiques, envers lesquels l'état grec et les hôpitaux avaient accumulé d'importantes dettes, retirent pendant un temps leurs produits du marché en guise de représailles en créant une situation inédite de pénuries. Dans la panique, les dérapages se multiplient : le ministre Loverdos de la santé (du PASOK, actuellement ministre de l'Éducation) déclare que l'État ne devrait pas soigner les malades qui coûtent trop cher. À la veille des élections de 2012 il organise un coup médiatique de sinistre inspiration en faisant porter la responsabilité de la situation sanitaire aux étrangers et aux toxicomanes et organise dans les rues d'Athènes des rafles pour soumettre les personnes interpellées à des tests HIV sans leur consentement. L'épisode de l'interpellation massive de femmes, présentées de manière mensongère comme des prostituées étrangères est repris dans le documentaire « Ruines » de la cinéaste Zoé Mavroudi et attire la condamnation par l'ONU.

Après les élections de juin 2012 une coalition formée par la Droite (Nouvelle Démocratie), le PASOK et ladite « Gauche Démocrate » (DIMAR), s'engage à poursuivre en accéléré les mesures d'austérité. Des personnages issus de l'extrême droite, dont celui nommé ministre de la santé, occupent des postes de responsabilité. Cette coalition a arraché les voix en promettant de renégocier avec la Troïka les plus impopulaires aspects des accords, la promesse est

29 ⁸Kondilis, Bodini, De Vos, Benos, Stefanini : Fiscal policies in Europe in the wake of the economic crisis ; implications for health and healthcare access. Background paper for The Lancet -University of Oslo

30 Elias Kondilis et al : Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care : the Greek Case, American Journal of Public Health, avril 2013

31 Collectif « Solidarité pour tous » : Solidarité est le pouvoir du peuple - campagne de solidarité, Athènes, mars 2013

32 Nikolaos Antonakakis, Alan Collins : The impact of fiscal austerity on suicide : On the empirics of a modern Greek tragedy, Social Science & Medicine, Vol 112, pp 39-50, avril 2014

33 Greece : Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality, Athènes, 9 février 2012

34 Rita Baeten et Sarah Thomson : Politiques des soins de santé, débat européen et réformes nationales, dans Bilan social de l'Union européenne 2011

cependant oubliée le lendemain même des élections. Il ne s'agit plus maintenant de mesures simplement budgétaires mais de remaniements « structurels » c'est-à-dire de suppression de services publics et de privatisations. Alors même que des institutions privées à charge de missions sanitaires et sociales s'engageaient dans des faillites frauduleuses laissant à l'abandon des dizaines de patients, des structures publiques de soins notamment de réadaptation, n'ayant pas été intégrées dans les organigrammes d'hôpitaux d'où elles dépendaient réellement, ont simplement été traitées comme inexistantes, privées de moyens de soins et de nourriture.

Les mesures annoncées prévoient la fusion ou la suppression de 330 départements d'hospitalisation sur 2000 existants ainsi que de 550 départements de biologie médicale ou de radiologie. Treize hôpitaux importants sont prévus de disparaître de la carte sanitaire dont : 4 dans la région Athènes-Capitale, 2 à Thessalonique, 7 en province. 600 médecins (sur 21 000) seront obligés à la mutation et des milliers de personnels hospitaliers seront mis en disponibilité forcée. Ces mesures sont déjà mises en application partielle et le processus est prévu d'aboutir d'ici un an. Le ministre menaçait de licencier (texto) ceux des hospitaliers qui ne seraient pas contents. L'argument de propagande du gouvernement est le déplacement de la priorité du secteur hospitalier vers le secteur de soins primaires.

Cependant, nouveau coup de théâtre, pendant l'été 2013, peu après la fermeture de l'audiovisuel public ERT, il est décidé que tous les centres de soins primaires du réseau de l'Assurance maladie, fonctionnant depuis les années 1950, soient mis hors-service. Un nouveau système est censé être mis en place. Toutefois le ministre déclare sans rougir qu'il serait normal d'attendre près de deux ans avant que ce réseau ne soit fonctionnel. La conséquence est que les services hospitaliers, déjà en grande souffrance, soient embolisés par des demandes des soins ne relevant pas de leurs compétences, très souvent de simples renouvellements d'ordonnances, ou alors que les patients soient obligés de consulter dans le privé. La prise de rendez-vous dans les hôpitaux publics est organisée officiellement par des centrales téléphoniques privées sous-traitantes qui facturent les appels à la minute.

Par ailleurs, il y a des projets de location de services d'hôpitaux publics à des entreprises sanitaires privées. Des entreprises privées, sans accréditation ni fonds propres, font circuler sur le marché des cartes d'abonnement qui permettraient d'effectuer certains examens ou consultations médicaux, sous couverture d'obscurs contrats, que la population désespérée s'arrache pour le modique abonnement de 10 euros.

La psychiatrie subit à nouveau, comme à l'époque de Léros, son sort particulier. Sous couverture mensongère de réforme et de désaliénation et selon le protocole László Andor (du nom de l'ancien collaborateur de Barroso) les grands hôpitaux psychiatriques du pays sont censés fermer d'ici la fin 2015 sans que rien ne soit précisé sur le sort de centaines de malades psychiatriques chroniques. Sans que rien ne soit précisé sur la prise en charge des urgences psychiatriques. Sans que rien ne soit précisé sur l'avenir professionnel des soignants en psychiatrie.

Ainsi, dans ce paysage désolé, l'avant-dernier ministre de la santé s'autoproclama avec satisfaction ministre « de la santé privatisée » (texto).

Restriction du droit d'accès à la santé : motivation budgétaire ou motivation politique ?

Face à de tels phénomènes se pose la question de la visée des politiques qui les créent. L'évocation par les gouvernants grecs du contexte macroéconomique pour les justifier ne tient pas la route. En fait, les simulations produites par le ministère grec des finances prévoient que la totalité des mesures concernant la santé et la protection sociale rapporteront sur 5 ans (2011-2016) des économies de l'ordre de 8,3 milliards d'euros ou 4,43 % du PIB annuel, soit une moyenne de 0,9 % du PIB par an. Ces économies escomptées sont dérisoires comparées aux effets de ces mêmes politiques d'austérité qui ont conduit à l'augmentation de la dette publique de 110 % à 175 % du PIB en cinq ans. Elles ont également conduit à l'augmentation significative des dépenses de l'État en pourcentage du PIB avec une dégradation parallèle des services. L'austérité a également conduit à une contraction du PIB de près de 25 % et à la baisse de la productivité du travail de près de 9 %.

En ce qui concerne le budget de la santé publique il est calculé par l'Office grec des Statistiques (ELLSTAT) que la contraction du budget global pour la santé sera en coûts absolus de 20 % entre 2009 et 2015⁽³⁵⁾ (de 6,3 milliards à 5 milliards). Ces chiffres prévisionnels pourraient se retrouver péjorés car l'expérience constate par exemple que :

La prévision de croissance pour 2013 était de +2,9 % alors qu'aujourd'hui le FMI prévoit pour cette même année une récession de -4,2 %.

La prévision du chômage pour 2013 était de 14,2 % alors qu'il a été constaté en cette même année un taux de 27,3 %.

En quoi donc le gouvernement grec actuel a réussi ? Il a réussi de démanteler le système sanitaire pour qu'un

35 Hellenic Statistical Authority press release: Health Expenditures – System of Health Accounts 2009-2012, Le Pirée, mars 2014

retour en arrière devienne de plus en plus difficile. Il a réussi à placer sur le dos des classes populaires un fardeau comparable seulement à celui des situations de guerre ou de catastrophes naturelles étendues : angoisse quotidienne pour la perte d'un travail, d'un logement, de l'éducation des enfants, du cadre naturel, de la santé et de la vie de soi-même et de ses proches. Ainsi les travailleurs, déjà privés de contrôle sur leurs conditions de travail, sur leur vie familiale, sur leur éducation et celle de leurs enfants, seront aussi privés de contrôle sur leur propre santé.

Les oligarques grecs et les « investisseurs » étrangers espèrent user de cette situation de catastrophe humanitaire imminente comme d'un levier pour faire travailler les travailleurs grecs dans des conditions dégradantes, sans rémunération digne, en leur appliquant l'arme de la misère sur la tempe. Et d'introduire ainsi le modèle du capitalisme asiatique en Europe en créant une force de travail docile et consommable.

Le dépassement du seuil.

Les retombées en avalanche des politiques d'austérité sur la société grecque, sur la situation sanitaire notamment, ont aujourd'hui atteint une ampleur qu'aucune mesure correctrice ne pourra amender dans le cadre des choix politiques actuels (dictés par la Troïka et appliqués avec un excédent de zèle par le gouvernement de Samaras) ni d'un retour en arrière, ou même du choix d'un modèle parmi ceux des pays européens des dernières décennies. Combinée aux politiques d'austérité analysées, l'explosion du chômage, non rémunéré et non assuré, expose une très large tranche de la population au manque de soins et aux risques inhérents. Aujourd'hui on estime que la difficulté ou l'impossibilité d'accéder aux soins concerne près de 50 % de la population.

Les conséquences des mesures^{(36), (37)} ont été systématiquement déniées non seulement par le gouvernement grec mais aussi par les instances officielles de l'UE et par une partie de l'establishment médical : des secteurs importants de la société grecque se retrouvent exclus de l'accès aux services de soins, l'aggravation des complications des pathologies chroniques nécessite davantage de recours à l'hospitalisation, la demande de médicaments augmente mais leur coût est reporté sur les moyens propres des patients, la dégradation du suivi des femmes enceintes augmente l'incidence des morts in utero, des bas poids à la naissance et

de la mortalité périnatale^{(38), (39)}, l'abandon des campagnes de prévention favorise le développement des maladies infectieuses. Ces effets, combinés à une augmentation de la morbidité observée depuis le déclenchement de la crise, ont un effet multiplicateur et créent une situation face à laquelle le système de soins se trouve débordé.

Les réductions des moyens pour la santé ont été instaurées par vagues successives de « mesures d'ajustement » dans plusieurs secteurs : les budgets des unités de soins, le remboursement des soins et des médicaments, le transport des patients, la prévention, l'accès de la population au système public, la rémunération des personnels de santé. Des mesures inacceptables ont été systématiquement assorties d'une propagande orchestrée dont la ritournelle est la menace « d'un retour à l'âge de la pierre » si les bailleurs étaient insatisfaits d'une éventuelle désobéissance.

Les tentatives du gouvernement d'adresser le problème de la crise sanitaire n'ont apporté à ce jour aucune solution satisfaisante et risquent d'être vouées à l'échec dans l'avenir. Ces mesures sont restrictives quant à la population adressée, la durée de la couverture proposée, l'éventail des soins pris en charge. Que ce soit des « bons » (vouchers) de santé ou des carnets de soins à durée limitée, elles interviennent trop tard : des vies sont déjà perdues, des infirmités installées, le processus ne peut pas s'inverser par l'utilisation de moyens aussi précaires. Par ailleurs leur mise en œuvre concrète même risque de se heurter à la désorganisation administrative et sociale qui sévit dans le pays.

