



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°11
décembre
2013



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

M. Michel MASO, Directeur administratif des *Cahiers*, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
D^r Michel LIMOUSIN, Rédacteur en chef des *Cahiers*,
M. Jacques BÉNÉZIT, Secrétaire de Rédaction.

Comité de Rédaction :

D^r Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du CMS de Vitry-sur-Seine,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de *Progressistes*,
P^r Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
D^r Alain BRÉMAUD, Membre du bureau de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
D^r Omar BRIKI, 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:

Nous avons vraiment besoin de vous Par le D ^r Michel Limousin.	Page 7
---	--------

Articles:

La cotisation ou l'impôt ? Le financement de la protection sociale au péril du mythe de ses origines Par Jacques Rigaudiat, économiste, membre de la commission économique du PCF, membre de la Fondation Copernic et de l'association Gauche Avenir.	Page 9
--	--------

Paix et Santé Par Michel Cibot, animateur de l'Association française des communes, départements et régions pour la Paix.....	Page 27
--	---------

Les mesures pour lutter contre le tabac : réflexions d'une clinicienne. Par le D ^r Anne Borgne, service d'addictologie, Groupe hospitalier des Hôpitaux universitaires de Paris Seine Saint Denis.....	Page 29
---	---------

Réduire les médecins du travail au silence pour les empêcher d'attester des effets des organisations du travail sur la santé psychique. L'instrumentalisation de l'ordre des médecins par les employeurs Par les D ^{rs} Alain Carré et Dominique Huez, médecins du travail.....	Page 33
--	---------

A quand une santé bucco-dentaire du XXI ^e siècle ? Des propositions et un projet progressiste Par le D ^r Fabien Cohen, Secrétaire général du Syndicat national des Chirurgiens dentistes de centres de santé.....	Page 38
---	---------

A propos du rapport Robiliard. Présentation et analyse Par Véronique Sanchez et Jean-Luc Gibelin.....	Page 44
--	---------

Retraites : le projet de loi voté est injuste et inefficace Par M ^{me} Catherine Mills.....	Page 51
---	---------

<i>Les brèves des Cahiers:</i>	Page 58
--------------------------------------	---------

Les notes de lecture :

Cataracte, John Berger, Paris, Le Temps des Cerises, 2013, 12 €,
par M^{me} Catherine Limousin, Ingénieur CNRS, Centre André Chastel..... Page 62

Vivre sa fin de vie chez soi,
Rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie de mars 2013 par Claude Chavrot. Page 62

Le courrier des lecteurs : Page 64

Éditorial

Nous avons vraiment besoin de vous

Les Cahiers de Santé publique et de Protection sociale ont trouvé leur positionnement dans cette période si difficile où il faut à la fois analyser, mesurer les évolutions, émettre des hypothèses, les travailler, chercher une alternative et finalement donner au lecteur une information et une perspective. Nous voici déjà au numéro 11. Nous sommes passés à quatre publications par an. Nous avons acquis grâce à nos auteurs une certaine reconnaissance.

Le Comité de rédaction s'est enrichi de nouvelles personnes qui apportent leur expertise. Il s'est élargi. Le but est bien de favoriser le dialogue, le pluralisme des idées. Le comité s'organise de façon méthodique et prépare maintenant longuement à l'avance des dossiers thématiques que nous annoncerons. Je veux dès maintenant remercier toutes ses personnes qui apportent leur concours. Remercier aussi la Fondation Gabriel Péri, son président et son directeur pour leur soutien et leur confiance.

Le 17 décembre 2013 en collaboration avec la Fondation Gabriel Péri, la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques des centres de santé, la Ville de Malakoff et les Cahiers ont organisé le premier Colloque de Bioéthique. C'est le D^r Hervé Chneiweiss, Président du Comité d'éthique de l'INSERM et directeur du Laboratoire Neurosciences – Institut de biologie Paris – Seine qui en a assuré le

parrainage. Le P^r Axel Kahn, généticien, y a fait une conférence sur « Destin génétique & liberté humaine » et le D^r Jean-Antoine Girault, neurobiologiste, directeur de l'Institut du Fer à Moulin INSERM/Université Pierre et Marie Curie a donné une conférence sur « Éthique et neurosciences ». Le film de ces conférences sera visible sur le site de la Fondation Gabriel Péri et nous publierons dans le prochain numéro l'essentiel de ces exposés. Nous remercions toutes ces personnes éminentes qui nous ont fait confiance et ont su passionner un large auditoire. Nous réfléchissons à renouveler ce colloque de bioéthique tous les ans.

Maintenant la question qui se pose est celle de la diffusion de notre revue et donc la recherche des lecteurs par abonnement. C'est la lutte naturelle de toute publication pour vivre et être utile. Mais pour les Cahiers de Santé publique & de Protection sociale, c'est aujourd'hui que la question vitale se pose. Et le meilleur moyen d'y parvenir est que nos lecteurs s'impliquent dans ce processus. Faites des abonnements autour de vous. Nous allons adresser à chacun d'entre vous des bulletins d'abonnement. N'hésitez pas. Cette revue est la vôtre.

**D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef**

Prochains dossiers à paraître :

Numéro de mars 2014 : **Pour une loi de santé publique** suivi par le D^r A. Brémaud

Numéro de juin 2014 : **L'Europe de la protection sociale et de la santé** par le D^r E. May

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

Articles

La cotisation ou l'impôt ?

Le financement de la protection sociale au péril du mythe de ses origines

Par Jacques Rigaudiat

NDLR: Jacques Rigaudiat est économiste, membre de la commission économique du PCF, membre de la Fondation Copernic et de l'association Gauche Avenir. Jacques Rigaudiat a été conseiller social de deux premiers ministres socialistes, M. Rocard et L. Jospin. À ce titre, dans le domaine de la protection sociale dont il traite ici, il a directement participé à la mise en place du RMI, à la création de la CSG, puis à son extension à l'assurance-maladie, de la CMU et de l'APA. Il est par ailleurs l'auteur de plusieurs ouvrages, le dernier « Le nouvel ordre prolétaire » a été publié en 2007 aux éditions Autrement.

TABLE DES MATIÈRES

1. L'état des lieux: la cotisation et l'impôt	p. 10
1.1. Ce qui est visible: CSG, ITAF et compensation des exonérations de cotisation	p. 10
1.2. Les non-dits: Fonctionnaires et régimes spéciaux	p. 12
1.3. La cotisation et l'impôt, une récapitulation	p. 14
2. Le mythe des origines: la cotisation, ou l'impôt	p. 14
2.1. Défense de la cotisation: pragmatisme ou réaffirmation de principes?	p. 15
2.2. Derrière la cotisation, le salaire indirect	p. 16
2.3. Une interrogation absente: Qu'est-ce que le salaire?	p. 16
2.4. La cotisation n'est pas seule à permettre une socialisation de son usage, de plus, elle ne la garantit pas	p. 16
2.5. Une hausse des cotisations ne garantit en rien une baisse des profits	p. 17
2.6. La nécessité d'aller au-delà de l'effet instantané: une dynamique incertaine, ou le retour de la lutte des classes	p. 18
2.7. Répartition primaire, la cotisation, versus redistribution, l'impôt?	p. 18
2.8. Les fondements implicites de la doxa cotisationnelle.	p. 19
2.9. Les salaires, c'est l'affaire des syndicats: la gestion paritaire ...	p. 19
3. Des origines à leur mythe, un peu d'histoire	p. 20
3.1. La préhistoire, du secours mutuel aux assurances sociales (1930): dépasser la « solidarité naturelle », les ROP et la question de l'obligation	p. 20
3.2. Le malentendu sur les origines: 1945 ou 1944? Les ordonnances, ou la charte du CNR?	p. 21
3.3. 1945-1990, repousser les limites du bismarckisme: extension et généralisation	p. 22
4. Vers le retour aux principes de 1944?	p. 23
4.1. Les deux visages de la fiscalisation	p. 23
4.2. La tentation néolibérale: le risque « Robin des bois »	p. 24

Face à la question récurrente du financement de notre système de protection sociale – famille, santé, retraite, chômage, accidents du travail, maladies professionnelles –, il n'est assurément pas facile aujourd'hui d'avancer à gauche dans la définition de mesures permettant d'en assurer la garantie durable. Faute d'accord sur les modalités de la réponse, il est impossible de progresser sur une large base de rassemblement dans la consolidation et, a fortiori, le développement d'une protection sociale qui soit à la hauteur des exigences et des défis qui lui sont aujourd'hui lancés.

De façon générale, la volonté qui s'affirme très fortement dans la gauche – politique comme syndicale – de transformation et d'alternative est en effet de n'accepter de reconnaître que la seule cotisation comme modalité légitime de financement de la protection sociale. La cotisation et elle seule, telle serait donc l'unique voie, celle à laquelle il faudrait se limiter et à l'intégrité de laquelle il faudrait revenir. À suivre cette argumentation, il suffirait donc d'augmenter les cotisations pour que les problèmes soient réglés. Autant le dire clairement et d'entrée de jeu: ce refus radical d'élargir le financement de la protection sociale à l'impôt est, à mes yeux, une erreur profonde, tant il est lourd de conséquences pratiques. Il aboutit en effet à une impasse politique. Pourquoi se priver d'un recours accru à l'impôt et ne pas en faire une exigence à porter devant la gauche au pouvoir, puisqu'une majorité politique suffirait à en décider? L'augmentation des cotisations est une revendication dont on comprend bien qu'elle soit plus simple à exprimer, mais elle dépend d'un rapport de forces qui est pourtant singulièrement moins assuré, puisqu'il ne relève pas du pouvoir d'une majorité politique, mais d'une négociation aujourd'hui bien incertaine, on ne le sait que trop, entre le patronat et les organisations syndicales.

Bien sûr, des divergences politiques – et donc pratiques – aussi marquées renvoient à des oppositions qui sont d’abord de fond, dont il faut éclaircir la nature. Si cette position en faveur d’un financement exclusif par la cotisation est aussi fermement affirmée, c’est bien qu’elle relève d’abord de considérations idéologiques puissantes qui, de surcroît, s’adosent à une expression théorique qui prétend les légitimer. Or, à l’examen, celle-ci, on le verra s’avère difficile à soutenir rationnellement.

La cotisation contre l’impôt, la cotisation ou l’impôt? C’est le sens de cette opposition, – pour moi artificielle –, et les raisons, – à mon sens peu rationnelles –, du choix en faveur de la seule cotisation que je voudrais ici examiner en détail.

Mais, il faut le reconnaître d’entrée de jeu pour évacuer toute ambiguïté: c’est là une position dont il est parfaitement clair qu’il n’est pas facile aujourd’hui de la tenir du sein de la gauche d’alternative, qui est très majoritairement en faveur de la cotisation. Il faut dire que le Gouvernement a, si l’on ose dire, fait fort en la matière et n’a certes pas facilité la tâche de ceux qui, comme moi, cherchent à défendre la possibilité d’un financement partiel de la protection sociale par l’impôt. En moins de deux années, le passif en la matière est en effet lourd. Tout d’abord, dès l’automne 2012 et dans la foulée du « Rapport Gallois », c’est la mise en place du crédit d’impôt-compétitivité emploi (CICE). Ainsi 20 Md€ d’allègements de cotisation sociales employeurs supplémentaires sont-ils désormais financés par des réductions de dépenses publiques et une hausse de la TVA pesant sur les ménages¹. Plus récemment, fin 2013, le Premier ministre a annoncé vouloir remettre en selle la fameuse « réforme structurelle de la fiscalité ». Soit, pour l’essentiel, la fusion CSG avec l’impôt sur le revenu, dont les organisations syndicales, pour une fois unanimes, ont dit tout le mal qu’elles en pensaient. Une telle réforme serait en effet un double mauvais coup. D’une part, institutionnellement, elle remettrait en cause l’autonomie financière de la sécurité sociale, ainsi silencieusement « étatisée », alors que celle-ci est pourtant supposée être protégée par l’article 34 de la constitution! D’autre part, économiquement, en prolongeant le mouvement engagé par le CICE, elle pousserait à faire basculer sur les seuls ménages un financement qui doit être assuré à partir de l’entreprise et de la création de valeur. Enfin, dernier coup en date, la conférence de presse du 14 janvier 2014, lors de laquelle le Président de la République a annoncé son « pacte de responsabilité avec les entreprises », soit concrètement « d’ici 2017, pour les entreprises (...) la fin

des cotisations familiales ». Remplacées par quoi et pour quel montant, 30, 40, ou 50 Md€? À ce jour, on ne sait, mais, compte tenu du passé récent qui vient d’être rappelé, il n’est évidemment pas illégitime de redouter le pire.

Face à de telles attaques successives, dont chacune vient prolonger et approfondir la précédente, je conviens volontiers qu’il est quelque peu difficile de ne pas voir dans le processus de fiscalisation une remise en cause profonde, sinon structurelle, des principes mêmes de notre protection sociale. Malgré cela, pourtant, je persiste à maintenir qu’une certaine dose de fiscalisation est nécessaire, mais, on l’aura compris, pas celle-là. C’est très précisément ce que je voudrais essayer de montrer ici.

Après que l’on aura fait le point sur l’état des lieux et les places respectives que prennent aujourd’hui la cotisation et l’impôt dans le financement de la protection sociale, on essaiera ensuite de passer en revue les raisons alléguées en faveur du choix exclusif d’un financement par la cotisation. Cette revue critique étant faite, on verra que ce choix renvoie à une lecture largement fantasmée de l’histoire de la protection sociale et à sa réécriture à travers la construction contemporaine d’un véritable mythe de ses origines. Enfin, on tentera, en conclusion, de proposer quelques pistes concrètes pour l’avenir.

1. L’état des lieux: la cotisation et l’impôt⁽²⁾

À côté des cotisations, le financement de la protection sociale par l’impôt relève de plusieurs couches, si la CSG est bien connue et la principale ressource critiquée, de (très) nombreuses autres sources viennent s’y adjoindre. Et d’abord, celles qui, comme la CSG, sont des « impôts et taxes de toute nature », ainsi que les compensations d’exonérations sociales qui s’y ajoutent et sont de la même nature fiscale. Mais, au-delà de ces éléments visibles, bien que pas toujours complètement recensés tant la CSG est la seule à attirer les regards et à attiser les critiques, les régimes sont aussi abondés par différentes subventions, aux dénominations d’ailleurs diverses, qui, provenant directement du budget général de l’État, relèvent aussi d’un financement par l’impôt. C’est l’ensemble de ces différentes ressources que l’on va ici s’efforcer de retracer.

1.1. Ce qui est visible: CSG, ITAF et compensation des exonérations de cotisation

La Contribution sociale généralisée a été instaurée par la loi de finances pour 1991. À l’origine, la CSG était affectée à la seule branche famille; par la suite, elle a dans

¹ Pour une analyse du CICE, cf. « En finir avec la compétitivité », ATTAC/ Fondation Copernic, décembre 2012.

² Sauf mention contraire, les données quantitatives ici utilisées sont tirées des rapports d’octobre 2012 et de septembre 2013 de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

un premier temps été, en juillet 1993, augmentée pour être affectée au financement des dépenses de solidarité des régimes de vieillesse (le Fonds de Solidarité Vieillesse). Elle fut, enfin, en 1997, étendue à l'assurance-maladie. Elle est venue se substituer à des cotisations « salariés ».

La CSG est un impôt, mais d'un type particulier : une « imposition de toute nature », ce qui signifie qu'elle n'abonde pas le budget de l'État pour être, ensuite, reversée à la sécurité sociale. Au contraire, elle est, pour l'essentiel, prélevée à la source et collectée par l'ACOSS, la banque de la Sécurité sociale. Il s'agit ainsi, et il est très important de le souligner, d'un impôt totalement dédié et affecté à la Sécurité sociale. Avec un montant de 86,2 Md€ en 2011, et de 91,4 Md€ en 2013, la CSG est aujourd'hui le premier impôt direct, loin devant l'impôt sur le revenu (51,5 Md€ en 2011). Contrairement aux cotisations sociales, qui ne portent que sur les seuls revenus d'activité des affiliés ressortissants de chacun des régimes (salariés, libéraux, agents des entreprises publiques...), la CSG est prélevée sur l'ensemble des revenus de l'ensemble des ménages (cf. tableau 1). Il faut souligner que son taux est variable selon le type de revenu concerné : 7,5 % sur les revenus d'activité, 8,2 % sur les revenus du patrimoine, 6,2 % (chômage) ou 6,6 % (retraites) sur les revenus de remplacement. Lors de sa mise en place, son assiette plus large a permis que, pour un rendement équivalent, son taux soit inférieur à celui des cotisations auxquelles elle s'est substituée³, permettant ainsi une amélioration du salaire net, du « salaire direct » donc.

Elle est désormais affectée tant aux différents fonds qui assurent les dépenses de solidarité, à la famille, mais la maladie – pas seulement le régime général (RG) – demeure sa principale affectation (cf. Tableau 2). S'agissant du seul RG, avec 52,6 Md€ en 2011, 55,4 Md€ en 2012 et 56,1 Md€ en 2013, la CSG représente de l'ordre de 35 % des recettes de la CNAM.

Tableau 1. CSG par assiette, en 2011

En M€	2011	Taux CSG
Revenus d'activité	61 185	7,5 %
Revenus de remplacement	15 440	6,2/6,6 %
Majorations et pénalités	200	
Revenus du capital	9 076	8,2 %
Sur les jeux	331	9,5 %
TOTAL	86 233	100,0 %

Tableau 2. Les affectations de la CSG en 2011, 2012 et 2013

	2011	2012	2013
Solidarité	16 412	17 135	16 836
dont			
FSV	9 608	10 138	10 718
CNSA	1 151	1 190	785
CADES	5 653	5 807	5 873
Maladie	60 571	63 004	64 409
dont			
CNAM	52 608	55 430	56 100
Famille (CNAF)	9 250	9 750	9 909
TOTAL	86 233	89 445	91 381

Les autres impôts et taxes affectées (ITAF). Contrairement à ce que la plupart croient ou se bornent par commodité à évaluer, au-delà de la CSG de très nombreux autres impôts ont, au fil du temps, été en tout ou partie affectés au financement de la Sécu, dont une bonne part pour compenser les différentes exonérations de cotisations employeur, mais pas uniquement. La liste en est longue et complexe, sinon baroque⁴ (cf. Tableau 3) : mais leur montant total, surtout depuis la réforme de 2011, est très conséquent et selon devrait dépasser les 50 Mds€ en 2014.

Tableau 3. Les ITAF (autres que CSG)

En M€	2011	2012	2013
Impôts et taxes liées à la consommation	17 071	17 830	18 591
+ Impôts et taxes acquittées par les personnes morales	10 553	10 907	10 983
+ Taxes médicaments	732	1 042	1 028
+ Impôts et taxes sur les organismes complémentaires	1 096	2 029	2 153
= Recettes fiscales du régime général autres que CSG	29 423	31 809	32 755
Recettes fiscales du FSV	3 714	3 349	4 121
Recettes fiscales des autres régimes de base	12 326	12 382	12 278
Recettes fiscales des fonds (autres que FSV)	196	145	346
Total ensemble des régimes et des fonds	45 659	47 685	49 500

Les autres prélèvements sociaux. Enfin, en complément des cotisations et de la CSG et des autres impôts et taxes affectées, les régimes ainsi que les fonds de solidarité bénéficient d'autres prélèvements, dits sociaux. Ces contributions se distinguent des précédentes en ce qu'elles

³ Ainsi, l'extension à l'assurance maladie en 1998 s'est faite par la substitution de 4,1 % de CSG à 4,75 % de cotisation salarié et a ainsi dégagé 0,65 % d'augmentation du salaire net.

⁴ Sur ce point, cf. le tableau qui en fait l'inventaire et figure à la page 103 du rapport de septembre 2013 de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2013.

sont assises sur les revenus (accessoires de rémunération, revenus de remplacement ou du capital) et visent à assujettir des revenus « totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations sociales ». Comme la CSG, leur rendement est exclusivement affecté aux administrations de sécurité sociale. Étant hors du champ de l'assiette des cotisations, et même si, comme elles, elles sont imputées sur les revenus, elles ne peuvent prétendre en faire partie, elles relèvent donc, juridiquement parlant, de l'impôt. Étant intégralement versées soit au régime général, soit aux fonds (FSV principalement, mais aussi CNSA, CADES et FNAL), même si elles sont identifiées sous un autre intitulé, elles n'en sont pas moins des impôts et taxes affectées.

Tableau 4. Les autres prélèvements sociaux

En M€	2011	2012	2013
Régime général	4 551	6 839	9 203
FSV	679	1 300	2 176
Autres fonds attributaires	5 434	5 873	7 199
Total contributions sociales	10 664	14 012	18 577

1.2. Les non-dits : Fonctionnaires et régimes spéciaux

Ces différents montants, déjà conséquents, ne représentent toutefois que la partie émergée de l'iceberg de la fiscalité ou des ressources budgétaires d'État dédiées à la sécurité sociale. À ces affectations directes et en propre de recettes fiscales viennent, en effet, s'ajouter d'autres transferts fiscaux. Ils sont à la fois parfaitement connus et identifiés par tous, mais pourtant rarement, sinon jamais, additionnés aux précédents. Il y a à cela une raison évidente : admettre explicitement leur nature fiscale ou de subvention budgétaire, tout en continuant de se réclamer de la cotisation comme seule source de financement relève de la contradiction interne. Le reconnaître signifierait, *ipso facto*, s'obliger à exiger le principe de leur remplacement par des cotisations. Cela n'irait évidemment pas sans quelques (très) délicats problèmes de financement pour les régimes concernés, pour lesquels ces ressources constituent des apports indispensables et parfois massifs. Bref, en la matière, c'est un silence pudique qui règne ! Pourtant, ces flux financiers existent bel et bien et on voit mal comment sans eux les régimes concernés pourraient être équilibrés et demeurer viables. Ils concernent le régime des fonctionnaires, ainsi que la quasi-totalité des régimes spéciaux.

On ne cherchera pas ici à discuter de la nature des cotisations « salarié », – ni même des cotisations « patronales » qui leur correspondent –, du régime des fonctionnaires (d'État) et, au-delà, de la CNRACL, – régime des agents de la fonction publique hospitalière et des terri-

toriaux –. Les rémunérations de ces fonctionnaires ainsi que leurs cotisations sont, en effet, directement financées par l'impôt et il en va de même des cotisations qui incombent à l'employeur, elles aussi directement payées par l'impôt. Ce serait pourtant un point intéressant de débat... On n'examinera donc pas les « cotisations des actifs » (i.e. dans le langage des comptes de la SS : salarié et employeur) qui sont dans ces régimes l'équivalent comptable et financier des cotisations dans le régime général.

Seules seront donc ici examinées celles qui vont au-delà de cette première strate, à savoir les cotisations dites « fictives » de l'employeur. Ces cotisations, qui s'ajoutent aux cotisations (salarié et employeur) « normales », i.e. alignées sur celles du RG, sont de fait, sinon de jure, des subventions qui n'en ont pas le nom. Il en va de même des « contributions publiques » et des diverses subventions d'équilibre des différents régimes spéciaux (cf. Tableau 5) qui sont, elles, de véritables subventions, opérées directement à partir du budget de l'État.

Il ne s'agit d'ailleurs pas de prétendre faire ici un inventaire exhaustif de l'ensemble des flux financiers qui viennent abonder les régimes spéciaux directement à partir du budget de l'État. À cela, il y a deux raisons. D'abord parce que ces financements utilisent des circuits multiples, parfois compliqués et des intitulés divers (par exemple s'agissant du régime des salariés agricoles) pas toujours faciles à démêler, leur analyse excéderait largement le cadre de cet article ; enfin, parce que je n'ai pas cherché à retracer l'ensemble des régimes qui en bénéficient. Il s'agit ici d'une évaluation qui est par conséquent limitée à ce qui est l'essentiel des grandes masses financières concernées ; l'estimation est donc ici faite par défaut.