Le gouvernement grec persiste dans le déni des problèmes et dans l'implémentation de mesures qui réduisent davantage les moyens du système public de santé. Il a tenté de s'ériger en modèle lors de la présidence grecque de l'UE se targuant d'une « histoire de réussite » inventée de toutes pièces. Les observations de la situation sanitaire grecque des dernières années constituent une leçon pour les pays qui ne sont pas encore touchés par des phénomènes de cette ampleur : les restrictions des moyens publics pour la santé aussi marginales puissent-elles initialement apparaître ont un impact global démultiplié. Les mesures correctives dans le cadre des mêmes politiques sont globalement inefficaces. La réponse privilégiée par les instigateurs de telles politiques est le déni.

36 Kentikelenis, Karanikolos et al : Greece's health crisis : from austerity to denialism, *Lancet* 2014 ; 383 : 748 -53

37 Marina Karanikolos et al : Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet*, Vol 381 avril 2013, pp 1323-1331

38 Rita Baeten et Sarah Thomson : Politiques des soins de santé, débat européen et réformes nationales, dans Bilan social de l'Union européenne 2011

39 Noëlle Burgi, « Grèce. Une réforme de la santé aux effets pervers », *P@ges Europe*, 15 avril 2014 – La Documentation française.

Il apparaît ainsi le besoin de rompre avec ces politiques et de placer les besoins de santé des citoyens et l'égalité d'accès aux soins au centre des décisions. C'est un constat pragmatique qui implique également des ruptures économiques, sociales et politiques. En ce qui concerne la Grèce, cette rupture ne peut s'assumer que par la destitution du pouvoir politique en place et l'instauration d'un gouvernement porté au pouvoir par le mouvement de contestation populaire, un gouvernement de salut social et d'alliance populaire, orienté par SYRIZA et les forces de gauche radicale.

Cette orientation se trouve condensée dans la déclaration européenne de SYRIZA qui stipule qu'il faut aujourd'hui en Grèce: « *Suspendre les paiements (de la dette) jusqu'à ce que les populations soient protégées contre la pauvreté grimpanche et le chômage, que le développement économique et la transition écologique soient assurés, et que les services publics, les droits économiques et sociaux soient renforcés. Renforcer et développer les biens communs sociaux et environnementaux, redéfinir et développer les services publics, notamment dans les domaines de la santé, de la recherche, de l'éducation, de la petite enfance, du transport, de l'énergie, de l'eau, du logement public, de l'information et de la culture* ».

La situation appelle toutefois des réponses dans le présent immédiat

Face à l'offensive cynique et débridée subie par les peuples européens, notamment du Sud, les résistances doivent s'organiser. La solidarité, voire la coordination européenne et internationale, est une nécessité éthique et politique car, si l'offensive est particulièrement violente en Grèce, comme au Portugal ou en Espagne, la logique qui la met en place, celle d'un néolibéralisme agressif, est présente dans tous les pays européens. La solidarité politique envers la Grèce qui résiste doit également adopter le paradigme de la solidarité concrète car les ressources des foyers militants de première ligne s'épuisent à progression géométrique, au fur et à mesure que la crise se pérennise. Dans plusieurs pays d'Europe et au-delà, et en France dans plusieurs villes, des collectifs de solidarité se sont constitués, rassemblant des formations collectives et des personnes indépendantes.

En Grèce, les luttes des travailleurs de la santé ont occupé régulièrement la scène depuis la chute du régime des colonels en 1974, depuis la prise de conscience de la valeur du droit à la santé pour tous et de la levée des inhibitions induites par un terrorisme d'État qui avait duré près de 40 ans. Le fruit de cette lutte fut notamment la mise en place depuis 1981 d'un système national de santé et d'un maillage sanitaire étendu du territoire national. Ces luttes se sont poursuivies pour la mise en place de structures et de pratiques de soins respectueuses du patient, notamment dans le champ de la psychiatrie. Mais, à partir de 2010, la

marche en arrière accélérée oblige à un combat plus défensif qu'offensif. Les organisations syndicales sont aujourd'hui des leviers importants pour la lutte. La mise en place par le gouvernement du démantèlement des services a renforcé leur présence dans la rue et sur les lieux de travail. Un pôle syndical alternatif, à l'opposé de certaines directions compromises avec le gouvernement, commence à se constituer. Ainsi dans l'avenir les mobilisations pourraient dépasser le stade de grèves ponctuelles. C'est déjà le cas dans des secteurs radicalisés. Les collectifs locaux et les AG d'hôpitaux sont une autre composante particulière; sa réactivité et son dynamisme remédient bien à sa faiblesse numérique.

Les dispensaires et pharmacies sociaux solidaires sont des structures autogérées à double mission :

- Procurer des soins médicaux gratuits et des traitements médicamenteux à toutes les personnes qui sont privées de couverture sociale ou ne disposent pas des moyens financiers pour se soigner.
- Militer pour un système de santé public de qualité, accessible à toutes et à tous et pour le respect des droits des patients dans une société émancipée de l'austérité.

Pour promouvoir ce second objectif, les militants des dispensaires (intervenants bénévoles et patients) en lien avec des organisations syndicales, des associations, des collectifs locaux, organisent des « opérations coup de poing » auprès des administrations hospitalières pour exiger l'admission de patients que le système refuse et le non-paiement des frais hospitaliers. Aujourd'hui plus de 30 dispensaires solidaires sociaux fonctionnent dans toute la Grèce animés par des bénévoles dont 700 médecins, permanents ou membres de réseaux. Des dizaines de milliers de patients y sont soignés. Les dispensaires sociaux fonctionnent grâce aux dons citoyens et refusent toutes subventions publiques ou privées. Ils organisent leur gestion et leurs actions militantes grâce par des AG régulières et ils ont statut d'association ou pas de statut juridique.

Des associations de patients ou de personnes handicapées, nouvelles ou plus anciennes, se sont investies d'un rôle militant et sont aujourd'hui une composante importante du front de lutte pour le droit à la santé et les droits sociaux.

Ces acteurs militants du terrain sont volontiers présents dans les réseaux et coordinations européens et internationaux, dont le « Réseau européen contre la privatisation de la santé ». Contrairement aux populistes de droite ou aux néofascistes, le mouvement social et le mouvement politique de gauche anti-austérité en Grèce sont bien conscients que les autres peuples sont victimes des mêmes politiques d'austérité. Ainsi la solidarité internationale est un des principaux axes de référence du mouvement. La

participation aux mobilisations internationales, les actions jumelées, les échanges militants en sont des formes.

Des alternatives politiques nationales et européennes

L'occasion de rédaction de ce texte étant les dernières élections européennes qui ont vu la consolidation d'une vraie alternative par le renforcement au Parlement Européen de la Gauche Unitaire Européenne, du Parti de la Gauche Européenne, et le primat électoral de SYRIZA en Grèce, il est pertinent d'exprimer des éléments de réflexion sur l'utilisation éventuelle du cadre européen pour la promotion d'une politique de santé pour tous.

Les interventions correctives alimentées par les Fonds Sociaux européens, aussi utiles qu'elles soient ne peuvent pas satisfaire à eux seuls aujourd'hui les besoins de santé et de protection sociale en Europe ni de lutte contre l'exclusion. Ces interventions concernent des projets parfois exemplaires mais quantitativement à la marge de la masse des besoins ; il est possible même qu'elles fonctionnent comme chevaux de Troie pour la privatisation de secteurs censés être sous responsabilité publique et qu'elles favorisent dans certains cas le clientélisme.

Il faudrait rompre définitivement avec la tendance exprimée dans certains documents européens soit vers un « partage des coûts de la santé » soit vers une « ouverture de la concurrence »⁽⁴⁰⁾. Il faudrait au contraire réaffirmer l'orientation européenne vers « une égalité d'accès à la santé, une protection renforcée des citoyens plus vulnérables »¹⁸.

Dans le cadre d'une orientation opposée à l'orientation néolibérale actuelle on pourrait envisager des mesures ou des propositions notamment :

- Un grand projet pour l'assurance sociale et la santé qui absorberait au moins 5 % du budget européen, qui devrait lui-même être considérablement augmenté.
- Des barèmes européens minimums obligatoires pour le remboursement des soins avec le maintien pour chaque pays de la liberté d'instaurer des barèmes plus favorables à ses citoyens.
- La création d'une caisse européenne pour le recouvrement des systèmes d'assurance santé et d'assurance sociale des pays membres, en attendant la convergence vers le haut des systèmes.
- La portabilité automatique des droits sociaux et des droits à l'assurance maladie devrait devenir la règle pour tous les pays de l'Union Européenne.

L'Europe devrait ouvrir la chasse contre le travail non assuré sous quelque forme qu'il soit parmi ses états membres. Des sanctions devraient être prévues contre les pays qui autorisent le travail non assuré. Des sanctions sévères devraient également être prévues contre les pays qui toléreraient ou favoriseraient l'absence de couverture santé pour des groupes de leur population qu'ils soient autochtones ou immigrés.

Sites Internet :

Collectif « Solidarité France Grèce pour la Santé » :

<http://solidaritefrancogrecque.wordpress.com>

SYRIZA Paris/France : <http://syryza-fr.org>

« Okeanews » : site francophone de l'actualité politique grecque :

<http://www.okeanews.fr/>

⁴⁰ Rita Baeten et Sarah Thomson : Politiques des soins de santé, débat européen et réformes nationales, dans Bilan social de l'Union européenne 2011

Les brèves des Cahiers

24 % des sans - domicile travaillent

L'Insee a publié une étude sur les sans - domicile et l'emploi, réalisée auprès des utilisateurs de services d'hébergement et de distribution de repas. Parmi eux, 24 % travaillaient début 2012. En revanche, 39 % étaient au chômage et 37 % inactifs. Pour ceux qui exerçaient une activité, seuls 39 % sont en CDI, 24 % en CDD, 15 % sont intérimaires, stagiaires ou saisonniers, et 22 % n'ont pas de contrat de travail. Près de la moitié est à temps partiel, particulièrement les femmes (63 % contre 37 % chez les hommes). Les professions occupées sont souvent peu qualifiées (93 % d'employés ou ouvriers) avec de faibles rémunérations : - de 1 200 € mensuels à 85 %. Ce sont ce qu'on appelle les nouveaux travailleurs pauvres.