Le régime des fonctionnaires de l'État. On sait que le régime des pensions des fonctionnaires (civils et militaires) de l'État est d'une nature encore à ce jour très particulière, suffisamment en tout cas pour pouvoir inspirer à B. Friot la thèse du « salaire continué ». En effet, « Inscrites au grand livre de la dette de l'État », ces pensions relèvent d'un mode de financement dont le principe est très spécifique.

Du fait même de ce principe, ce régime n'est pas assurantiel. En effet, la pension du fonctionnaire n'est pas une retraite au sens commun de ce terme, versée en vertu d'un droit lié au paiement préalable d'une cotisation, mais est, selon le célèbre article L. 1 du code des pensions civiles et militaires de l'État, liquidée « en rémunération des services accomplis » et est ainsi supposée garantir « des conditions matérielles d'existence en rapport avec la dignité de la fonction ».

Bien qu'il ne s'agisse donc pas d'un régime assurantiel, on feindra néanmoins ici d'admettre que la cotisation des « actifs » (soit, salarié et employeur) est une cotisation comme les autres dans le droit commun des régimes; il est toutefois difficile d'en faire autant pour la cotisation employeur, dite « fictive », qui représente ce qui va au-delà de la cotisation « normale », celle des « actifs ». Puisque les pensions relèvent statutairement d'un devoir pour l'État et d'une inscription corrélative automatique dans la dette, cette cotisation « fictive » ne devrait pas être isolée. En 2006, Bercy et la RGPP ont toutefois apporté une novation notable (et redoutable pour l'avenir, mais ceci est une autre question); les diverses formes de ce financement sont depuis cette date identifiées dans un compte d'affectation spéciale: le CAS « pensions ». Ces cotisations « fictives », liées au régime des pensions, ont

représenté en 2011 quelque 35,4 Md€ et 37,5 Md€ en 2013. Ceci, tous risques confondus, représente 73,5 % des recettes du régime des fonctionnaires civils et militaires de l'État et trois fois le montant des cotisations des actifs.

Enfin, en dehors des différents transferts de compensation en provenance des autres régimes, **les régimes spéciaux** de leur côté perçoivent des cotisations fictives et reçoivent directement sous des appellations diverses – subventions d'équilibre, contribution publique... – des fonds publics qui leur sont spécifiquement affectés. Leur montant a représenté un peu moins 9,8 Md€ en 2011 et de l'ordre de 10 Md€ en 2012 et 2013.

Tableau 5. Cotisations fictives, contributions publiques, subventions d'équilibre: les ressources fiscales (hors CSG et ITAF) des régimes obligatoires autres que le RG.

En M€	2010	2011	2012	2013
Fonctionnaires civils et militaires État*	46 554	48 204		
dont (Cotisations des actifs)**	(11 253)	(11 799)		
1. Cotisations fictives employeur	33 700	35 443	36 980	37 546
Salariés agricoles, cotisations prises en charge par l'État	461	491	445	370
FSPOIE, contribution publique***	1 108	1 152	1 263	1 327
CANSS Mines, contribution publique	1 018	1 223	1 372	1 328
IEG, contribution tarifaire d'acheminement	1 094	1 134	1 157	1 352
SNCF				
Cotisations fictives employeur	277	279	60	61
contribution publique	3 026	3 222	3 316	3 328
RATP				
Cotisations fictives employeur	206	204	244	237
Subvention d'équilibre	512	532	575	624
ENIM				
Contribution publique	779	818	857	839
BdF				
Cotisations fictives employeur	321	344	344	371
Produits financiers des écritures symétriques	92	86	98	83
Autres régimes spéciaux****				
Contributions publiques	206	268	136	243
2. Ensemble régimes spéciaux (hors État)	9 100	9 753	9 867	10 163
1+2= TOTAL GÉNÉRAL	42 800	45 196	46 847	47 709

*Ensemble des risques, ensemble des produits;

** Cotisations patronales et salariales;

*** contribution publique, en sus des cotisations et transferts de compensation;

**** autres régimes spéciaux: Opéra de Paris, Comédie française, SEITA, Mairie de Paris...

1.3. La cotisation et l'impôt, une récapitulation

Si l'on considère l'ensemble des **régimes obligatoires de base** (cf. Tableau 6) – donc RG et tous régimes spéciaux, mais hors régime des pensions des fonctionnaires de l'État et hors fonds (FSV, CNSA,...), qui sont eux quasi intégralement financés sur de la fiscalité affectée, essentiellement de la CSG –, on voit que les cotisations représentent une part majoritaire de leur financement, mais que celui-ci est néanmoins largement (près de 38 %) abondé par une forme ou une autre de ressource fiscale, la CSG n'étant que la plus importante d'entre elles. Le montant total de cette ressource de nature fiscale est de l'ordre de 173,5 Md€ en 2013.

Tableau 6. La structure de financement de l'ensemble des régimes obligatoires de base

	2013	
	En M€	En %
1. Cotisations	251 975	54,8
2. Cotisations fictives	39 195	8,5
3. Cotisations prises en charge par l'État	3 498	0,8
4. Contributions sociales, impôts et taxes	130 818	28,5
Total recettes (y compris transferts)	459 665	100,0
dont		
2+3+4= Recettes de nature fiscale	173 511	37,7

À ce financement des **régimes de base**, qui seul vient d'être analysé, il faut de surcroît **ajouter celui des divers fonds** (cf. Tableau 7) et celui du régime des fonctionnaires de l'État. Ainsi, entre CSG, C3S, licences UMTS, taxe sur les salaires... le FSV reçoit la totalité de ses ressources, soit 14 Md€, par une forme ou une autre de fiscalité. Quant à la CNSA, la fiscalité (CSG, CSA) lui apporte près de 3,5 Md€, soit 18 % de ses recettes, le reste étant abondé par l'assurance maladie ou l'assurance vieillesse⁵. Enfin, la CADES reçoit la CRDS, une partie de la CSG et du prélèvement social, soit, hors versements du FRR, de l'ordre de 13,4 Md€. Au total, ce sont quelque 31 Md€ qui, en 2011 sont venus s'ajouter aux ressources des régimes, auxquels il faut ajouter 6 Md€ d'autres prélèvements sociaux qui sont venus en surcroît.

Tableau 7. Les ressources fiscales des fonds (FSV, CNSA et CADES), en 2011 (hors « autres prélèvements sociaux »)

En M€	2011
FSV	14 047
CNSA	3 464
CADES	13 400
TOTAL	30 911

Au total, tous régimes (y compris fonction publique d'État) et fonds confondus, les ressources fiscales représentent, sur le seul périmètre de la sécurité sociale – soit hors action sociale, chômage, santé publique et prévention... –, un montant que l'on peut estimer comme étant d'un total qui est désormais de l'ordre de 210 Md€, soit plus de 10 points de PIB.

Tableau 8. Ensemble des financements de nature fiscale, tous régimes et tous fonds

En M€	2011	2012	2013
CSG	86 223	89 445	91 381
Autres ITAF	45 659	47 685	49 500
Autres prélèvements sociaux	10 664	14 012	18 577
Ensemble des contributions publiques	45 196	46 847	47 709
TOTAL	187 742	197 989	207 167

2. Le mythe des origines : la cotisation, ou l'impôt

La place des financements publics qui relèvent d'une façon ou d'une autre d'une fiscalisation de la protection sociale est ainsi, qu'on le déplore ou non, considérable. Cette situation est de fait, elle n'est évidemment d'aucune conséquence nécessaire sur les principes eux-mêmes. Elle peut donc être légitimement analysée tout aussi bien comme une infraction intolérable à ces principes par ceux qui pensent que la cotisation est le seul mode de financement légitime, une situation sur laquelle il faudrait donc en ce cas absolument revenir. Mais elle peut tout aussi bien l'être comme la mise en œuvre, d'ailleurs plus ou moins confuse, d'une autre logique, qui reste alors à expliciter. À moins, enfin, qu'elle ne soit considérée comme une réalité pratique avec laquelle il faut, compte tenu de son importance, se résigner à faire.

Néanmoins, vouloir faire intégralement vivre le principe de la cotisation dans une situation où il faudrait tout à la fois rebasculer ces 210 Md€ de ressources fiscales et financer les quelque 22,1 Md€ de déficit annoncé pour 2014 pour l'ensemble de régimes de base et les divers fonds, supposerait de transférer au total près de 12 points de PIB de la fiscalité vers les cotisations. Soit, aux valeurs 2013 des points de cotisation et pour donner une idée

⁵ Pour être complet, il faudrait donc ajouter la part de ressources fiscales qui alimentant ces régimes vient invisiblement, au second degré, alimenter la CNSA. S'agissant de transferts internes au dispositif de la protection sociale, en consolidé, régimes et fonds confondus, cela ne modifie pas le bilan ici établi.

de ce que cela représenterait, si l'on partage ce transfert par moitié sur la vieillesse et la maladie, l'addition de 20 points de cotisation vieillesse déplafonnée supplémentaires et de 17 points maladie; cela sans même parler du déficit UNEDIC, annoncé à 4,3 Md€ pour 2014, qui porterait l'endettement de ce régime à plus de 22 Md€. Dans ces conditions, la défense de la cotisation ne peut donc qu'être partagée entre principe et pragmatisme.

2.1. Défense de la cotisation: pragmatisme ou réaffirmation de principes?

À cet égard, la publication relativement récente et quasi simultanée de deux articles⁽⁶⁾ offre l'occasion de comparer deux lectures de la question du financement de la protection sociale et du rôle attendu de la cotisation au regard de la fiscalité. Leurs titres, pour explicitement contradictoires qu'ils puissent être, rendent en réalité mal compte d'une convergence qui, pour être partielle, est néanmoins bien réelle.

Critiquant les propositions de réforme de la fiscalité de Th. Piketty, J. Ch. Le Duigou met, en effet, clairement en garde devant ce qu'il considère comme un « changement de nature de la *protection sociale*. *Faire dépendre un peu plus du budget de l'État le financement de la protection sociale conduit à franchir un nouveau pas dans son étatisation. Ce n'est pas le maintien formel de la parité (...) qui pourrait changer la nature du processus (...) Un État aux abois n'est pas la meilleure garantie quant à la priorité donnée aux dépenses sociales... Avec (...) le danger d'une césure entre les bénéficiaires de droits sociaux et les contribuables sollicités par un prélèvement qui ne serait plus directement générateur de droits. On sort de la logique contributive qui a présidé à la création de la sécurité sociale...* ».

Son refus, on le voit, additionne un argument pragmatique d'opportunité (en gros: compte tenu de l'impécuniosité de l'État, ce n'est vraiment pas le moment) et un principe: le prélèvement est générateur du droit (à des soins remboursés, à une retraite, à l'indemnisation du chômage...), et cette logique contributive est au fondement de la Sécurité sociale. Cela ne l'empêche toutefois pas, à la fin de l'article d'en revenir au pragmatisme et à la fiscalité: « *parmi les principales propositions qui doivent être discutées, retenons le principe d'un prélèvement social sur les revenus du patrimoine et des capitaux mobiliers pour contribuer au financement de la dépendance...* ».

De son côté, sans surprise pour qui connaît ses écrits, dans son entretien à la NVO, B. Friot, rappelle que,

pour lui, « *le devenir de la cotisation est le point central* », et que ce qui est en jeu, c'est « *la disqualification de la cotisation comme financement d'une sécurité sociale ayant vocation à financer 100 % des retraites et des dépenses de santé* ». En effet, pour lui, « *les 550 milliards de cotisations représentent la même subversion (que le statut des fonctionnaires), la cotisation famille paie les parents hors de toute référence au marché du travail, la cotisation maladie paie le travail non marchand des soignants, la cotisation paie des retraités débarrassés du marché du travail (...)* À l'opposé des salaires directs du privé et du profit, la cotisation sociale est la forme anticapitaliste par excellence de ponction sur la valeur ajoutée » dont il faut « bien mesurer son potentiel émancipateur ». Et B. Friot de clairement affirmer son projet, puisque selon lui, il faut « revendiquer que ce ne soit pas seulement 700 milliards qui soient libérés du marché du travail et du marché des capitaux (...) mais tout le PIB. Tout le PIB devrait, c'est la thèse que je défends, devenir du salaire socialisé. »⁽⁷⁾

Parmi les tenants affirmés de la cotisation, il y a donc deux positions distinctes. La première, – celle de J. Ch. Le Duigou –, affirme le principe de la logique contributive (le paiement de la cotisation crée le droit à la prestation) de la Sécu et de son financement, tout en se montrant en pratique ouvert à un recours à l'impôt. En cela, il est, en fait, dans le droit fil des positions de longue date affirmées par la CGT⁽⁸⁾, qui, par exemple, avance pour l'assurance maladie que son financement doit être réformé « pour que toutes les richesses créées dans notre pays soient mises à contribution... »⁽⁹⁾. La seconde, – celle de B. Friot et de tous ceux qui se réclament de lui, G. Filoche, notamment –, fait du développement du « salaire socialisé », seule forme de répartition à ses yeux émancipatrice, l'objectif à poursuivre jusqu'à ce qu'il recouvre même l'entièreté du PIB.

Ces différences entre les positions sont certes importantes, mais restent néanmoins subsidiaires. La première position ne fait que se plier à une exigence pragmatique; elle se résigne à accepter ce qui est une entorse à ses prin-

⁶ B. Friot, « Au nom de quoi la cotisation est-elle prélevée? », La Nouvelle Vie Ouvrière, janvier 2011; J. Ch. Le Duigou, « Réhabiliter l'impôt », Le monde diplomatique, mars 2011.

⁷ Par son systématisme, et à vrai dire par ses outrances, B. Friot exhibe ici de la manière la plus claire qui soit le fonds idéologique auquel puise, sans d'ailleurs jamais s'y référer explicitement, la position que je qualifierais volontiers de « cotisationniste ». Cet ancrage, qui va au plus profond des débats historiques du mouvement ouvrier, est à mes yeux celui de la position défendue par Lassalle, celle du « produit intégral du travail »; celle précisément critiquée de façon constante par Marx, en particulier dans la « Critique des programmes de Gotha et d'Erfurt ».

⁸ Le texte de référence récent le plus accessible sur le sujet est le document « Fiches repères revendicatifs de la CGT », dont la Fiche N° 20 « Droit à la protection sociale » traite explicitement de la question du financement. Elle sera reprise et commentée dans les développements qui suivent.

⁹ CGT, Fiche revendicative N° 21 « Droit à la santé ».

cipes. La seconde se fonde sur ces mêmes principes, mais elle y campe de manière intransigeante.

2.2. Derrière la cotisation, le salaire indirect

Au-delà donc de ses éventuels aménagements pour des raisons pragmatiques, la doxa cotisationniste repose sur un certain nombre de principes. Même si c'est plus ou moins fermement, tous sont, à un titre ou un autre, rappelés dans les deux articles précités. On peut les organiser autour d'une affirmation centrale: la cotisation, c'est du salaire indirect (différé, continué, socialisé...).

Parce qu'il s'agit donc d'une forme de salaire, augmenter les cotisations, ce serait, ipso facto, augmenter les salaires et leur part dans la valeur ajoutée. Au total, comme le dit Friot: « *la cotisation est la forme anticapitaliste par excellence de ponction sur la valeur ajoutée* ». C'est bien là le cœur du problème et de l'argumentation des cotisationnistes.

De surcroît, « indirect » signifiant ici qu'il ne s'agit pas d'acquérir personnellement et individuellement une marchandise, c'est un salaire dont l'usage même serait par nature socialisé. C'est donc double bénéfice: prélever plus de cotisation, c'est ainsi augmenter les salaires et donc réduire les profits; les utiliser en dépense, c'est sortir de l'univers de la marchandise. CQFD. L'argument paraît fort. Comme aime à le résumer joyeusement G. Filoche: « dans la cotisation tout est bon »!

2.3. Une interrogation absente: Qu'est-ce que le salaire?

Relevons, d'abord, que dans cette argumentation, la notion de salaire n'est jamais interrogée. On fait comme s'il allait de soi que le salaire, en tant que catégorie pratique, recouvrait complètement, sans aucun débord ni manque, la valeur de la force de travail. Comme si le salaire/prix de location du travail équivalait au concept marxiste fondamental: celui de salaire/valeur de la force de travail. Sur ce versant, celui de la force de travail, de sa valeur et de l'usage qui en est fait, aucun débat donc équivalent à celui, pourtant basique pour les marxistes, sur la transformation de la valeur des marchandises en prix de production¹⁰... Bizarre asymétrie théorique, qui ne permet de boucler ni le circuit économique, ni l'argumentation et la rend ainsi boiteuse. Fétichisme du mot, ici effectivement unique, sans que l'on s'interroge seulement sur ce qu'il recouvre réellement? Comme si, de ce fait, salarié devait rimer exactement avec travailleur ou

prolétaire, comme si le rapport juridique de contrat de travail recouvrait très exactement le rapport économique d'exploitation...

Au demeurant, au-delà de cette question de la transformation des valeurs en prix de production, l'organisation contemporaine de la chaîne de valeur, la « création de valeur pour l'actionnaire », a profondément modifié les vieux équilibres qui faisaient de l'entreprise le lieu concomitant de l'exploitation, du retour de la valeur une fois réalisée et de l'accumulation du profit. La constitution de réseaux articulés autour d'une cascade de sous-traitants, l'organisation de groupes internationaux jouant sur les prix de transferts via la facturation interne entre filiales, tout cela permet de remonter valeur et profit vers l'amont et la tête du réseau. Enfin, la parfaite mobilité du capital financier au regard du capital industriel, empêtré dans sa matérialité, permet au secteur financier de capter l'essentiel du profit. Tout cela qui est nouveau modifie en profondeur les rapports de forces et leur hiérarchie. Se crée ainsi comme une dichotomie et quelque chose qui, pourrait-on dire, est de l'ordre d'une schizophrénie économique: l'essentiel de l'exploitation et de la création de valeur est en bas des réseaux, quand l'essentiel du taux de profit est capté par le haut. On ne peut ignorer plus longtemps cette réalité nouvelle, cette dissociation, dans les modalités de financement de la protection sociale.

Laissons néanmoins ici cette double interrogation, pourtant fondamentale, mais dont l'élucidation nous entraînerait trop loin de notre sujet. Retenons-en toutefois, – pour d'autres débats que j'espère à venir –, que, signe des temps actuels, aucune véritable analyse de classe ne transparait ici. Par omission, donc, tout salarié, quel qu'il soit, est considéré comme payé à la valeur de sa force de travail et tous sont même exploités.

2.4. La cotisation n'est pas seule à permettre une socialisation de son usage, de plus, elle ne la garantit pas

De même, s'il est vrai que le mode d'usage des fonds ainsi collectés et leur destination paraissent témoigner d'une socialisation, est-ce bien le fait exclusif de la cotisation et non de l'impôt; de plus, cette socialisation est-elle ipso facto garantie par la nature de cette ressource?

En quoi, en effet, peut-on distinguer entre cotisation et CSG/impôt dans l'utilisation qui en est faite dans les régimes famille ou maladie? Dans ces deux cas, en effet, indifféremment l'une comme l'autre financent les mêmes prestations. Pour parler comme B. Friot, impôt comme cotisation « *paie(nt) les parents hors de toute référence au marché du travail* »; de même, l'une comme l'autre « *paie(nt) le travail non marchand des soignants*. » Dans ces deux cas, la source de financement, – l'impôt ou la

¹⁰ Rappelons la formulation de Marx à ce sujet: « *Pour ce qui est du capital variable, le salaire quotidien moyen est bien toujours égal à la valeur produite pendant le nombre d'heures que l'ouvrier doit consacrer à la production des moyens de subsistance nécessaires. Mais l'écart du prix de production de ces derniers par rapport à leur valeur falsifie ce nombre d'heures lui-même...* » Le Capital, livre III, tome I, p. 177, Ed. Sociales.

cotisation –, n'est en rien discriminant quant à l'usage qui est fait en dépense.

En sens inverse, sur un autre terrain, le service public de l'éducation est bien, que l'on sache financé par l'impôt et non par la cotisation. Faudrait-il ici aussi revenir, – comme semble le vouloir Friot⁽¹¹⁾ –, sur ce mode de financement pour assurer le règne exclusif de la cotisation, mais sur quel motif pourrait-on bien justifier une telle réforme?...

Enfin, on ajoutera que, contrairement à ce qu'en dit Friot, cotisation ou impôt, **l'usage socialisé** de ces fonds ne garantit au demeurant nullement leur **socialisation via leur destination**. Sans aucun doute il y a sortie de la sphère marchande lorsqu'il s'agit des hôpitaux; mais en quoi le remboursement de médicaments, le paiement d'honoraires de libéraux, ou de frais de cliniques privées le permet-elle, alors que les profits des cliniques ou des laboratoires pharmaceutiques ne font guère mystère ?

L'argumentation de B. Friot, selon laquelle: « *la cotisation sociale offre une définition anticapitaliste de la valeur; son versement consiste tout simplement à attribuer une valeur économique à des non-marchandises telles que les prestations de santé, l'éducation des enfants, l'activité des retraités (...) elle subvertit le marché du travail et la mesure des biens par le temps de travail* »⁽¹²⁾, est ainsi une affirmation sans valeur, contredite par la réalité. Ce n'est pas ici la cotisation qui est – ni en elle-même, ni à elle seule –, le critère discriminant à quoi peut à la fois se résumer et se juger la possibilité d'émancipation liée au développement du non-marchand.

Au total, l'origine des ressources n'est donc pas un facteur discriminant de leur usage; quant à leur destination, parce que l'usage socialisé des fonds n'est pas acquis par avance, il ne peut être présumé. Ni l'origine, ni la destination ne constituent des critères permettant de faire le départ entre l'impôt et la cotisation, ce qui est pourtant supposé fonder le choix a priori en faveur de la cotisation. Simplement, dans les deux cas, l'usage des ressources est retiré du choix individuel privé et assuré via la médiation de choix collectifs. Ce qui, au demeurant, n'assure pas que leur usage soit nécessairement socialisé et permette de sortir de la sphère de la marchandise.

¹¹ Remarquons qu'en cela, Friot, qui réclame fermement que la cotisation aille jusqu'à tout recouvrir, fait seul preuve de réelle conséquence intellectuelle, mais c'est au prix d'une aporie: celle d'une cotisation sur les salaires supposée financer les salaires eux-mêmes!

¹² B. Friot, « La cotisation levier d'émancipation », Le Monde diplomatique, février 2012.

À vrai dire, aucun mode de financement ne prémunit de la nécessité de choix qui sont proprement politiques. Pour ne prendre que l'exemple de la santé: la cotisation ne garantit nullement un système offrant une prise en charge complète et des soins intégralement assurés par un service public non-marchand; symétriquement, l'impôt ne voue pas de toute nécessité synonyme à une prise en charge lacunaire par un dispositif de médecine libérale et d'hospitalisation privée. Il n'y a, en fait, aucun lien automatique entre l'organisation du système de soins et son mode de financement. Ce n'est pas le mode de financement qui est ici déterminant mais les choix collectifs d'organisation du système de santé.

2.5. Une hausse des cotisations ne garantit en rien une baisse des profits

Reste maintenant à examiner l'essentiel de ce qui nous retient ici: le lien mécanique (et libérateur) qui est présumé entre augmentation des cotisations et augmentation des salaires/baisse des profits. Cet argument est supposé s'appuyer sur un raisonnement macroéconomique, comme l'écrit la Fondation Copernic « *le financement de la cotisation sociale s'effectue au moment de la répartition primaire des revenus, c'est-à-dire lors du partage de la valeur ajoutée entre salaires et profits. Le financement par l'impôt intervient dans un second temps, au moment de la redistribution des revenus (...) les cotisations sociales constituent avec les salaires directs la masse salariale globale, alors que les impôts sont des prélèvements au sens propre du terme et financent la redistribution* »⁽¹³⁾. Friot utilise un argument tout à fait similaire en invoquant l'économiste J. Marchal, il le considère même comme central.