19 % des salariés souffrent de maladie chronique

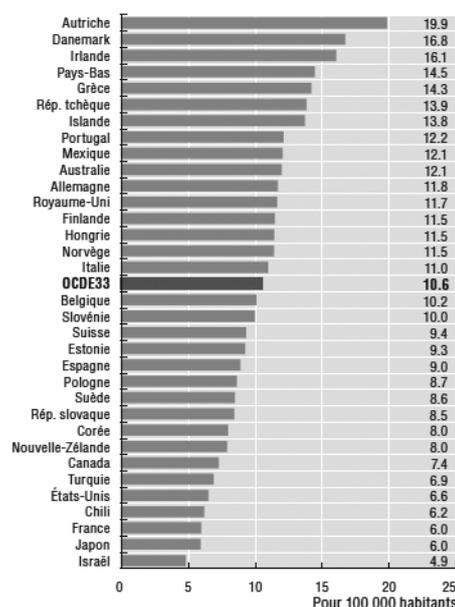
Malakoff Médéric vient de publier son cinquième baromètre santé et bien-être au travail avec un focus sur les arrêts maladies. Un salarié sur 3 (34 %) s'est arrêté de travailler au moins une fois en 2012 (+0,5 point par rapport à 2011). Les arrêts maladies de 1 à 3 jours sont les plus nombreux (41 %). Dans une entreprise employant 1 000 personnes « les arrêts maladies représentent en moyenne 40 équivalents temps plein (ETP) » note l'étude. Autre enseignement : 19 % des travailleurs souffrent de maladie chronique, la proportion atteint 29 % chez les plus de 50 ans. Les restructurations ou réorganisation ont un impact : 55 % des interrogés ayant connu ces changements se sentent stressés contre 40 % pour les autres. En revanche, 7 salariés sur 10 sont satisfaits de leur qualité de vie au travail.

Démographie médicale

Toujours ce problème lancinant que tout le monde constate et pour lequel personne ne fait rien. 219 834 médecins étaient en activité au 1^{er} janvier 2014 dont 102 140 en médecine générale (62 986 sont en libéral exclusifs, 17 597 exercent à l'hôpital, 6 240 sont en mixte, 15 317 sont salariés). Nous avons un solde négatif de 609 MG libéraux sur un an. 33 000 MG exercent en groupe.

La comparaison donnée par l'OCDE de la France avec les autres pays développés montre que la France maintenant a un retard considérable : 6 médecins pour 100 000 habitants en 2011 alors que la moyenne est à 10,6 et que l'Allemagne est à 10,9. Une seule solution : augmenter de façon nette le *numerus clausus*.

3.5.1. Diplômés en médecine pour 100 000 habitants, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932920638>

Redressement : détails sur les 50 Milliards d'euros d'économies :

Les 50 milliards d'euros prévus par le Gouvernement sont répartis entre les différentes sources de dépenses publiques. Avec 18 milliards d'euros à la charge de l'État grâce à une maîtrise des dépenses de fonctionnement, à un recentrage des interventions de l'État, au gel du point d'indice de la fonction publique ainsi qu'à une baisse des budgets des opérateurs et agences de l'État. 11 milliards d'euros seront apportés par les collectivités locales et, au total, 23 milliards d'euros d'économies seront faites sur les dépenses de protection sociale, dont 3 milliards d'euros résultent des réformes déjà engagées (famille, retraite). Avec, dans le détail, 1,2 milliards d'euros d'économies de gestion pour les caisses, une absence de revalorisation des prestations sociales, hors minima sociaux, pendant un an (ce qui devrait rapporter 1,3 milliards d'euros pour les retraites de base, 2 milliards d'euros pour les retraites complémentaires, 0,7 milliards d'euros pour les autres prestations sociales). Par ailleurs, la nouvelle convention d'assurance-chômage devrait dégager une économie de 2 milliards d'euros. La réforme de la politique familiale sera poursuivie avec un bonus de 0,8 milliards d'euros. La revalorisation exceptionnelle du RSA, du complément familial et de l'allocation de soutien familial, décidée dans le cadre du plan pauvreté est décalée d'un an. Enfin 11 milliards d'euros d'économies sont également prévus pour l'assurance maladie. Mais elles « reposeront sur l'amplification des réformes structurelles

engagées dans le cadre de la stratégie nationale de santé », précise Matignon.

Marisol Touraine, ministre de la Santé a précisé davantage les contours des économies à réaliser sur l'Assurance maladie :

- L'Ondam devrait baisser d'ici 2017 à 2,1 % en 2015, 2 % en 2016 et 1,9 % en 2017.
- 10 Mds € d'économies (cumulés sur 3 ans) sont à réaliser en sus du tendanciel des 2,4 actuels annuels dont :
- 1 Md € est à obtenir sur la chirurgie ambulatoire dans le secteur public.
- 3,5 Mds € de baisse de prix des médicaments (généralistes, etc.)
- 2 Mds € d'économies sur les achats et la mutualisation des fonctions supports dans les hôpitaux
- 2,5 Mds € sont à faire sur les autres prescriptions
- 1 Md sur les fraudes

Hôpitaux : endettement critique !

La Cour des comptes dit que la situation financière des hôpitaux est inquiétante. En cause, la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé (EPS) qui a triplé. Elle représentait 29,3 milliards d'euros à la fin 2012, soit 1,4 % du PIB, contre 9,8 milliards d'euros en 2003. Cette dégradation est due, selon la Cour, à la fois à la défaillance de la tutelle, qui a privilégié le recours à l'emprunt pour soutenir l'investissement et, de la part des gestionnaires hospitaliers, à « *une vision exagérément optimiste de l'accroissement de l'activité* ». À cela s'ajoutent les effets de la crise des *subprimes* dont les effets se font encore ressentir. Les emprunts toxiques représentaient en effet, fin 2012, 2,5 milliards d'euros, soit 9 % de l'encours de la dette. Le 28 mars dernier, Frédéric Valletoux, le président de la FHF, estimait que « *les sommes en cause et les risques pris par les établissements devant la carence des établissements publics vont vite hypothéquer les ressources à consacrer aux soins et à leur qualité. Nous ne pouvons l'accepter* ». Pour la Cour des comptes, le financement des investissements par l'emprunt devrait être réservé aux établissements susceptibles d'atteindre un taux de marge d'au moins 8 %. Qui peut faire ça ? Et elle demande au Gouvernement de définir « *une démarche d'ensemble claire et organisée de désensibilisation des emprunts structurés* ». Dans son rapport, la Cour précise qu'en intégrant les 3 milliards des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), la dette hospitalière globale atteignait 32,4 milliards d'euros à la fin 2012, soit 1,6 % du PIB. « Elle représentait 17 % de celle des administrations publiques locales au sens de l'Insee en 2012, contre 9 % en 2012 », souligne-t-elle. S'agissant uniquement des EPS, la Cour observe un « triplement » de la dette depuis 2003, de 9,8 milliards à 29,3 milliards fin

2012. « L'encours a augmenté en moyenne de 16 % pendant les années 2006 à 2009 et a atteint jusqu'à 19 % en 2009 après 18 % en 2008. Sa croissance a été ramenée à un rythme de 10 % en 2010, comme en 2011 », détaille-t-elle. Elle ajoute qu'en 2012, le taux de progression de la dette est revenu à 6 %. Mais une progression plus forte est enregistrée du fait de l'obligation de « retracer intégralement dans les comptes hospitaliers les engagements pris dans le cadre des différentes formes de partenariat public/privé (PPP) pour mieux mesurer les charges en résultant pour les établissements ». Cette obligation a conduit à inscrire 1,149 millions d'euros supplémentaires au bilan des EPS.

En annexe, se basant sur les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), elle fournit la liste des 20 hôpitaux les plus endettés (à fin 2012). Elle cite l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP, 2,3 milliards), les Hospices civils de Lyon (HCL, 891 millions), l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM, 884 millions), le CHU d'Amiens (448 millions), le CHU de Grenoble (407 millions), le CHU de Dijon (394 millions), le CHR de Metz-Thionville (382 millions), le CHU de Toulouse (329 millions), le CHU de Clermont-Ferrand (305 millions), le CHU de Nancy (298 millions), le CHU de Nice (294 millions), le CHU de Lille (294 millions), le CHU de Saint-Étienne (292 millions), les Hôpitaux universitaires de Strasbourg (288 millions), le centre hospitalier intercommunal de Toulon/la Seyne sur Mer (283 millions), le CHR d'Orléans (261 millions), le CHU de Besançon (256 millions), le CHU de La Réunion (230 millions), le CHU de Nantes (228 millions) et le CH de Chalon-sur-Saône (216 millions). Les CHU ou CHR dont le taux d'endettement est le plus élevé sont le CHU d'Amiens, le CHR de Metz-Thionville, le CHU de Dijon, l'AP-HM, le CHR d'Orléans, le CHU de Grenoble, le CHU de Saint-Étienne, le CHU de Besançon, les HCL, le CHU de Clermont-Ferrand, le CHU de Fort-de-France et le CHU de Nice. Pour les CH les plus importants, figurent en tête de liste, le CH de Chalon-sur-Saône, le CH du Centre Bretagne (Pontivy/Loudéac), le CH de Sarreguemines (Moselle), le CH de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne), le CH Alès-Cévennes, le CH André Grégoire à Montreuil (Seine-Saint-Denis), le CH de Rodez, le CH de Montluçon (Allier), le groupe hospitalier des Sud de l'Oise à Creil, le CH de Béthune, le CH de Saint-Lô et le CH de Flers.

Dans la suite de son rapport, la Cour des comptes confirme que « l'emballlement » de la dette des EPS a trouvé son origine « *dans les deux plans nationaux de soutien à l'investissement hospitalier qui se sont succédés au cours de la première décennie 2000* » (Hôpital 2007 et Hôpital 2012). Ces plans « *ont privilégié le recours à l'emprunt par rapport aux aides en capital, dans des proportions qui se sont accrues*

au fur et à mesure que le nombre et le montant des opérations retenues dépassaient les objectifs initiaux » explique-t-elle. Bien qu'en décroissance à partir de 2010, l'endettement net annuel est resté supérieur à 2 milliards d'euros jusqu'en 2012, année où il s'est établi à 1,6 milliard. Sur la période 2003-2012, le recours à l'endettement a finalement représenté près du tiers des moyens mobilisés par les établissements pour financer leurs investissements.

La Cour déplore que le choix des projets soutenus ait été réalisé « sans prise en compte suffisante des considérations d'efficacité qui auraient dû guider la modernisation du parc hospitalier ». À cette « défaillance » de la tutelle s'est ajoutée de la part des gestionnaires hospitaliers, « une vision exagérément optimiste de l'accroissement d'activité des établissements et de sa traduction en termes de recettes dans le système de la tarification à l'activité », ce qui a « faussé les perspectives de financement », affirme la Cour. Pour parvenir à une stabilisation de la dette hospitalière à l'horizon 2015, la Cour des comptes estime que les « principes » décidés au niveau national doivent être appliqués « avec une rigueur absolue ». Elle fait référence aux mesures d'encadrement du recours à l'emprunt, à la révision des modalités de soutien aux hôpitaux en privilégiant les aides en capital par rapport aux aides à l'endettement à la fixation d'un taux de marge brute d'exploitation aux établissements souhaitant mener à bien un projet d'investissement. Elle suggère réserver le financement des investissements par l'emprunt exclusivement aux projets permettant aux EPS d'atteindre un taux de marge d'au moins 8 %. En fait la Cour s'en tient à un discours comptable incapable de prendre en compte la réalité des besoins des établissements et des populations servies. L'absurdité sous une théorie de chiffres.