Examinons plus précisément cette relation présumée. S'agissant de la cotisation « salarié », elle est intuitivement fautive. Sa hausse vient en déduction du salaire brut, qui n'en est en rien modifié, pas plus d'ailleurs que le coût total pour l'employeur et donc son profit. Résultat avec une hausse de la cotisation salariale, le salaire net baisse. À l'inverse, s'agissant de la cotisation employeur, elle paraît vraie: si la cotisation employeur augmente, il s'agit bien d'un surcroît de coût salarial; l'employeur paie et ce sont donc ses profits qui diminuent, le salaire brut n'étant pas modifié. À l'inverse, ce n'est rien moins qu'évident pour la cotisation salarié: l'augmenter fait baisser le salaire « net », « direct », sans a priori modifier le brut. En clair, au vu des arguments utilisés, tout se passe comme si l'ode à la cotisation s'avérait être un plaidoyer implicite pour un relèvement de la seule cotisation employeur supposée prendre sur les profits.

¹³ « Un impôt juste pour une société juste », Fondation Copernic, Syllepse, p. 55.

Évidemment, faire masse des deux pour n'évoquer, comme le fait Copernic, que l'ensemble, « la masse salariale totale », est une façon commode d'éluider le débat. La réponse habituelle lorsqu'on force la discussion sur ce point est de renvoyer aux mécanismes macroéconomiques : tous les modèles montrent... qu'une baisse du salaire net est compensée dans le temps (la « répercussion ») par un relèvement de la progression, du fait des réactions des salariés qui dans les négociations exigent et obtiennent une hausse plus forte ou plus rapide. Relevons, au passage, que cet argument est éminemment réversible et qu'il peut fonctionner en sens exactement inverse pour ce qui est de la cotisation employeur : devant la hausse de la cotisation qui leur incombe, les employeurs chercheront à la compenser en freinant ultérieurement la progression des salaires.

2.6. La nécessité d'aller au-delà de l'effet instantané : une dynamique incertaine, ou le retour de la lutte des classes

Mais, surtout, ce qui importe ici de relever est que le recours à cette argumentation conduit à un total (et heureux) changement de pied. Car, ce faisant, on introduit, en effet, un tout autre processus, dynamique celui-là, que celui mécaniquement arithmétique initialement utilisé : une relation dynamique, celle des rapports de forces dans la négociation salariale et l'évolution des salaires. On introduit ainsi quelque chose qui ressemble à la lutte des classes. Or, l'état de celle-ci ne saurait être présumée avant que d'être constatée. Pour le dire autrement, si la lutte des classes est une constante des rapports de production, son état concret à un moment et dans un espace donnés n'a rien d'anhistorique. Il n'y a ainsi aucun lien mécanique préétabli qui puisse ici passer pour légitime. On ne voit donc pas qu'il y ait quelque leçon assurée que l'on puisse tirer des modèles macroéconomiques ; cela d'autant plus qu'il y a bien longtemps qu'en pratique aucune hausse de cotisations employeurs⁽¹⁴⁾ n'étant intervenue, les modèles ne sont ici d'aucun secours. Au-delà des effets immédiats et mécaniquement arithmétiques d'une hausse de cotisation, contradictoires selon qu'il s'agit de la part employeur ou salarié, rien n'est assuré qui ne renvoie à l'état, toujours incertain et mouvant, de la combativité sociale et de ses résultats pratiques. À en juger par l'évolution de la part des salaires dans la valeur ajoutée, on ne sait pas qu'il se soit montré particulièrement favorable aux salariés au cours de ces dernières décennies, ni en France, ni ailleurs.

¹⁴ Selon la base de données INSEE, depuis juillet 1993, s'agissant des cotisations employeurs des régimes de base (maladie, vieillesse, famille), les seules hausses intervenues concernent la cotisation sur les salaires sous plafond, passée de 8,2 % à 8,3 % en juillet 2006, puis à 8,4 % en novembre 2012.

2.7. Répartition primaire, la cotisation, versus redistribution, l'impôt ?

Ceci introduit à une autre critique, celle de « l'avant » : la cotisation relève de la répartition primaire et fait partie intégrante du salaire, opposé à « l'après », dans lequel serait l'impôt. Étant dans la redistribution, il vient corriger une distribution injuste. Comme chacun sait, mieux vaut prévenir que guérir, mieux vaut donc la cotisation qui, jouant en amont, influe sur la distribution même des richesses. CQFD. C'est l'argument qu'utilise la Fondation Copernic.

Cette distinction, évidente et non discutable pour ce qui est de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, n'a pourtant guère de valeur pour ce qui est d'un impôt du type de la CSG : les dispositions qui la régissent, garanties de surcroît par l'article 34 de la Constitution, relèvent du seul Code de la Sécurité sociale, elle est précomptée et prélevée à la source, pour l'essentiel directement par l'ACOSS. Se substituant aux cotisations « salarié », comme elles la CSG est partie intégrante des revenus. Par leur définition même, – impôts et taxes affectées — les ITAF identifiées dans la première partie de cette analyse relèvent dans leur principe d'un mécanisme de même nature, en particulier la C3S, qui est un « impôt sur la production »⁽¹⁵⁾.

Enfin, en sens inverse, on rappellera que l'affectation de subventions budgétaires aux régimes spéciaux devrait aussi, dans le même mouvement, être dénoncée et remise en cause au profit d'un financement par des cotisations, ce qui n'est, bien sûr, jamais le cas. Oubli certes salvateur, mais aussi symptomatique !

Sur le fond, l'opposition totalement abstraite qui est ici faite entre impôt et cotisations ne vaut donc que très partiellement. Elle n'est pas générale et dépend en réalité du type d'impôt dont il s'agit, considéré au regard de la cotisation à laquelle il s'assimile ou se substitue. Vraie pour l'impôt sur le revenu, elle est fautive pour les ITAF. C'est à cette seule aune qu'elle doit en définitive être appréciée.

Ainsi, par exemple, de la proposition, portée par la CGT dans sa plateforme revendicative, qui, considérant que « *le taux de cotisations est le même dans tous les secteurs d'activité, or la part des salaires dans la valeur ajoutée varie selon les secteurs d'activité* », en vient à proposer « *un double élargissement de l'assiette et une double modulation des taux de cotisation* ». Sans doute la CGT prend-elle au préalable la précaution de préciser que « *la contribution*

¹⁵ Qui comprennent la contribution économique territoriale qui s'est substituée à la TP, la taxe foncière et la C3S, intégralement affectée à la Sécurité sociale.

des employeurs (...) doit être prélevée dans l'entreprise », en pensant que cela suffirait à qualifier ce prélèvement de cotisation. Cela, pourtant, n'ôte rien au fait que cette double modulation (en fonction inverse de la part des salaires¹⁶), et en fonction « de la gestion de l'emploi » aboutit à ce qui juridiquement ne pourrait qu'être qualifié d'impôt.

Enfin, et sans doute est-ce là le plus important, en opposant abstraitement cotisation et impôt, on introduit une dissymétrie et donc une ambiguïté, dans l'argumentation : d'un côté, – la cotisation –, il s'agit avec certitude d'un prélèvement sur les salaires, de l'autre, – l'impôt –, le flou par nature règne : on ne sait quelle est la nature du revenu ainsi ponctionné, mais, implicitement, on comprend qu'il s'agit de celui des ménages, que ce soit par l'IRPP ou, a fortiori, par la TVA. Pourrait-on garder le même raisonnement s'il s'agissait d'une taxe sur les profits des sociétés affectée à la Sécu, et qu'ainsi du profit serait transformé de manière structurelle en salaire socialisé ?

2.8. Les fondements implicites de la doxa cotisationnelle

En fait, sans que l'on n'y prenne jamais garde, l'argumentation utilisée ici est une pure construction rhétorique. Une affirmation de principe, une opposition totalement abstraite, hors de tout sol, qui pour avoir un soupçon de validité pratique supposerait que quatre éléments soient conjointement réunis. Elle ne fonctionne, en effet, que si :

- d'abord, une augmentation de cotisation est à portée de main. Force est d'observer que cela n'a pas été le cas depuis plusieurs lustres. À tout le moins, une telle réalité supposerait qu'il y ait un minimum d'interrogation sur les conditions de son dépassement et de l'effectivité d'une hausse de cotisation, ce n'est évidemment jamais le cas.
- il s'agit (mais toujours implicitement) d'une hausse des cotisations employeur, supposée prendre sur leurs profits ;
- cette augmentation peut être soutenue dans le rapport de forces et détermine ainsi un déplacement durable de la frontière salaires/profits. Là encore, rien dans la dernière période ne permet de valider une telle affirmation, alors que ce qui en est au contraire la caractéristique majeure est le décrochage des salaires (cotisations comprises) d'avec la productivité et donc la hausse du taux de plus-value.

¹⁶ Remarquons au passage que prise au strict pied de sa lettre, cette modulation en fonction de la part des salaires dans la valeur ajoutée et qui vise à en neutraliser la variation aboutit à faire de ce prélèvement le strict équivalent de... la TVA !

- Enfin, cette augmentation de cotisation est opposée à une imposition de type IRPP venant, via le budget de l'État, subventionner la Sécu, et non à une imposition des profits prélevée à la source et affectée à la SS. Cela alors même que l'invention de la CSG et l'affectation à la Sécurité sociale d'ITAF, comme la C3S ou les taxes sur le tabac et l'alcool, ont représenté une évolution notable, sinon une novation majeure, de la fiscalité.

On aboutit ainsi à une opposition jamais véritablement explicitée, subliminale en quelque sorte, entre une hausse de la cotisation employeur, supposée augmenter la part salariale, et une augmentation de l'imposition portant sur les ménages, qui viendrait injustement s'y substituer : d'un côté une hausse du salaire, de l'autre une baisse du pouvoir d'achat. Que cette argumentation « de bon sens », qui illustre à l'envie l'évidence de la dérive sociale-libérale actuelle, soit facilement utilisable sur les tribunes, on en convient volontiers. Qu'elle soit utile pour contrer rhétoriquement les projets du gouvernement rappelés en introduction, nul n'en disconvient. Qu'elle suffise à rendre compte du débat cotisation vs impôt est par contre une toute autre affaire.

L'impôt ne tient, en effet, pas tout entier dans une telle caricature, et de son côté, la cotisation n'est pas qu'un mot, elle est aussi une institution de droit, qui s'inscrit dans une histoire désormais longue et relève de dispositions et de modalités précises, dont on ne cherche ici pas même à connaître. Sur tout cela on reviendra.

2.9. Les salaires, c'est l'affaire des syndicats : la gestion paritaire

Enfin, l'argumentation se prolonge, politiquement, dans le mode de gestion de la protection sociale. La cotisation, est une forme de salaire ; la défense des intérêts matériels et moraux des salariés, c'est l'affaire des syndicats, donc la gestion de la Sécu c'est, ontologiquement, l'affaire des syndicats.

Peu importe que, là encore, cette revendication ne s'autorise aucun regard sur les conditions pratiques et concrètes de cette gestion dans la France contemporaine, car il pourrait bien, en effet, être critique. Par exemple, nulle analyse des régimes proprement paritaires, dont il pourrait pourtant être utile de tirer quelques enseignements : les mésaventures de l'UNEDIC (le PARE, les recalculés...), celles du fonctionnement (exemplaire et progressiste ?) de la formation professionnelle, de la gestion mirifique des AT-MP, ou encore, du guide de « bonnes pratiques » qui vient d'être donné au Gouvernement par le récent accord entre (certains) « partenaires sociaux » sur les régimes complémentaires vieillesse !

Là encore, peu importent ces quelques considérations pratiques, car il ne s'agit ici que d'une ontologie et que l'on vise ainsi, explicitement cette fois, à s'inscrire dans ce qui se voudrait être le prolongement d'une longue histoire: celle du mutualisme ouvrier, celle de la Sécu de 1945 et de la Charte du Conseil National de la Résistance, « Les jours heureux », pour laquelle il s'agissait de bâtir « *un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ».

S'inscrire dans cette continuité, c'est, ipso facto, se couvrir de sa légitimité... même si, comme on va le voir, c'est en en méconnaissant l'histoire.

3. Des origines à leur mythe, un peu d'histoire

Il y a donc débat. Pour les cotisationnistes⁽¹⁷⁾, on l'a vu, qui se parent des atours du CNR, il faudrait en revenir aux principes de 1945 et à la conception qui était supposée alors prévaloir: financement par des cotisations assises sur les salaires, gestion par des représentants élus des salariés présentés par les organisations syndicales.