CMU, les chiffres :

Nouvelle fournée des chiffres pour 2013 émanant du Fonds CMU-C :

- Le CA des Ocam est évalué à 32,88 Milliards d'euros, en hausse de 2,3 % sur un an (1,5 % pour les mutuelles, 1,1 % pour les I.P. et 4,6 % pour les assureurs).
- 4,88 millions de bénéficiaires de la CMU-C fin 2013 (+7,5 % sur un an, mais le seuil de la prestation a été relevé de 20 % en juillet 2013). Le nombre de bénéficiaires de la CMU de base est de 2,25 millions.
- 1,612 milliards d'euros de dépenses, dont 442 milliards d'euros en soins de ville et 1,17 Md€ en soins hospitaliers. Le coût unitaire est de 438,90 €.
- 1,157178 million d'attestations ACS délivrées fin 2013 (le seuil a été relevé de 20 % l'année dernière) et 80 % de taux d'utilisation. 70 % des bénéficiaires d'ACS sont

« mutualistes », 28 % sont des assureurs et 2 % sont en I.P. Le montant moyen de l'ACS est de 282 €.

Le taux de recours à la CMU-C est de 80 %. Les effectifs de la CMU-C atteignent l'année dernière 4,9 millions (dont près de 4,4 millions au régime général). « *La progression est de + 7,5 % sur l'année, mais elle se décompose en deux périodes : avant la mesure de relèvement exceptionnel du plafond au 1^{er} juillet 2013, avec + 2,4 % pour le premier semestre, puis après la mesure, avec + 5,0 % pour le second semestre* », note le document. En France métropolitaine, 5 départements concentrent 23,9 % des effectifs (Nord, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis, Pas-de-Calais, Paris). Les moins de 20 ans représentent 44,2 % des bénéficiaires et les plus de 60 ans 4,7 % (à cause du non-cumul CMU-C/ASPA).

Minima sociaux, les chiffres de 2012

Selon la DREES, fin 2012, 3,8 millions de personnes étaient bénéficiaires d'un minimum social (+4,4 % sur un an). Le nombre de RSA a vivement progressé de 6,2 % et celui des fins de droits d'assurance chômage (ASS, Allocation de solidarité spécifique) de 11,2 %. Ces 2 minima expliquent 80 % de la hausse générale.

Les recettes du régime général de la Sécurité sociale devraient être inférieures de 1,7 milliard d'euros aux prévisions en 2014.

Les recettes de la Sécurité sociale seront moins bonnes que prévu cette année. C'est ce qu'observe le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Les ressources du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse « devraient être inférieures de près de 1,7 milliard d'euros au montant prévu dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 », votée en décembre dernier. Les prélèvements sur le capital rapportent moins Et la masse salariale, sur laquelle sont prélevées les cotisations sociales, reste relativement dynamique malgré la crise et le chômage. Elle devrait progresser de 2,2 % cette année, prévoit le rapport, un chiffre conforme aux prévisions. Si les recettes sont inférieures aux attentes, c'est dû en particulier « aux prélèvements sociaux sur le capital », qui rentrent moins bien que prévu, observe la Commission des comptes. Résultat, même avec des dépenses de santé inférieures aux prévisions, le déficit de la Sécurité sociale devrait être un peu plus élevé que prévu en 2014. Il s'établirait à 9,9 milliards d'euros au lieu des 9,6 milliards attendus en décembre dernier, et à 13,4 milliards en incluant le Fonds de solidarité vieillesse.

L'Ondam 2013 a été sous-exécuté de 1,4 milliard d'euros

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2013 s'est élevé à 174 milliards d'euros, soit 1,4 milliard d'euros de moins que l'objectif fixé en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Le déficit du régime général d'assurance maladie pourrait atteindre 6,1 milliards d'euros en 2014, conformément au solde prévisionnel inscrit dans la LFSS pour 2014, après avoir atteint 6,8 milliards d'euros en 2013 et 5,9 milliards en 2012. Les dépenses de soins de ville ont totalisé 79,4 milliards d'euros (+2 %, après +1,7 % en 2012), ce qui correspond à 1,1 milliard d'euros de moins que prévu. Cette sous-consommation de l'objectif soins de ville s'explique d'abord par un effet de base lié à la sous-exécution de 1 milliard d'euros de l'Ondam 2012, qui représente 620 millions d'euros en 2013. Deux autres postes participent à cette sous-exécution : les indemnités journalières (160 millions) en raison de la baisse de l'emploi salarié (-0,6 %) et les médicaments (240 millions, -0,3 %) qui ont enregistré une forte hausse du taux de pénétration des génériques (80 %), d'importantes tombées de brevets en 2012 et 2013 et la mise en œuvre de la mesure tiers payant contre générique. Citons aussi « le ralentissement insuffisamment anticipé des volumes de certaines autres prestations de soins », dont les honoraires médicaux et paramédicaux (55 millions d'euros), des laboratoires d'analyses médicales (40 millions) ou encore des dépenses de transports sanitaires (40 millions). « À l'inverse, certaines prestations s'avèrent plus élevées qu'attendues, c'est le cas principalement des dispositifs médicaux qui ont en effet connu une évolution très vigoureuse sur l'ensemble de l'année 2013 (+6,5 % sur le régime général), portée notamment par les dispositifs d'auto-traitement du diabète ».

Les dépenses des établissements de santé ont progressé de 2,4 % pour atteindre 76,1 milliards d'euros, soit 350 millions d'euros de moins qu'attendu, en dépit d'une surexécution de 305 millions d'euros des hôpitaux liée à un fort dynamisme des dépenses de médicaments. Ce dépassement a été compensé par de moindres dépenses des cliniques (-165 millions), une sous-consommation des enveloppes du fonds d'intervention régional (FIR, -35 millions), des mises en réserves de dotations hospitalières (290 millions), de crédits non délégués (110 millions) et des dépenses plus faibles que prévu sur le champ non régulé (60 millions). Les dépenses de l'Ondam médico-social se sont élevées à 17,1 milliards d'euros (+3,9 %). L'enveloppe destinée à la prise en charge des personnes âgées a progressé de 4,6 % à 8,4 milliards d'euros, tandis que celle visant les personnes handicapées progressait de 3,3 % à 8,7 milliards d'euros. L'objectif global de dépenses (OGD) médico-sociales a été sous-consommé de 100 millions d'euros en 2013.

Les notes de lecture

Le Corps-Marché, La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bio-économie,

Céline Fontaine dans la collection « La couleur des idées » au Seuil, en avril 2014 par Jean-Pierre Basset.

J'attire l'attention sur un livre « LE CORPS-MARCHÉ : La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bio-économie ». Son auteur, Céline Lafontaine, professeur de sociologie à l'université de Montréal, a effectué un long séjour à l'Institut d'Études Avancées à Nantes. Le titre peut laisser penser à la seule dénonciation de la marchandisation du corps en pièces détachées (sang, organes, tissus, cellules reproductives). Mais l'auteur va beaucoup plus loin, dans l'analyse d'une véritable infrastructure économique (la bio-économie) dont l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) s'est emparée pour inaugurer officiellement en 2009 un plan d'action visant à favoriser la mise en place d'un modèle de développement au sein duquel l'exploitation et la manipulation technoscientifique du vivant constituent la source de la productivité économique. Définie comme « l'application des biotechnologies à la production primaire, à la santé et à l'industrie » la bio-économie repose sur trois piliers :

- une connaissance approfondie des gènes et des processus cellulaires complexes,
- la biomasse renouvelable,
- l'intégration des biotechnologies.

C'est un modèle économique simple voulant que les organismes vivants (les humains) représentent une source d'énergie renouvelable dont on peut économiquement tirer profit. Autant dire que le système transfusionnel et l'essentiel de notre système de santé publique français sont une hérésie dans la vision OCDE et des multinationales qui s'en inspirent.

Je pense donc que ce livre s'inscrit pleinement dans les débats qui animent nos réunions séminaires et congrès. Et que devrait être éclaircie la succession de mesures opaques

orchestrées depuis 2002 pour déstabiliser notre système transfusionnel⁽⁴¹⁾.

Pour mémoire, l'affirmation au récent congrès de la FFDSB à Saint Briec, par plusieurs personnalités, que le Conseil d'État devrait suivre l'opinion de la Cour de Justice européenne favorable à Octapharma, dans l'affaire du Plasma thérapeutique « SD » indique une soumission à la logique marchande de la « bio-économie ». Un chapitre évoque le Don de Sang qui reste un cadre de référence mais qui dans la réalité (mondiale) fait l'objet d'une commercialisation ouverte ou masquée⁽⁴²⁾. Les organes transplantés eux s'inscrivent dans une logique utilitariste de recyclage du corps humain avec un commerce international (des reins par ex) par le biais du tourisme médical. La bio-économie du corps féminin fait l'objet d'un long chapitre. Il est une mine pour les industries biomédicales et de la procréation marchande. C'est pourquoi je note que le 6 juin un groupe de « 343 fraudeuses » a publié (dans

⁴¹ Pour mémoire :

- 24 octobre 2002, (gouvernement Jospin) une loi transforme le LFB en EPIC, le président Chirac promulgue la loi. Mais... Les textes d'application ne seront jamais publiés. Les connaisseurs et le lobby des fractionneurs marchands ont su bloquer le système institutionnel français
- 24 octobre 2004, le sénat vote le changement de statut du LFB... à 3 heures du matin
- 7 octobre 2007 amendement Gallez (allongement à 5 ans des AMM sur le plasma importé), l'action de la FFDSB fait retirer l'amendement par le ministre Xavier Bertrand le mercredi suivant
- 12 février 2009 à l'ouverture du débat sur la loi HPST, le rapporteur introduit un amendement, non débattu en commission, qui supprime le caractère public du LFB, mis en échec quelques jours après par l'action de la FFDSB
- 24 octobre 2009 le Président de la République en personne annonce aux dirigeants des 13 plus grandes multinationales pharmaceutiques de la planète que « le capital du LFB va être ouvert ». Mais patatras, le rapport de l'IGAS (nov. 2010) en dit l'impossibilité.

Depuis, les experts, les autorités sanitaires de l'état mettent en œuvre l'exception française de la « suspicion de Maladie de Creutzfeld Jakob sporadique » pour plomber le LFB, dernière mesure marquant : la destruction de la totalité du stock français (produit par le LFB) d'Immunoglobulines Anti-HBs au bénéfice de l'allemand « Biotest » qui produit à partir de plasma américain rémunéré issu de citoyens régulièrement « stimulés » (c'est-à-dire revaccinés avec indemnisation). Ça au moins c'est de l'éthique.

- 1^{er} janvier 2013 l'EFS arrête totalement le prélèvement de plasma en collectes mobiles
- Printemps 2014, le prélèvement de plasma reprendrait, en collectes mobiles, dans certaines régions
- Le « plasma thérapeutique inactivé au bleu de méthylène » provoque trop d'allergies selon les autorités sanitaires. Il disparaît, fin 2012, après deux ans d'expérimentation, coûteuse. Mais était produit à l'unité, par l'EFS, donc hors commerce. Concurrençait-il l'avenir du plasma SD que Octapharma va bientôt fournir grâce au jugement de la Cour de Justice Européenne ?

⁴² Dans le monde, seuls 3 pays, France, Belgique et Hollande sont totalement éthiques dans le domaine transfusionnel.

le quotidien *Libération*) un manifeste pour « l'ouverture de la PMA à toutes les femmes, sans discrimination ». À ce jour aucune riposte n'est venue de nos milieux. Mais une fois légitimée la transformation de l'AMP en PMA fonctionnant avec les ovocytes commercialisés, on aura l'air malin en expliquant que plasma, plaquettes et globules rouges, c'est sacré et qu'ils ne peuvent être commercialisés.

Bref je pense que la lecture de cet ouvrage peut éclairer les enjeux dans notre domaine, pour que le système transfusionnel, la santé en général, échappent aux calculs marchands.

Quel monde demain ?

par Jacques Bénézit, secrétaire de la rédaction de *La Pensée*.

Dans un monde où les capacités matérielles et humaines se transforment en profondeur et de façon diversifiée vers quelle gestion de la planète allons-nous ? « Puissance des firmes ou pouvoirs des peuples ? » titre le dossier de la revue *La Pensée*⁽⁴³⁾ dans sa dernière livraison de Janvier-mars. Un champ de réflexions, plus précisément centré, autour du rôle des Institutions internationales.

Qu'est-ce qui ne va pas aujourd'hui dans la gestion des affaires du monde ? La Charte des Nations – Unis fonde l'ONU comme lieu où s'unissent les efforts des peuples pour une bonne gestion de la planète explique Roland Weyl, premier vice-président de l'association internationale des juristes démocrates. Mais aujourd'hui cette institution internationale, sous la pression des puissances financières et des États à leur service, est devenue un simple instrument de gouvernance. Samir Amin, Président du forum mondial des alternatives, rappelle qu'« *il y a une stratégie politique globale de la gestion mondiale* » qui vise à l'émiettement des forces progressistes et à la pulvérisation de certains États devenus un obstacle aux visées capitalistes. Ainsi face aux droits des peuples et des institutions se met en place le « droit international des affaires » auquel l'ensemble des droits nationaux sont « invités » à se soumettre. Ce qui se répand aujourd'hui précise Adda Bekkouche, Docteur en droit international, « *a fait l'objet d'une expérimentation douloureuse [...] dans les pays du Tiers-monde au travers notamment des plans d'ajustement structurel et la spirale de l'endettement public.* » Dans cette stratégie, l'OTAN s'inscrit comme le bras armé du « droit d'ingérence humanitaire » argumente Nils Andersonn, membre du conseil scientifique d'ATTAC, qui trouve dans le « livre blanc » 2013 la volonté de la France d'être le garant des intérêts capitalistes en Afrique et dans une moindre mesure

au Moyen-Orient. Pour tenter de masquer ces atteintes aux droits des peuples les médias et les politiques préfèrent parler de « bonne gouvernance ». Une expression lexicale qui, pour Laurent Être, journaliste, s'est transformée en une idéologie de la gouvernance dans laquelle l'efficacité du capital prend le pas sur la souveraineté des peuples. Aujourd'hui, la simple régulation du système existant ne suffit plus, il s'agit de construire des alternatives nous dit François Houtart, sociologue, qui développe sa pensée sur l'édification d'une « déclaration universelle du bien commun de l'humanité » pour une nouvelle vie collective sur la planète.

À lire aussi, parmi les articles publiés dans ce numéro, l'analyse de Suzanne Ravis-Françon sur le livre de Pierre Juquin *Une biographie d'Aragon* et celle de Jacques Annequin autour de l'ouvrage d'Olivier Grenouilleau *L'échange, le marché, le capitalisme*.

Contribution : les rapports de Denys Robillard, acte 2

par Jean-Pierre Martin

Le rapport d'information *la Santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* de la mission sur la santé mentale de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, pilotée par Denys Robillard, présente un intérêt majeur car, pour la première fois, depuis le rapport Demay de 1982, *Une voie française pour une psychiatrie différente*, c'est un débat porté par le politique.

De nombreux autres rapports ont été faits depuis 30 ans, dont la principale fonction semble d'avoir été d'effacer ce rapport Demay élaboré par un réel travail d'élaboration démocratique entre professionnels, resté dans les tiroirs du politique. Il se différencie également du rapport Piel-Roelandt qui, élaboré dans un cadre technique ministériel, est resté peu discuté par les professionnels de la psychiatrie.

Le premier intérêt de ce rapport Robillard est la relance d'une politique de secteur psychiatrique non segmentée en structures sans liens avec le social, les élus locaux et la médecine générale. Dans cette logique il appelle à la mise en place de comités de locaux de santé mentale comme un lieu clé pour le mettre en place et l'accompagner. Le deuxième est de relancer la réflexion sur la place des associations d'usagers et des familles, mais aussi des GEMS et des pairs aidants, comme partie prenante des élaborations de santé mentale. Elle met également en évidence l'intégration réelle de l'accès aux soins des précaires, les soins en prison et les alternatives en logements. Un troisième intérêt peut être relevé dans l'analyse qui est faite des dysfonc-

43 Numéro 377 Janvier-mars 2014, 19 euros, à commander sur le site de la Fondation Gabriel Péri.

tionnements de l'application depuis 1972 de la politique de secteur, moment où elle devient réglementaire. Ces dysfonctionnements font référence au manque de pilotage de son application et aux résistances mêmes des acteurs administratifs et professionnels. Mais résistance à quoi ?

Si des conservatismes corporatistes sont réellement à l'œuvre, une réflexion critique ne peut s'arrêter là quand on constate :

- le non-engagement des idéaux du secteur d'en faire un outil de soin élaboré démocratiquement avec le politique, les acteurs du social et de l'associatif et les populations concernées. Dans cette perspective, ce rapport n'explique pas l'historicité du secteur, aucune référence n'est faite à ceux qui l'ont élaboré, ni aux changements de la société. Il est donc acritique sur la fonction du politique et des conditions de la légalisation par les lois de 1985 et vient légitimer son premier rapport, acte 1, de toilettage de la loi du 5 juillet 2011, qui maintient le soin dans sa dimension sécuritaire.
- Le faire c'est d'en montrer la dérive médico-administrative restée hospitalo-centrique, son enfermement dans une définition strictement liée au domicile et dans le maintien de pratiques de contraintes. Le faire est d'engager un bilan critique des pratiques actuelles managériales, de la loi HPST accompagnée par le rapport Couty, qui loin de la qualité des soins qui est dans leur créativité la réduit à des protocoles de gestion.
- l'inanité des programmes publics-privés qui font peser sur les contribuables le coût exorbitant de loyers de longue durée, une gestion managériale d'entreprise des services publics sur les soins et aussi le glissement des services soignants et logistiques vers le marché privé et associatif. On ne peut que constater que l'industrie pharmaceutique est la grande gagnante sur ce marché ; elle impose même des pratiques de soins à travers les protocoles médicamenteux. La mutualisation entre établissements sous la forme de CHT en est le paradigme gestionnaire.

Ceci nous amène donc à interroger de quel secteur psychiatrique nous parlons ?

Le rapport Demay proposait un dépassement de l'hospitalocentrisme par des établissements locaux de santé mentale. Cela posait clairement le secteur comme un outil de soin géré sur le territoire civique de base, là où se déroulent des négociations et des élaborations démocratiques en fonction des besoins et de leurs évolutions.

Il reliait également le soin à sa dimension de psychothérapie institutionnelle qui ne s'arrête pas aux murs des établissements. Cette référence absente dans le rapport Robillard qui donne à l'hôpital et l'ensemble des dispositifs sur le terrain sa dimension soignante au même titre

que les psychothérapies individuelles ou familiales, est une façon de l'enfermer dans la seule responsabilité technique médicale. Celle-ci est dans les faits de plus en marginalisée dans les nouvelles gouvernances actuelles, où la relation devient une accumulation d'actes évaluables, parcellisation des tâches en lieu et place de la diversité de situations imprévisibles qui font la vie soignante. Ce contenu des soins est plus qu'un outil technique, il donne le sens du travail en commun, que le seul projet écrit de service n'explique pas dans ses pratiques. Sa dégradation du travail institutionnel actuelle est bien l'effet de leurs coûts évaluables mais aussi dans la montée des réponses de contrainte, comme le rapport les décrit précisément, à la suite des constats du contrôleur des libertés et de la détention. La prescription médicale n'a de sens que dans un travail collectif pour la mettre en œuvre et éventuellement la modifier, l'adapter à ce qui se passe. La contention dans cette approche institutionnelle devient exceptionnelle, d'ailleurs nous avons travaillé 30 ans les portes ouvertes et sans réelles chambres d'isolements sans d'incidents majeurs répétés. Nous en sommes loin aujourd'hui. Le rapport Demay est évidemment à actualiser avec ce qui s'est passé depuis 30 ans, mais celle-ci passe d'abord par la reconnaissance de la dimension politique des soins en psychiatrie et un débat global sur les contenus du soin, son éthique relationnelle et la dimension d'insertion de ceux qui sont exclus par la maladie. De ce point de vue la restriction des libertés par la contrainte devrait être, comme le rapport Robillard l'écrit : exceptionnelle.

La psychiatrie est-elle réductible à une santé mentale dite positive, dont la finalité est clairement l'accompagnement social des soins, notre réponse est non ! Les différents plans de santé mentale au-delà de leurs affichages s'avèrent d'abord des plans de restructuration financiers, où la mutualisation glisse d'une meilleure articulation des soins à une baisse des moyens justement utiles à cette meilleure articulation. À l'opposé nous soutenons :

- Face à un accès aux soins aujourd'hui à flux tendu ce qui signifie un recul des pratiques d'accueil, la fonction d'accueil est un élément essentiel de l'accès aux soins, qui ne se résume pas à un acte médical diagnostic et de traitement. Dans les grandes villes de nombreux centres d'accueil se sont créés depuis les années 80-90. Beaucoup actuellement ont disparu sur des critères budgétaires ou recentrés sur les urgences médicales psychiatriques. Nous soutenons donc avec le secteur un accueil qui soit une permanence 24 heures sur 24 reposant sur le temps à prendre pour instaurer un début de relation avec le patient et son entourage. Sa dimension mobilise la subjectivité et un prendre soin à visée thérapeutique, à son consentement, ce qui limite le nombre des réponses d'hospitalisation d'emblée et les mesures de contraintes.