Autant le dire fermement, cette vision est pure invention rétrospective, pure réécriture fantasmée d'une histoire que nul d'entre eux ne prend le moindre soin de réinterroger. En cela, cette lecture participe de la création d'un mythe, soit une représentation qui n'a que peu à voir avec (ce qui a été) le réel. Une histoire qui se prétend Histoire, en somme. C'est donc dans la mise à nu de cet écart entre ce que ce mythe nous dit et ce qui a été, dans ce qui est ainsi dénié, qu'il faut l'interpréter.

3.1. La préhistoire, du secours mutuel aux assurances sociales (1930): dépasser la « solidarité naturelle », les ROP et la question de l'obligation

L'histoire de la Sécurité sociale en tant qu'institution générale se confond avec notre histoire moderne⁽¹⁸⁾. Si elle est parfois recouverte par l'innovation bismarckienne qu'inaugurait le discours du « Chancelier de fer » du 17 novembre 1881 devant le Reichstag, par lequel il annonçait que l'État avait la mission de « *promouvoir positivement par des institutions appropriées et en utilisant les moyens de la collectivité dont il dispose, le bien-être de*

ses membres et notamment des faibles indigents », il n'en demeure pas moins que, à défaut de sa création, son invention véritable peut être attribuée au décret Barrère du 22 Floréal de l'An II (22 mai 1794) qui définissait les « moyens d'extirper la mendicité et sur les secours que doit accorder la République aux citoyens indigents ». Secours aux vieillards, infirmes, aux mères veuves et aux enfants, organisation d'un service public de santé gratuite... Le principe de la Sécurité sociale a bien été énoncé il y a un peu plus de deux siècles par les révolutionnaires français.

Mais, on le sait, ni la Révolution, ni le XIX^e siècle n'en autorisèrent seulement le début d'une construction effective. Au-delà des pseudos tentatives de législation (la loi du 18 juin 1850, instituant une Caisse nationale de Prévoyance, par exemple)⁽¹⁹⁾, ce fut l'organisation collective des travailleurs qui le permit et l'imposa, à travers les sociétés de secours mutuel (décret du 15 mars, mais surtout loi du 5 avril 1898), essentiellement tournées vers les secours maladie.

Mais, hors la mise en place progressive de l'assistance publique (lois de 1893 sur l'aide médicale gratuite, de 1904 sur les enfants assistés et de 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards infirmes) la reconnaissance de véritables droits sociaux resta limitée à quelques champs professionnels: l'État employeur (loi de 1853 sur les pensions), et les branches les plus en pointe de l'époque: réseaux de chemins de fer et compagnies minières. Toutefois, prolongement du mutualisme immédiat de la collectivité de travail, cette protection restait de nature purement contractuelle et, comme le montra la faillite de la compagnie de Bessèges, directement soumise aux aléas économiques.

S'agissant des mines, à la suite d'une série de grèves (1889, 1891 et 1893), une loi est votée en 1894, qui établit un régime obligatoire de retraites avec cotisations ouvrières et patronales identiques, les sommes étant gérées par la CNR. Dans les chemins de fer, l'évolution fut similaire: une loi est adoptée en 1890 puis une seconde en 1909, qui soumettent les statuts des caisses de prévoyance des compagnies à homologation ce qui permet d'assurer un minimum d'homogénéisation de leurs dispositions. Ces dispositions ouvrent ainsi la perspective d'une caisse de la branche. Leurs insuffisances sont à l'origine de la grande grève de 1910.

C'est dans ce contexte qu'en cette même année, très exactement le 5 avril 1910, qu'un texte fondateur fut

¹⁷ On rangera parmi les partisans de cette conception la Fondation Copernic, cf. « Main basse sur l'assurance maladie », Éditions Syllepse, août 2003, non sans d'ailleurs que ce débat n'ait été fort au sein même de la fondation, si l'on en croit les développements des pp.117 à 123 de la note précitée. On n'oubliera pas, non plus, l'ouvrage collectif de G. Berthiot, J.J. Chavigné et G. Filoche: « SOS Sécu », éditions du bord de l'eau, 2004.

¹⁸ Sur ce point, cf. J. Rigaudiat, « Sécurité sociale, deux cents ans d'histoire », in IRES, La protection sociale, Les cahiers français, mars-avril 1984.

¹⁹ Sur ces points, cf. B. Gibaud, « les sociétés de secours mutuel », in « Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale », La Documentation française, 1999.

adopté à l'Assemblée nationale, celui instituant les « retraites ouvrières et paysannes », les ROP. Les ROP furent incontestablement une rupture : de l'assistance, – celle accordée « aux vieillards, infirmes et incurables nécessiteux » par la loi de 1905 –, et de dispositions contractuelles applicables dans certains secteurs professionnels, on passait au principe de l'assurance. Un droit général était ainsi pour la première fois reconnu depuis le décret Barrère de 1794. Il était assorti d'une obligation, celle d'une triple contribution : du bénéficiaire, du patron et de l'État. C'est cela que retint alors d'abord Jaurès qui, avec Vaillant, en fut un constant défenseur. Ce fut une première, promise à un bel avenir ; en cela, on peut légitimement voir dans les ROP l'une des principales origines de nos assurances sociales.

Mais d'autres aspects, et pas des moindres, furent au cœur des controverses. Prévues pour être versées à partir de 65 ans, les ROP furent très vite, et non sans raison compte tenu des conditions d'existence de l'époque, taxées de « retraites pour les morts ». S'agissant d'un régime par capitalisation, la voix du peuple, l'organe de la CGT le considéra dès l'origine comme une « escroquerie » et le principe d'une cotisation ouvrière fut ardemment combattu, en particulier par Guesde. Lafargue résume en une formule les arguments de l'opposition de gauche : « la loi française est une compagnie d'assurance (...) qui sera une des plus fructueuses opérations de la période capitaliste »

Cette loi désormais centenaire n'a pas laissé un souvenir impérissable, tant elle fut accouchée dans la douleur – de 1898 à 1910 il aura fallu pas moins de trois législatures pour y parvenir — et put, ensuite, apparaître mal venue. Il faut cependant entendre aujourd'hui ce qu'en disait alors Jaurès : « nous la votons pour avoir le principe, nous la votons malgré les sacrifices qu'elle impose à la classe ouvrière. Mais demain nous vous demanderons un âge abaissé, (...) une retraite plus élevée, une participation plus large des assurés à la gestion des caisses... »

Mais surtout, et là fut le véritable échec, l'obligation alléguée n'en était pas véritablement une et le droit à la retraite n'était ainsi que de principe⁽²⁰⁾. Alors que l'assurance « obligatoire » (limitée à un salaire plafond) couvrait virtuellement sans doute de l'ordre de 90 % des 9,5 millions de salariés de l'époque, le nombre des entrants dans l'assurance ne fut que de 2,7 millions en 1913, très vite encore réduit à seulement 1,6 million dès 1914. La loi fut, en effet, vidée de son sens par la

jurisprudence d'entrée établie par la Cour de Cassation (11 décembre 1911), qui estima que l'employeur n'était pas fondé à imposer un précompte à un salarié qui le refuserait, puis confirmée (22 juin 1912) par une décision qui exonérait l'employeur de toute responsabilité en cas de non-présentation par le salarié de sa carte d'assuré, entraînant de ce fait l'impossibilité de coller les timbres correspondant à la part patronale.

Il fallut attendre la loi du 5 avril 1928, modifiée par celle du 1^{er} juillet 1930, pour que la question de l'obligation trouve enfin une réponse : déclaration obligatoire par l'employeur, légalement tenu et entièrement responsable de l'exécution effective du précompte. La notion d'assuré social était née et devenue effective.

L'histoire désormais longue de la SS, renvoie certes au mutualisme originaire, mais aussi, on vient de le voir, aux limites qui lui sont inhérentes. Ce sont les travailleurs eux-mêmes qui, confrontés à ces limites et à travers les multiples et récurrentes grèves qu'elles les amenèrent à provoquer, exigèrent que leurs caisses professionnelles puissent s'adosser à des garanties que seul l'État pouvait leur apporter et qui nécessitèrent l'intervention de la loi. C'est l'obligation d'assurance, que seule la loi permet d'imposer, qui a autorisé l'accès à des assurances véritablement sociales.

Ainsi, la cotisation, acte originellement volontaire, puis contractuel, devint obligation. La mutualisation professionnelle volontaire seule n'offre pas une base économique suffisante pour garantir la pérennité de la protection ainsi obtenue. Il n'y a pas de protection véritablement sociale de l'association, sans une obligation d'assurance et celle-ci requiert l'adossément à la loi. Dès cette origine-là, l'État est bel et bien présent.

3.2. Le malentendu sur les origines : 1945 ou 1944 ? Les ordonnances, ou la charte du CNR ?

Chronologiquement, il n'y a pas débat : le point de départ de la Sécu, c'est bien « Les jours heureux », la charte du Conseil national de la résistance (CNR), c'est 1944 (le 5 mars, pour être précis). Il s'agissait alors de réaliser : « *Un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ».

Directement inspiré des travaux du britannique **Beveridge**, qui se proposait « *de mettre l'homme à l'abri du besoin* », ce projet se proposait de couvrir :

- l'ensemble des risques – y compris ceux liés à la perte d'emploi – (« *dans tous les cas* »)
- pour chacun (« *tous les citoyens* »),

²⁰ Sur ce point, cf. P. Saly, « les retraites ouvrières et paysannes et les retraites dans le cadre des assurances sociales », in « Contribution à l'histoire financière de la sécurité sociale », op. cit.

- avec des institutions politiques (« les représentants des intéressés », que sont « les citoyens », et l'État).

Tels sont bien les principes fondateurs, que l'ordonnance du 5 octobre 1945 s'est ensuite efforcée de mettre en œuvre : « *Il est institué une organisation de la sécurité sociale, destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maladie ou de maternité qu'ils supportent.* »

D'un texte à l'autre, de 1944 à 1945, le glissement restrictif est toutefois clairement visible, les *citoyens*, visés par le CNR, sont devenus les *travailleurs et leurs familles*, pour le reste les principes beveridgiens sont réaffirmés, mais pour être aussitôt battus en brèche en pratique. D'abord, parce que, sous le poids de l'existant et de son histoire, les régimes professionnels construits à partir de la fin du XIX^e dans les branches les plus combatives refusent de se fondre dans le régime général, ils deviendront – jusqu'à aujourd'hui – des : « régimes spéciaux ». Enfin, parce que les non-salariés, refuseront d'être assimilés aux salariés, notamment sur le terrain des retraites, pour lesquelles l'idée initiale d'un régime unique est abandonnée dès 1947. Les régimes de non-salariés se construiront à part.

L'exposé des motifs de l'ordonnance fondatrice d'octobre 1945 mérite d'être ici rappelé ; d'abord parce qu'il souligne, en des termes qui sont toujours d'actualité, les principes constitutifs qui sont au fondement de notre sécurité sociale ; ensuite parce qu'il témoigne de façon éloquente de la difficulté dans laquelle les pères fondateurs se sont très rapidement trouvés, dès lors qu'il fallut passer à l'acte. Devant la réalité et les résistances qui se manifestent, les principes fondateurs du CNR deviennent des objectifs pour le long terme, le « *but final* » et l'organisation mise en place « *le cadre dans lequel se réalisera **progressivement** ce plan* ».

« *La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité...* »

« *La sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs*

d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. »

Derrière ces quelques mots, on perçoit combien la déception des pionniers est grande ; aux généreuses espérances a dû succéder un âpre combat, dont on voit bien alors déjà qu'il sera long et difficile.

À l'issue de cette première étape, le « régime général », ex-régime « *de tous les citoyens* », n'est plus que celui des seuls salariés autres que ceux des régimes spéciaux. Enfin, le risque de perte d'emploi, qui était partie intégrante du projet du CNR, est sorti du champ de la sécurité sociale. On ajoutera, pour que le panorama soit à peu près complet, que, l'unité organisationnelle du régime général initialement voulue fut très vite battue en brèche. Les démocrates-chrétiens du MRP n'acceptèrent pas que les allocations familiales entrent dans le champ ; il y eut ainsi d'un côté des CAF, de l'autre des caisses générales (vieillesse, maternité-maladie).