- Face à l'essor d'équipes mobiles qui s'avère un modèle réduisant le secteur aux stricts soins thérapeutiques, un outil plus technique que généraliste, le secteur est un dispositif mobile « allant vers », qui justement nécessite l'articulation du soin, d'un prendre soin avec le social, les associations et les élus locaux. Les équipes mobiles précarité et celles concernant les personnes âgées sont donc à resituer dans cette perspective sectorielle ou intersectorielle.
- Face à l'explosion du nombre de patients se retrouvant en prison, leur suivi est directement nécessaire par les équipes de secteur qui feront la continuité des soins à la sortie. Les UHSA sont à l'opposé un double enfermement sécuritaire, stigmatisation qui éloigne de cette continuité et productrice de refus de soins.
- Malgré la reconnaissance politique en 2002 des associations de patients et de familles, celles-ci restent marginales par le manque de moyens et de réels soutiens institutionnels. C'est donc bien leur intégration comme ressources des soins et des droits qui est à mettre en œuvre.
- Malgré une réelle explicitation de l'évolution de la pédopsychiatrie, qui se pratique à 97 % en ambulatoire et institutions semi-privées à but non lucratif: le CMPP, avec des progrès réels sur le plan de la scolarisation, nous sommes loin du compte quant au développement des intersecteurs publics, ce qui peut expliquer le constat des délais d'attente pour la moindre consultation. Si le rapport souligne la création de maisons pour adolescents il l'aborde peu du côté de la clinique référée en permanence à la santé mentale. Il s'inscrit manifestement dans les « bonnes pratiques » de l'HAS dont la sinistre recommandation contre la psychanalyse à propos de l'autisme. Cependant il reprend la question de la contrainte sans contrôle et du consentement aux soins des mineurs, abordée dans les auditions par le Syndicat de la magistrature. Entre l'autorité parentale et le rôle des juges des enfants, nous avons une position à élaborer.
- Malgré la pseudo-découverte du logement d'abord et de la notion de rétablissement, qui fait l'impasse sur 50 ans d'histoire d'appartements associatifs et de maisons communautaires où la présence soignante venait étayer la dimension d'habiter pour les psychotiques avec leurs symptômes. C'est donc d'une réelle politique globale qui est à mettre en œuvre avec ses acquis antérieurs, et la formation des intervenants sociaux et associatifs à sa réalisation. Avoir un logement est un facteur de socialisation, mais un acte thérapeutique en soi. Une telle politique nécessite évidemment son intégration dans celle du logement social afin que le logement passerelle se prolonge réellement vers un chez soi.
- Malgré le développement d'ESAT souvent une forme de travail sans intégration à un emploi, la création d'entreprises solidaires est à promouvoir et à défendre là où

elles existent encore. En effet nombre de créations de ces 40 dernières années ont fermé par manque de rentabilité, dans une logique cynique de marché qui est à l'opposé de leurs finalités. Cet accès ou ce retour à un emploi suppose également l'accès à des formations qualifiantes quand la vulnérabilité du sujet le permet.

Les comités locaux de santé mentale et leurs approches culturelles, sont donc un outil d'élaboration incontournable dans une politique de secteur généraliste. Mais contrairement à ce que proposait le rapport Couty de 2009 ils ne peuvent être un outil gestionnaire des structures de soins ou de santé mentale, qui relèvent d'établissements publics de santé mentale et des coordinations départementales. Ils ont une fonction d'observatoires des besoins et des pratiques.

Enfin, le rapport Robillard se caractérise par son absence de prévision des moyens à le mettre en œuvre, si ce n'est un énième appel à plus et mieux de coordination entre les acteurs, sans réellement tirer de premier bilan sur les effets destructeurs de l'application de la loi HPST, sous la houlette des ARS. Nous sommes là dans sa contradiction essentielle à un moment où les moyens disparaissent par mutualisation, fermetures, et le non-remplacement des soignants qui partent. C'est bien le service public de psychiatrie qui est en danger.

La question des financements suppose une volonté politique centrale que seule une loi d'orientation pour la psychiatrie et la santé mentale peut porter. Elle suppose de partir d'un relevé des besoins régions par régions, départements par départements, ce qui permettra de traiter réellement les graves disparités soulevées par le rapport. Une telle loi nécessite donc une véritable élaboration démocratique à tous les niveaux qui ne correspond pas à la nature des ARS actuelles et passe par l'abrogation de la loi HPST et la loi du 5 juillet 2011 aménagée par celle du 27 septembre 2013.

Une telle loi d'orientation, et ce sera notre conclusion, passe donc par des moyens importants à introduire dans l'ONDAM dont les députés et les sénateurs sont les votants. La finalité en est une psychiatrie humaine et démocratique avec son versant social: une politique de santé mentale.

Les courriers des lecteurs

Caisse d'allocations familiales des Bouches-du-Rhône : Les technologies de l'information contre les usagers et les salariés.

Par *Luc Foulquier*

Voilà comment les choses se passent. Vous supprimez du personnel et vous réduisez les moyens pour faire des économies. Résultat : les cadences augmentent pour les employés et les difficultés pour les usagers sont nombreuses. Pour des milliers de gens, il s'agit d'avoir accès au RSA, aux allocations logement... Ce sont des services et des droits pour une population parmi les plus en difficulté (400 000 bénéficiaires dans les Bouches-du-Rhône). Des dizaines de milliers de dossiers sont en souffrance depuis plusieurs années. Le personnel qui les gère n'en peut plus, celui qui accueille les gens n'arrive pas à répondre à la demande. Et les directives tombent sans concertation sur « l'organisation » du travail !

Devant les établissements de la CAF, cela risque de tourner mal. Alors la direction agit : les portes sont fermées au public, afin que le personnel puisse résorber le retard. Il est demandé à l'utilisateur d'appeler un numéro de téléphone « vert » (aller savoir pourquoi cette couleur ?) ou internet pour prendre les rendez-vous. Même les personnes maîtrisant cet outil ont du mal à s'y retrouver, d'autant plus que c'est un vrai labyrinthe de démarches à accomplir pour accéder à ses droits. Quel combat pour avoir un interlocuteur ! C'est devenu général dans tous les « services » publics. Mais dans le cas présent avoir son dossier en ordre, c'est disposé souvent du seul moyen d'existence. Si le rendez-vous est obtenu, c'est souvent loin du domicile et il ne dure que 15 minutes, si vous êtes sûr de n'avoir oublié aucun papier. Vous pouvez aussi utiliser « Facebook »... Bref, tout est fait grâce aux « technologies » pour alléger la charge des agences et réduire le personnel. En fait, on reporte sur les usagers le travail en faisant « moderne » (comme au supermarché ou aux impôts).

La vie se complique par manque de contacts humains et plus vous êtes pauvres plus elle se complique. La casse des services publics c'est aussi cela. Devant cette « dématérialisation » qui serait par principe un progrès, c'est la suppression de personnel, la perte de temps, le sentiment du travail mal fait... Et la colère. Mais ne vous inquiétez pas dit la direction, « nous mettons en place un service et un accueil sur rendez-vous pour une réponse personnalisée ». Rendez-vous compte qu'il y a environ 4600 demandes de visite par jour dans le département !

Ce n'est ni réaliste, ni supportable, c'est indigne.

Sur les attaques contre les certificats médicaux dans le contexte des atteintes professionnelles à la santé mentale.

Par *Philippe Davezies, enseignant-chercheur en médecine et santé au travail à l'Université Claude Bernard Lyon 1.*

La multiplication des actions des employeurs auprès du conseil de l'ordre, afin d'obtenir la condamnation de certificats médicaux les impliquant, suscite une forte émotion et l'émergence d'une mobilisation contre la manière dont l'ordre y répond. Cependant, la façon dont cette affaire est analysée dans les diverses prises de position relayées par la presse ne permet pas de percevoir clairement la nature du problème et rend douteuse la perspective d'une sortie positive. Après avoir expliqué ce qui nous conduit à cette évaluation pessimiste, nous tenterons de proposer un autre abord du problème.

Une attaque contre l'attestation du lien santé-travail ?

La mobilisation sociale autour des affaires se développe dans un registre assez simple. L'article d'Ivan du Roy dans *Basta* donne bien le ton. La possibilité, pour les médecins du travail, de certifier des liens entre santé et travail serait soumise à une offensive conjointe du patronat et du conseil de l'ordre.

« L'objectif : obliger les médecins à changer leurs certificats pour que les employeurs puissent produire de nouvelles pièces, moins dérangeantes, voire effaçant tout lien entre santé et travail ».

« Aujourd'hui, c'est la mission des 5 666 médecins du travail, et de leurs confrères consultés par un salarié, qui risque d'être fortement amputée, si certifier médicalement tout lien entre santé et activité professionnelle est passible de poursuites ». « La santé au travail est la sentinelle de la santé environnementale », rappelle Dominique Huez. Les salariés sont les premiers à être confrontés et exposés à des produits dangereux, avant les consommateurs. Le devoir d'alerte en la matière est donc essentiel »⁽⁴⁴⁾.

Dans son numéro de janvier 2014, la revue *Santé et Travail* développe le même argumentaire sous le titre « Une médecine en bon Ordre ? » : « Plusieurs professionnels ayant établi un lien de causalité entre le travail et la santé sont également concernés par des procédures disciplinaires ». « Ce qui se joue, c'est le droit légitime de tout travailleur à une information du médecin du travail sur les risques qu'ils courent personnellement et les effets qu'ils entraînent sur sa santé »⁽⁴⁵⁾.

44 <http://www.bastamag.net/Souffrance-au-travail-de-plus-en-plus>
45 E. Berger : Une médecine en bon ordre. *Santé et Travail*, n° 85 janvier 2014, p17.

Le thème qui revient en permanence est limpide : le conseil de l'ordre prétend interdire d'attester des liens entre le travail et les atteintes à la santé. On comprend que, posée ainsi, cette affaire suscite une forte émotion et l'appel à la mobilisation des forces sociales. Le rappel des origines du conseil de l'ordre et la mémoire des positions réactionnaires qu'il a pu tenir dans le passé donnent une crédibilité à l'analyse et permettent de faire de l'ordre la cible principale de la mobilisation.

Il faut pourtant revenir aux données du débat. Que les employeurs souhaitent contester les certificats des médecins ne fait pas de doute. Qu'il y ait, au sein du conseil de l'ordre, des individus peu sensibles aux questions de santé au travail, c'est probable. Mais cela ne signifie en aucune façon que le conseil de l'ordre soit en position d'interdire d'attester des liens entre la santé et le travail et encore moins de sanctionner les médecins pour ce motif. En effet, il faut faire la différence entre le conseil de l'ordre comme groupement corporatiste et son fonctionnement comme instance disciplinaire référée aux normes du code de santé publique. Peut-être, donc, n'est-il pas inutile de rappeler comment fonctionne ce contentieux. Toute personne qui a le sentiment d'avoir à se plaindre d'un médecin peut s'adresser au conseil départemental de l'ordre. Ce dernier est tenu d'enregistrer la plainte, de prévenir le médecin impliqué et d'organiser une conciliation dans un délai d'un mois (Article L 4 123-2 du code de la santé publique).

À ce stade, on se trouve bien en face du conseil de l'ordre, mais il ne s'agit pas d'une juridiction. Il n'y a pas de jugement, simplement une fonction d'intermédiation prescrite par la loi, à laquelle, au demeurant, le plaignant est libre de participer ou non. C'est à l'issue de cette étape, et en cas d'échec de la conciliation, que le conseil départemental doit transmettre la plainte à la chambre disciplinaire de première instance qui se tient au niveau du conseil régional de l'ordre. Dès lors que l'on arrive à la chambre disciplinaire, on entre dans un autre univers. La chambre disciplinaire de première instance est bien constituée par des conseillers de l'ordre, mais elle est présidée par un membre du corps des conseillers des tribunaux administratifs nommé par le vice-président du Conseil d'État. La chambre disciplinaire d'appel, au niveau national, est présidée par un conseiller d'État et les recours en cassation sont formés devant le conseil d'État. Cela signifie que l'on ne se situe plus dans une logique assujettie aux opinions diverses qui peuvent traverser le conseil de l'ordre mais dans le cadre de la juridiction administrative. Cela signifie surtout qu'il est impossible que cette juridiction sanctionne, en tant que telle, l'attestation par un médecin d'un lien santé-travail, dans la mesure où, cela imposerait de bouleverser tout un pan du droit, et parce que ces mêmes magistrats des tribunaux administratifs sont amenés, ailleurs, à prendre en considération de telles attestations pour fonder leurs avis.

En réalité, le problème est un peu plus compliqué. Le conseil de l'ordre ne condamne pas les médecins pour avoir attesté de l'existence d'un lien santé et travail. Les condamnations portent sur la forme des certificats, dans le cas particulier des pathologies psychiques. Les jugements prononcés incitent donc à examiner en détail cette question.

Des injonctions contradictoires en matière de rédaction des certificats.

Le problème ne concerne pas la véracité des faits avancés dans le certificat mais ce que le médecin est en droit ou non de certifier. La position de l'ordre est claire et constante, et elle est suivie par l'instance disciplinaire. Le certificat est l'équivalent d'un témoignage écrit. Le médecin ne peut certifier que des *Faits Médicaux* qu'il a *Personnellement Constatés*. Cette exigence est logique : par définition, un certificat atteste d'un fait⁽⁴⁶⁾. Il n'est pas possible de remettre en question ce principe sans saper la valeur probante des certificats. La nécessité de s'en tenir aux faits est particulièrement soulignée dans le cas où un tiers est susceptible d'être impliqué dans la dégradation de la santé. Le modèle est ici celui du certificat médical dans le contexte d'un divorce, qui représente 80 % des certificats attaqués auprès du conseil de l'ordre. En la matière, l'ordre recommande une extrême prudence : « *En matière de divorce, le meilleur certificat est celui que l'on n'écrit pas* »⁽⁴⁷⁾. Les jugements et interprétations ne sont pas des faits, ils sont susceptibles de donner lieu à des appréciations divergentes ; ils ne peuvent être certifiés. Une consigne est donc systématiquement répétée : « *Aucun tiers ne doit être mis en cause : c'est une règle fondamentale* »⁽⁴⁸⁾.

Pour l'ordre, ces principes ont vocation à s'appliquer en toutes circonstances et donc, y compris aux conflits professionnels : « *S'il accepte néanmoins de délivrer ce certificat, le médecin devra être très prudent dans la rédaction. Il lui est interdit d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles... Et l'état de santé présenté par le patient* »⁽⁴⁹⁾. « *Cependant, le médecin doit se garder d'attribuer la responsabilité des troubles de santé, physiques ou psychiques, constatés, au conflit conjugal, familial (article 51) ou professionnel dont le patient lui a fait part. [...] Il n'a pas plus à authentifier, en les notant dans le certificat sous forme de « dire du patient », les accusations de celui-ci contre un*

46 Dictionnaire historique de la langue française. Robert.

47 P. Garat, J. M. Faroudja : Certificats : principes et risques. L'ITT pénale : qu'est-ce que c'est ? Les Entretiens de Bichat 14 sept. 2012.

48 Voir supra

49 Boissinet Rougemont. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006. Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement.

tiers, le conjoint ou l'employeur »⁽⁵⁰⁾. « Si des doléances sont rapportées, le médecin pourra en faire état; mais avec circonspection. Il ne peut prendre à son compte ce qui est dit en matière de circonstances de blessures ou de harcèlement au travail. [...] Si des lésions sont constatées rien ne permet d'ailleurs de les rattacher aux circonstances rapportées... Et, à plus forte raison, s'il s'agit d'agressions psychologiques alléguées. C'est pourquoi le médecin doit se contenter de décrire ce qu'il voit tel jour à telle heure, [...] »⁽⁵¹⁾.

Les principes sont clairs : un certificat ne peut viser que des faits constatés. En donnant à ses jugements et interprétations la forme du certificat, le médecin s'expose à se voir accusé de produire un rapport tendancieux ou un certificat de complaisance, interdits par l'article R.4127-28 du code de la santé publique. Bien saisir la solidité et la rationalité de ces principes permet de mesurer à quel point ils sont inadaptes dès lors que l'on aborde les questions de santé au travail.

Le trouble apparaît dès que l'on considère le formulaire Cerfa S6909c du certificat médical pour accident du travail ou maladie professionnelle. Il n'impose pas seulement au praticien de décrire l'état de la personne. Le praticien doit cocher une case qui indique qu'il s'agit d'une maladie d'origine professionnelle. Ce faisant, il prend position sur une exposition professionnelle qu'il ne connaît, sauf s'il est le médecin du travail, que par les dires du patient, et ses propos engagent bien la responsabilité d'un tiers : le chef d'entreprise.

Donc, dans les actes administratifs les plus banalisés, il apparaît qu'il est demandé au médecin de déborder le domaine sacro-saint des *Faits Médicaux Personnellement Constatés* pour se prononcer sur la nature de l'exposition et sur l'existence d'un lien causal. La question devient beaucoup plus aiguë en cas de décompensation psychique due au travail. Le processus administratif de reconnaissance de la pathologie professionnelle impose la mise en évidence, par le médecin, d'un lien direct et essentiel entre l'organisation du travail et les atteintes à la santé. Le médecin est donc obligé de franchir un cran de plus dans la prise de distance avec les principes du code de déontologie. Comme dans le cas de la maladie professionnelle ordinaire, il va fonder son certificat, en partie, sur des éléments qui lui sont rapportés, mais il ne peut plus l'adosser sur la présomption d'origine qui sous-tend la rédaction du tableau de maladie professionnelle, il lui faut s'engager personnellement pour attester d'une relation causale.

Sans pour autant remonter jusqu'à la critique de Hume, il est toujours possible de mettre en question une relation causale. A fortiori en matière psychologique et sociale, une relation causale n'est pas affaire de faits observables mais, au premier chef, d'interprétations de la part du patient et de la part du praticien. La compréhension de la décompensation impose de percevoir la façon dont une trajectoire biographique a été percutée par un conflit de normes qui trouvait son origine dans l'organisation du travail. Elle nécessite un travail de mise en récit avec la victime et une attention à la dynamique comme aux failles de l'élaboration.

Le médecin qui souhaite s'engager dans le processus de reconnaissance en maladie professionnelle va donc rédiger un certificat, comme dans le cas standard de la maladie prévue par les tableaux de maladie professionnelle, mais il ne peut pas se contenter de mettre une croix dans une case pour signifier qu'il considère que le travail est en cause. Il doit rendre compte des éléments qui lui permettent de considérer qu'il existe une relation causale solide et donc reprendre les éléments du récit qui fondent sa conviction.

Au total, pour rédiger un certificat en vue de la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une pathologie psychique, le médecin doit donc nécessairement :

- prendre en compte, comme dans le cas standard, des éléments d'exposition qui lui sont rapportés,
- se prononcer sur la causalité,
- mettre en cause la responsabilité de l'employeur,
- mobiliser pour cela, non seulement, ses capacités d'analyse, mais aussi sa propre subjectivité.

À l'issue de ce processus, il aura donc péché quatre fois contre les principes qui encadrent la rédaction des attestations et certificats médicaux. Ce caractère ambigu du certificat en matière de pathologie professionnelle est pris en considération par le dispositif social qui l'entoure. Le certificat médical n'est pas considéré en référence à la version dure que soutient le conseil de l'ordre. Il est discuté, car il est perçu comme une proposition d'interprétation de la réalité. On discute une interprétation, on ne discute pas un fait attesté. Dans le cas standard, le médecin-conseil de la sécurité sociale va réexaminer la question et, le cas échéant, diligenter une enquête. En cas de psychopathologie, c'est le CRRMP qui va se prononcer et décider si la causalité est établie de façon suffisamment solide. Tout cela ne signifie pas que les principes défendus par le conseil de l'ordre pour la rédaction des certificats soient sans valeur. Cela montre simplement, qu'il existe une contradiction entre, d'un côté, les exigences formelles nécessaires pour préserver la valeur juridique des certificats et, de l'autre, les missions qui sont dévolues aux médecins en matière de santé au travail par le dispositif de prise en charge des maladies professionnelles et donc par tout un corpus réglementaire.

50 Commentaire de l'ordre sur l'article 76 du code de déontologie. < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-76-delivrance-des-certificats-300> >

51 J.-M. Faroudja : Certificats... Attention aux pièges ! Entretiens de Bichat 30 sept. 2011.

S'il entendait respecter scrupuleusement les principes énoncés par le conseil de l'ordre, aucun médecin ne pourrait lancer une procédure en vue de la reconnaissance d'une dépression en maladie professionnelle. Le médecin a donc le choix entre jouer comme il peut avec les contraintes formelles de la rédaction des certificats ou s'abstenir et renoncer à remplir la mission qui lui est confiée, au risque, pour ceux qui sont médecins du travail, de devoir répondre de cette abstention devant d'autres tribunaux.