Entre la vision de 1944 et ce qui se met en place à partir de 1945, il y a bien un hiatus : quoi qu'on en dise aujourd'hui et quelque relecture que l'on fasse de ce moment, il est patent que le CNR voulait un système « beveridgien » de sécurité sociale, là où l'on ne put obtenir qu'une addition de régimes « bismarckiens » d'assurances sociales.

3.3. 1945-1990, repousser les limites du bismarckien : extension et généralisation

Les inconvénients d'un tel système ne tardèrent pas à se faire évidents : des trous immenses dans une protection lacunaire, puisque limitée dans son champ.

La première évolution – en gros, jusqu'à la fin des années soixante – fut d'**extension** du champ de la protection à des catégories non couvertes ou à des risques non pris en charge. Ainsi, va-t-on de la création en 1948 de quatre caisses vieillesse dites « autonomes » (par rapport au régime général) pour les non-salariés, jusqu'à celle de l'assurance maladie des non-salariés en 1966, définitivement organisée par la loi Boulin en 1971, en passant par celle du régime vieillesse des exploitants agricoles (1952), puis de leur assurance maladie maternité (1961).

Ou encore, mais désormais hors du champ institutionnel de la Sécurité Sociale, les retraites complémentaires avec l'AGIRC pour les cadres (1947) et l'ARRCO (1961) pour les autres salariés, et l'UNEDIC (1958) pour l'indemnisation du chômage. Ou encore et enfin, le développement de prestations non contributives, en particulier en vieillesse avec le minimum-vieillesse.

La seconde période, – qui s'étend tout au long des années soixante-dix – fut de **généralisation et d'harmonisation**. Elle débute avec la loi-cadre de 1974, qui pose le principe de la généralisation et de l'harmonisation comme les principes directeurs de l'avenir, et fonde la compensation démographique. Ce fut le début des « régimes alignés » (sur le RG) : 1972 vieillesse des commerçants ; 1977, assurance maladie des non-salariés, hors petit risque. Elle s'achève avec la loi de 1978 qui crée l'assurance personnelle en maladie et instaure un droit universel aux prestations familiales (le droit aux PF est lié à un critère de résidence et non plus à l'activité professionnelle). Entre-temps, la loi de juillet 1975 rend obligatoire l'affiliation à un régime vieillesse de toutes les personnes actives.

À force de rustines successives et après trois plines décennies d'évolution, avec l'assurance personnelle on était arrivé au bout de la logique de généralisation du système des régimes bismarckiens.

Par définition, le système **bismarckien**, – qualifié ainsi par référence à ce qui fut édifié sous l'égide du « chancelier de fer » dans l'empire prussien à la fin du XIX^e siècle –, vit, en effet, sur une logique de solidarité professionnelle qui est par nature limitée. Seuls sont couverts les actifs du champ professionnel considéré, ce sont eux qui paient (des cotisations, « salaire indirect » ou « différé »), ce sont eux qui gèrent le régime, ce sont eux qui en bénéficient (les « bénéficiaires ») et, par extension, leurs « ayants droit » (femmes et enfants), qui possèdent des « droits dérivés ». Assurantiels, ils exigent un minimum de durée de cotisation avant que les droits à prestation soient ouverts.

Historiquement ces régimes ont joué un rôle essentiel dans la construction d'un dispositif de droits protecteurs lorsque rien ne leur préexistait ; ce rôle est aujourd'hui dépassé. Ajouter des régimes professionnels aux régimes professionnels existants peut combler des lacunes, mais, par définition même de ces régimes, cela ne permettra jamais de les éviter (chômeurs, jeunes primo demandeurs, femmes seules, étrangers).

Ce sont des régimes que, pour ma part, je considère pouvoir à bon droit appeler « travail – famille », dans la mesure où les droits sont ouverts par l'existence d'un contrat de travail, ou peuvent dériver d'un contrat de mariage avec le bénéficiaire du contrat de travail ; dans cette conception assurantielle, l'ouverture des droits génériques est par ailleurs conditionnée par une durée minimale de travail. Mais le reste du monde est hors champ et, par nature, demeure des sans droits.

Il peut y avoir généralisation, il ne peut y avoir universalité. À compléter du bismarckien par du bismarckien on s'approche, certes, de Beveridge, mais asymptotiquement, c'est-à-dire jamais complètement.

Une bonne illustration de cette impossibilité est fournie par ce qui s'est passé au moment de l'instauration de la CMU (de base) en 2000, lorsque le remboursement des soins est véritablement devenu un droit : environ 150 000 à 200 000 personnes (hors AME), qui n'étaient jusqu'alors pas couvertes par une quelconque assurance maladie, pourtant très largement généralisée, parent, enfin, l'être. Hors de tout champ jusque-là, ils relevaient de l'aléatoire, assistance ou générosité des associations.

Pour passer de l'autre côté de l'asymptote, pour rompre avec cette impossibilité, il faut changer de paradigme et mettre en jeu un autre principe que celui de la solidarité professionnelle : celui d'universalité.

Le droit à la protection est alors attaché de manière irréfragable à la personne – à toute personne – et à son existence même : c'est un droit de l'homme et du citoyen, non une dérivation du droit du travail. Il faut alors quitter Bismarck et en venir à Beveridge, en revenir, en somme, à 1944 et à la Charte du CNR.

4. Vers le retour aux principes de 1944 ?

Parallèlement à cette évolution historique de la conception même des prestations, le financement des régimes a lui aussi connu un profond bouleversement, tant du côté des cotisations « employeurs » que de celui des cotisations « salariés ». La Sécurité Sociale qui, naguère, relevait d'un financement quasi exclusif par des cotisations assises sur les salaires est désormais, comme on l'a vu en première partie, largement financée par des prélèvements de nature fiscale. Cette situation actuelle est le résultat de deux évolutions distinctes.

4.1. Les deux visages de la fiscalisation

La première, qui concerne les seules **cotisations « employeurs »**, a partie liée avec la thématique, seule présente aujourd'hui dans la bouche du gouvernement, du coût du travail et de la compétitivité. La multiplication au fil du temps des exonérations, leur pérennisation, notamment en direction des bas salaires, a entraîné un important et durable manque à gagner pour la Sécurité sociale. Il a bien fallu leur trouver quelque part une compensation financière. Ainsi, peu à peu, pour des raisons pratiques liées à l'emprise de l'idéologie de la compétitivité, de plus en plus de ressources fiscales lui ont été affectées qui ont, pour l'essentiel, pesé sur les ménages. C'est très précisément ce que propose aujourd'hui de prolonger le Gouvernement avec son « pacte de confiance avec les entreprises ». C'est

cela qu'il faut refuser. Cette fiscalité il doit ici y avoir, elle doit peser sur les entreprises et leur profit.

Du côté des **cotisations « salariés »**, par contre, la réflexion a été différente : leur montée progressive au cours des années 70-80 venait rogner la progression du pouvoir d'achat ; ceci fut particulièrement notable dès lors qu'après le premier choc pétrolier de 1973 la page de la croissance rapide des 30 Glorieuses se tourna. Lorsque la CSG a été créée par M. Rocard en 1990, cette idée était suffisamment présente pour que cette création se soit faite par substitution et non par addition aux cotisations (salariales) existantes. Grâce à l'élargissement d'assiette qui a fait contribuer des revenus autres que salariaux, cette substitution, a même permis d'alléger le prélèvement social sur les salariés et d'ainsi dégager un (modeste) pouvoir d'achat supplémentaire. Il en a été de même lorsque L. Jospin a par la suite substitué la CSG aux cotisations salarié maladie. La CSG, d'abord très fortement contestée, s'est, par la suite, peu à peu imposée, au point qu'aujourd'hui en maladie, hormis le financement des retraites et des indemnités journalières, il n'y a plus de cotisation salariale.

Dans ces deux cas où la CSG était le sujet, l'idée d'un soutien à la consommation et donc à la croissance était très présente, sinon essentielle. Elle était totalement complémentaire d'une recherche de l'universalité des régimes : déjà présente pour les prestations familiales, pour lesquelles la CSG a été créée, son application à la maladie s'est alors traduite par le passage de l'assurance maladie à la CMU.

Du développement des recettes fiscales dans les ressources de la Sécu, à la création puis montée en régime, d'une imposition particulière – la CSG (désormais premier impôt direct)⁽²¹⁾ –, il apparut clairement que le Parlement, qui seul peut voter les recettes fiscales, ne pouvait plus être écarté des débats sur la sécurité sociale. C'était pourtant jusqu'alors le cas. Conséquence de leur

caractère obligatoire⁽²²⁾, les cotisations étaient en effet quant à elles fixées de façon discrétionnaire par l'administration, après un simple avis des conseils d'administration des caisses. Le problème de l'organisation de la sécu, de sa « gouvernance », ne pouvait dès lors plus être éludé.

Quant aux « cotisations employeurs », jusqu'à il y a peu, tous à gauche envisageaient une assiette plus large, taxant les revenus financiers, ou faisant mieux contribuer les profits, ou la valeur ajoutée ; « faire payer les machines » disait déjà P. Mauroy au début des années quatre-vingt quand il était Premier ministre... Les formules pratiques sont donc diverses et variées, mais quels que soient les mots utilisés, – et même si celui de cotisation l'est parfois –, dans tous les cas, c'est bien d'impôt sur les revenus du capital qu'il s'agit(ssai)t. À cet égard, le CICE et son financement par la TVA a représenté un total revirement de la part des socialistes, pour lesquels il n'avait jamais jusque-là été question de substituer un financement par les ménages aux cotisations patronales et qui à ce titre avaient combattu le projet de « TVA sociale » du précédent gouvernement !

4.2. La tentation néolibérale : le risque « Robin des bois »

Devant la nécessité d'aller au-delà de ce qui existe, et plutôt que de « passer de l'autre côté du miroir » en instaurant des droits universels là où existent des dispositifs assurantiels, il est plus « naturel » et satisfaisant pour l'idéologie marchande spontanée du néolibéralisme de mettre en place des dispositifs ayant pour fondement la symétrie des droits et des obligations, en faisant régresser la solidarité.

Cette tentation contemporaine que porte le néolibéralisme fait en permanence courir à la solidarité, et donc à la protection sociale un risque de régression. Mais il n'y a là, en fait, que la réactivation d'un très vieux principe libéral, celui porté par Laroche Foucault Liancourt, président du comité de mendicité sous la Convention : « si tu es en droit de demander à la société : donne-moi de quoi vivre, la société est en droit de te demander : donne-moi ton travail ». Ce risque va dans trois directions différentes, qui peuvent d'ailleurs se conjuguer :

- *Forcer les exclus à travailler.* Lorsqu'elle est instaurée, cette pseudo-symétrie des droits et des devoirs est la

²¹ La CSG, est bien une recette de nature fiscale qui relève du débat parlementaire. Précisons un peu ce point, qui fait apparemment parfois débat. À sa création, en 1990, la CSG était un impôt. Parmi ses caractéristiques l'une d'entre elles – d'ailleurs alors contestée vivement notamment par la CGC – était sa non déductibilité de l'Impôt sur le revenu (l'impôt n'est, en effet, pas déductible de l'impôt). Si cette fraction initiale de la CSG est restée non- déductible, il est vrai que les élargissements successifs qui ont suivi ont été, eux, déductibles de l'impôt, ce qui rapproche cette fraction de CSG des caractéristiques d'une cotisation. Pour autant (cf. décision du 19 décembre 2000 du Conseil Constitutionnel), la CSG (ou plus exactement cette partie non-déductible) n'en perd pas son caractère « d'imposition de toute nature ». Au total, la CSG entre bien dans le champ de l'article 34 de la Constitution qui définit le champ imparti au législateur : « il appartient au législateur de fixer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement » (décision précitée du CC).