Certains ont choisi de résoudre cette contradiction en délivrant deux documents distincts : un certificat laconique du genre « *Des éléments précis et concordants sont en faveur de l'existence d'un lien direct et essentiel entre les conditions de travail et la décompensation anxio-dépressive* », accompagné d'un courrier au médecin traitant, avec copie au patient, expliquant, dans le détail, l'ensemble des éléments qui permettent de soutenir cette prise de position-courrier que le patient pourra décider de joindre au dossier s'il s'engage dans un contentieux. C'est là une façon de tenter de résoudre la contradiction : le certificat atteste de la conviction d'un lien causal. Le courrier, qui n'a pas valeur de certificat, fournit les éléments qui fondent l'analyse. Ce dispositif offre moins de prise à l'attaque pour transgression de la déontologie, et, lorsque ça se produit, la défense est relativement facile. Ce type de stratégie témoigne néanmoins de la nécessité de naviguer entre les écueils que nous avons évoqués. Et, même dans ce cas, le certificat triche avec la définition stricte d'un fait, tel que l'entend le conseil de l'ordre.

D'autres s'en débrouillent autrement et certains produisent des documents mixtes qui s'efforcent de remplir les deux fonctions et qui de ce fait donnent prise aux attaques. Mais il ne faut pas s'étonner de ces tâtonnements : ni le code de déontologie, ni ses interprétations par le conseil de l'ordre ne fournissent les repères utilisables pour la pratique, dans cette situation où les médecins se retrouvent au confluent de logiques professionnelles contradictoires. Il est donc possible d'aborder de deux façons l'offensive en cours contre les certificats.

Deux orientations possibles

La voie choisie consiste à affirmer que le conseil de l'ordre prétend interdire d'attester du lien santé-travail. Cette montée en généralité permet de hisser le conflit au niveau de la bataille sociale. Cela lui donne une forte visibilité et suscite un mouvement de solidarité. Mais ce déplacement est coûteux à plusieurs titres. On ne voit pas bien vers quelle victoire la mobilisation pourrait conduire ? À aucun moment on ne pourra faire revenir le conseil de l'ordre sur cette interdiction d'attester du lien entre santé et travail, puisque tel n'est pas le motif des condamnations, puisque, même dans le cas où il le souhaiterait, il lui serait impossible de faire condamner un médecin pour ce motif. Il ne

sera pas plus possible – et ce n'est, à mon sens, pas souhaitable – d'obtenir, de sa part, un renoncement à l'exigence selon laquelle un certificat médical doit témoigner de faits personnellement observés.

En revanche, le fait de véhiculer l'idée selon laquelle les médecins du travail pourraient être condamnés pour avoir attesté du lien santé – travail a des conséquences négatives. Un nombre important de personnes est maintenant convaincu que le médecin du travail peut être condamné pour avoir attesté du lien santé - travail. Cela m'a été rapporté par une patiente en consultation : « Mon médecin du travail m'a dit qu'il ne pouvait pas s'avancer plus, car le conseil de l'ordre poursuit les médecins qui attestent du lien santé - travail ». Après vérification, il apparaît que cette fable circule parmi les médecins des services de santé au travail : le conseil de l'ordre attaque les médecins qui certifient le lien santé - travail ! Cela a beau être faux, cela produit des effets.

C'est ce contexte imaginaire qui permet d'interpréter la plainte déposée contre Le Professeur Choudat pour avoir rédigé un certificat de déclaration de maladie professionnelle concernant un travailleur exposé à l'amiante et victime d'un mésothéliome. Cette affaire a pu être présentée comme une preuve supplémentaire de l'existence d'une stratégie concertée du patronat. Mais, il est difficile d'imaginer une attaque plus stupide et plus inévitablement vouée à l'échec. Le seul scénario raisonnable est qu'il s'agit d'un effet de la diffusion de cette fiction selon laquelle l'ordre interdirait d'attester du lien santé - travail. Ayant appris cela, un avocat a trouvé intelligent de déposer plainte. Cette action imbécile a évidemment tourné court, l'avocat a été obligé de ravalier sa plainte et de s'excuser lors de la conciliation. Tout le contraire, donc, d'une stratégie patronale soigneusement concertée, mais tout de même une alerte sur les effets perturbateurs de la fiction mise en circulation pour rendre compte du conflit en cours.

L'autre façon d'aborder le conflit consisterait à prendre au sérieux la question de forme mise en avant par le conseil de l'ordre. Parce que ces questions de formes ont une réelle importance, mais aussi parce qu'il est facile de démontrer que les collègues condamnés sont soumis à des injonctions contradictoires par différents pans du dispositif réglementaire. Or, il est manifeste que, contrairement à sa mission, le conseil de l'ordre ne fournit aucun principe qui permette de sortir de cette contradiction. L'épisode actuel montre qu'il s'y trouve lui-même empêtré : alors que, dans les textes cités plus haut, il affirme qu'il est interdit au médecin d'attester d'une relation causale entre les difficultés professionnelles et l'état de santé présenté par le patient, le caractère intenable de cette position le contraint à cantonner ses attaques à des questions de forme.

Dans un contexte aussi flou, le fait que des praticiens s'exposent en donnant les arguments sur lesquels ils fondent leur avis témoigne plutôt, de leur part, d'un souci de rigueur professionnelle. Les sanctionner pour cela apparaît très discutable. Les condamnations témoignent d'une application formelle et unilatérale de principes abstraits, sans réelle prise en considération de la situation dans laquelle se trouvent les praticiens, et elles fragilisent encore cette position, comme en témoigne l'émergence d'appels à la curée du côté des avocats patronaux⁽⁵²⁾.

En posant le problème de cette façon, il est possible de développer un argumentaire pour la défense des collègues incriminés. Au contraire l'attitude qui consiste à contourner, comme sans importance, la question de la forme des certificats – et donc à ne pas porter la discussion sur le nœud de contradictions qu'elle constitue incitera nécessairement la juridiction administrative à sanctionner pour maintenir les exigences générales qui garantissent la valeur probante des certificats. Mais surtout, cela permet de traiter l'affaire comme un problème de travail : problème de travail pour les médecins, mais aussi exigence de travail sur ses propres normes par le conseil de l'ordre.

Une clarification de ces questions recèle un potentiel de développement des capacités professionnelles des praticiens impliqués par les questions de santé au travail. Au contraire, en ne posant pas la question comme un problème de travail, mais en la situant d'emblée dans le registre de l'affrontement social, la montée en généralité tend à transformer la déclaration de pathologie professionnelle en une activité héroïque. C'est un résultat qu'il est absolument nécessaire d'éviter, car nous avons besoin de professionnels, pas de martyrs.

52 <http://rocheblave.com/avocats/certificat-medical/#>

Les documents

Document unique :

Communiqué du Mouvement de Défense des Hôpitaux Publics

23 avril 2014

Force est de déplorer les réponses catégorielles pour ne pas dire corporatistes des différents secteurs de la santé face au plan de réduction de 10 milliards des dépenses de santé annoncé par le gouvernement. Tout le monde est favorable aux économies à condition qu'elles soient faites par le voisin. Chacun explique que les autres peuvent faire de grands efforts et dans une belle unanimité les syndicats de médecins libéraux, la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et le MEDEF montrent du doigt l'hôpital public, qui représente à lui seul non pas 50 %, comme ils disent, mais 34 % du budget de la Sécurité sociale. Pourtant les effectifs des hôpitaux publics ont diminué d'au moins 20 000 au cours des 5 dernières années, cependant que les passages aux urgences hospitalières ne cessaient d'augmenter dépassant les 17 millions par an.

Le MDHP estime que les économies doivent respecter les principes suivants :

1) Il ne faut plus diminuer les dépenses publiques en augmentant les dépenses privées (montant des primes d'assurances complémentaires, subvention des contrats collectifs d'assurance santé d'entreprises, reste à charge des patients secondaires à une sous-valorisation du secteur 1). L'augmentation de la dépense privée non seulement aggrave les inégalités mais coûte finalement plus cher à la collectivité et diminue lourdement l'efficacité de notre système de santé.

2) Les économies ne doivent porter ni sur la recherche ni sur les investissements et la modernisation de notre système de santé (notre pays manque dramatiquement d'IRM). Les économies doivent porter sur le fonctionnement, l'organisation, la gestion et la réduction des rentes versées aux industriels de la santé (cf. l'affaire Lucentis/Avastin).

3) Il faut que la Sécurité sociale et la Haute Autorité de santé (HAS) définissent un « panier de soins » solidaire et que la Sécurité sociale cesse de rembourser des prescriptions non justifiées (médicaments remboursés à 15 ou à 35 %, cures thermales, médecines dites alternatives, médicaments princeps quand il existe dans la même classe des génériques ayant le même rapport bénéfice/risque...). Il est grand temps que la France adopte un modèle médico-économique d'évaluation des nouveaux médicaments et dispositifs médicaux.

4) Il faut utiliser les données de santé pour analyser avec les professionnels les disparités des pratiques médi-

cales régulièrement dénoncées par la Sécurité sociale et la Fédération hospitalière de France (FHF), pour discuter avec les professionnels concernés comment réduire ces disparités, et pour mieux évaluer la pertinence des soins et des techniques mises en œuvre.

5) La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques suppose une révision de la tarification à l'activité (T2A) et du paiement à l'acte, qui incitent à la multiplication des actes et à la concurrence au lieu de promouvoir la concertation entre la ville et l'hôpital, et entre les professionnels de santé, notamment entre médecins et infirmières.

6) Il faut en finir avec ce système absurde où chaque médecin hospitalier doit choisir entre défendre la Sécurité sociale ou défendre son hôpital, et où les soignants doivent toujours faire plus (T2A oblige) avec toujours moins de moyens (respect de l'ONDAM oblige). La souffrance des soignants a pour conséquence la dégradation de la qualité des soins. La France a reculé à la 9^e place dans l'évaluation internationale des systèmes de santé.

7) Enfin, il faut réduire le millefeuille bureaucratique inhérent à la mixité et au bicéphalisme de notre système de santé. Chaque feuille de santé est traitée deux fois, une fois par la Sécurité sociale et une fois par les assurances complémentaires, si bien que nous dépensons plus du double de la moyenne des pays de l'OCDE pour la gestion de la Santé (soit plus de 15 milliards). Il convient également de débureaucratiser les hôpitaux et les Agences régionales de santé (ARS) pour consacrer les ressources en priorité aux équipements et aux soins.

Le plus simple mais le pire consisterait pour le gouvernement à continuer à réduire la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) mettant ainsi plus de 50 % des hôpitaux en « déficit », ce qui les oblige à poursuivre sans fin un redressement financier illusoire en réduisant le nombre de personnels encore et toujours, au détriment des patients.

Pour le MDHP, les médecins des hôpitaux :

André Grimaldi, Nathalie De Castro, Bernard Granger, Anne Gervais, Jean-Charles Deybach, Véronique Leblond, François Bricaire, Jean-Yves Delattre, Jean Paul Vernant, Paul Legmann, Agnès Hartemann, Marie-Paule Vazquez, Noël Garabédian, Christian Richard, Marie-Germaine Bousser.

Réalisation, Impression:

 PublicImprim

Dépôt légal: août 2014

 **IMPRIM'VERT®**