²² Bien qu'association loi de 1901, l'UNEDIC est justiciable du même type de procédure. Pour être effective et s'imposer obligatoirement à tous les employeurs, sa convention, bien que négociée par les seules organisations professionnelles et syndicales, doit faire l'objet d'un agrément par l'administration. Il en va de même des régimes complémentaires qui, selon la formule consacrée, sont « légalement obligatoires », ce qui signifie que, comme on l'a vu à propos des ROP, s'agissant de conventions privées seule la loi peut leur donner force obligatoire.

plupart du temps de la pure fiction juridique, car il est, de fait, illusoire de vouloir l'imposer, mais, malheureusement une vraie réalité idéologique. Elle vient malheureusement de s'inscrire dans les institutions de protection sociale, avec la transformation du RMI en RSA, dont le versement a, pour symétrique l'obligation du contrat d'insertion, – légalement, mais c'est dans les faits une pure fiction –. C'est le risque, bien présent aujourd'hui, de régression du « welfare » en « workfare », que les prochaines négociations sur l'assurance chômage pourraient bien venir tristement illustrer.

- *Ne donner que si je veux.* La seconde direction vise à faire régresser la sécurité sociale en tirant ses principes vers ceux de l'aide sociale qui, par nature, est subsidiaire et discrétionnaire, et non attachée à un droit préexistant : la société ne donne que si elle veut et en fonction de l'examen du cas individuel.
- *Ne donner qu'aux nécessiteux.* La troisième direction, qui touche directement aux principes de la sécurité sociale, conduit à pousser au rétrécissement du champ de la protection en la « ciblant », sous couvert d'une redistribution plus efficace, là où la prestation avait un caractère général et même parfois universel. En caricaturant le propos, le discours ⁽²³⁾ est le suivant : il n'est plus possible de continuer à donner indistinctement à tous, cela coûte trop cher, il faut faire comme « Robin des bois » : prendre aux riches, et ne donner qu'aux pauvres, mais il faut que les pauvres jouent le jeu et montrent leur bonne volonté. Bref, je réduis le poids du prélèvement social en « ciblant mieux » le public auquel je redistribue. L'objectif ultime est alors de mettre les prestations sous condition de ressources.

Contrairement à ce qui est parfois dit, la tentation néolibérale n'est certes pas de mettre en place des droits universels. Le risque est, tout au contraire, de mener une politique « ciblée ». Ce serait bien sûr, on l'a vu, d'une part rompre avec les principes du CNR. Mais ce serait aussi faire courir un risque politique de rupture de la solidarité : en excluant ainsi les couches moyennes du bénéficiaire des prestations, alors que du côté des ménages, elles en sont les (principales) sources de financement. Cela conduit alors de manière inéluctable à leur refus d'un système injuste pour elles. Le résultat en est couru d'avance : fin de la sécurité sociale, retour à l'aide sociale à travers des mécanismes de couverture minimale pour les plus démunis, développement des assurances privées,

et in fine refus de paiement des « charges sociales », qu'il s'agisse d'ailleurs de cotisations ou de fiscalité.

C'est à cela d'abord qu'il faut s'opposer, c'est cela qu'il faut combattre en priorité.

Au terme de cette revue sommaire de l'état des lieux comme de l'histoire de la Sécurité sociale, que retenir ? Et quel projet porter pour ses différentes « branches », – maladie, accidents du travail, prestations familiales, vieillesse –, comme d'ailleurs pour les autres « risques » auxquels une couverture socialisée devrait permettre de faire face : perte d'autonomie des personnes âgées, chômage, formation professionnelle... sous des déclinaisons qui leur seraient spécifiques ?

Une chose essentielle – et je déplore pour ma part qu'elle puisse encore faire débat – doit avant tout être affirmée : ce n'est pas l'affiliation à un régime qui fonde le droit à la santé, à la retraite, au travail, à la qualification ou à un revenu de remplacement, c'est tout simplement l'existence. De ces droits, de ses droits, nul ne peut être privé. Tout le reste, d'une certaine façon, s'en déduit.

Quant au financement, la fiscalisation des ressources est le corrélat nécessaire de l'universalité des droits. Qu'est-ce, en effet, qui distingue fondamentalement une cotisation d'une ressource fiscale affectée à la sécurité sociale ? Deux choses. La première, est que l'impôt voit son montant fixé une fois pour toutes par le législateur qui en affecte le produit à la protection sociale et en laisse la gestion à ses organes spécifiques ; alors que, à l'inverse, celui de la cotisation (obligatoire) l'est discrétionnairement par l'administration. La seconde, la plus importante ici, est que s'agissant de la cotisation, et contrairement à la ressource fiscale, son versement est la (ou l'une des) condition(s) d'ouverture d'une éligibilité aux prestations. Ainsi, dans un régime à cotisations, le principe est celui de l'assurance, et on a vu que même la généralisation ne pouvait permettre d'assurer une couverture complète. De plus, pour une large partie de la population, ces droits ne peuvent être des droits propres mais sont dérivés, et n'existent donc qu'au prix d'une sujétion privée. Bref, dans ce cas, pas de prestation sans cotisation, « pas d'argent, pas de suisse ». L'universalité est tout simplement pratiquement impossible et philosophiquement impensable dans des régimes à cotisation, régimes par définition assurantiels, dans lesquels il faut avoir payé pour avoir des droits.

Il faut ainsi affirmer haut et fort que la Sécurité sociale c'est, au contraire, prendre à tous en fonction des capacités contributives et donner également à chacun en fonction de ses besoins, au terme d'une délibération collective

²³ On trouvera dans D. Strauss Kahn, « Pour l'égalité réelle », notes de la fondation Jean Jaurès, juillet 2004, en particulier pp. 57-58 et pp. 63-66, une parfaite illustration d'une telle analyse. Il y est beaucoup question de redistribution et très peu de sécurité sociale.

démocratique qui en organise les modalités. La solidarité est un acte politique qui crée et réaffirme le lien social qui unit les citoyens; ce n'est pas une technique d'assurance, pas même d'assurance dite sociale.

Tout conduit ainsi à faire, aux côtés des cotisations, une place aux prélèvements fiscaux. Mais cette place doit par nature être limitée. À cela deux raisons. La première tient au fait que la fixation de la ressource, qui lui revient, ne doit pas permettre une immixtion du législateur dans une gestion qui doit demeurer autonome. C'est pourquoi cette fiscalité doit être affectée à la protection sociale. La seconde tient au fait que si la fiscalité doit assurer le financement des droits universels, elle ne peut en aucun cas se substituer à la cotisation dans celui des revenus de remplacement, dont le versement est, d'une façon ou d'une autre, indissolublement liée à l'activité professionnelle: retraites, indemnités journalières, rentes accidents du travail, chômage...

Face aux attaques néolibérales, il est aujourd'hui indispensable d'organiser les légitimités de la démocratie sociale, comme d'assurer des financements pérennes permettant de répondre aux besoins tout en réalisant l'équilibre financier durable sans lequel les régimes de sécurité sociale seront dans un péril permanent de remise en cause. C'est ce saut-là qui a été fait hier avec la CMU comme avec l'APA, et qu'il nous revient aujourd'hui de faire dans les autres domaines. C'est aussi un retour aux principes fondateurs de la charte du CNR. C'est un choix idéologique, politique et pratique essentiel: il faut rompre avec la logique du contrat; il faut entrer, il faut s'installer, dans une logique de droits des citoyens.

Ce n'est qu'au prix de telles ruptures qu'il sera, demain, possible de construire une solidarité sociale qui viendra prolonger de manière progressiste l'édifice que les solidarités professionnelles d'hier ont permis de bâtir.

Paix et santé

Par M. Michel Cibot

Animateur de l'Association française des communes, départements et régions pour la Paix

Notre pays vit en paix depuis plusieurs décennies. Cela ne signifie pas que la guerre soit absente de nos pré-occupations. Le Mali nous le rappelle, y compris dans les traductions budgétaires de l'intervention. Ce billet n'entend pas revenir sur l'actualité mais sur la paix en général, dans ses relations avec la santé.

Guerre et Paix, temps de mémoire

Le monde instable où nous vivons depuis des millénaires cultive sans relâche l'« art » de la guerre. Nos institutions et leur fonctionnement en portent l'empreinte profonde. Les budgets militaires restent considérables quand les moyens dont dispose l'action pour la paix sont fort modestes, même si une vague profonde a conduit à de curieuses évolutions sémantiques. Nous sommes passés d'un « ministère de la guerre » à un ministère de la défense et les guerriers d'aujourd'hui, pas plus exposés que les civils, veulent à tout prix nous convaincre qu'ils protègent la paix... Souhaitons qu'ils réussissent. Lorsqu'il est question de paix, les discours commencent en principe par évoquer la guerre mais les peuples aspirent toujours profondément à la paix. Nous entrons actuellement dans un temps de mémoire. Le rappel du déclenchement de la première guerre mondiale il y a un siècle, nous donne l'occasion de relire les témoignages des soldats ayant souffert dans la boue et la vermine des tranchées. Ils sont éloquentes par leur dénonciation de la boucherie et leurs appels à vivre enfin en paix. Ces soldats de 14, nos grands-pères et arrière-grands-pères, principalement venus de cette France rurale où vivait l'essentiel de la population (et pas seulement en France) avaient cru les belles paroles leur expliquant que ce serait la dernière, la « der des ders » disaient-ils en partant, la fleur au fusil, pour en finir vite. Nous savons comment cette guerre a (mal) tourné. Nous n'avons pas fini d'en payer les conséquences. Les familles, décimées, « recomposées » (ce terme si couramment usité de nos jours n'existait pas), furent légions. Les estropiés, les « gueules cassées », anciens combattants handicapés à cause de cette « sale guerre » se comptaient également par milliers. Tous ne rêvaient que de paix. Les propagandes guerrières effrénées, n'ont jamais empêché les peuples de préférer la paix à la guerre. Les citations, récompenses et médailles en tous genres ont eu beau fabriquer des héros, elles n'ont pas changé cette réalité profonde et c'est heureux. Aujourd'hui dans les régions, trop nombreuses, où la guerre sévit encore, plus ou moins intense, celles et

ceux qui la subissent disent désespérément leur « soif de paix ». Ce sont là des mots entendus en Palestine ou au Congo, au cœur des conflits les plus désespérants.

Guerre et santé humaine

D'étranges esprits trouvent malgré tout le moyen de faire admettre, avec un certain succès, que les guerres ont rendu possible des progrès scientifiques et techniques, notamment dans le domaine de la médecine. Sans prétendre épuiser ce sujet, ni entreprendre seuls les études suggérées, disons tout de même qu'il serait utile de consacrer quelques moyens à un bilan. Nous pouvons légitimement penser, aussi, que sans les guerres, le monde aurait progressé bien plus vite et que la moitié des habitants de notre planète ne vivrait pas aujourd'hui dans la misère. Quand j'entends dire, par exemple, que les mines « anti-personnel » ont permis des progrès dans la technique des prothèses, je ne peux pas m'empêcher de répondre que nous aurions parfaitement pu nous passer de ces progrès-là. Les mines n'ont jamais contribué à la santé humaine. Elles ont « fabriqué » des handicapés. Reconnaître une utilité à quelque forme de guerre que ce soit revient à la banaliser, alors que nous devrions rappeler sans relâche qu'elle est la plus haïssable des activités humaines. Réjouissons-nous en l'occurrence, de la décision des États d'adopter un traité international d'interdiction des mines anti-personnel.

L'arme ultime

La santé humaine n'a pas progressé grâce à la guerre, a fortiori dans sa forme ultime, sa forme nucléaire... Notre pays refuse de débattre de ce sujet, accroché qu'il est au mythe de la dissuasion, au point de refuser de mesurer les dangers de la prolifération des armes nucléaires malgré l'existence d'un traité (le traité sur la non-prolifération - TNP) qui prévoit leur élimination. Certes des mesures de réduction ont été prises mais la modernisation de ces armes terribles se poursuit. Dans le même temps des voix de plus en plus nombreuses s'expriment, dans le sillage des avant-gardes pacifistes, pour appeler à la raison. On lira notamment un ouvrage récent, *Arrêtez la bombe!* édité au Cherche midi. L'ancien ministre de la défense Paul Quilès y fait des propositions constructives. Même si les résultats tardent, cet engagement est encourageant.

Ainsi, les armes nucléaires ont-elles donné à quelques chefs d'État le pouvoir d'exterminer tous les humains. Ce pouvoir absolu pourrait-il n'avoir aucune conséquence sur nos vies ?

Il se trouve que dans un ouvrage publié récemment en français⁽²⁴⁾, deux chercheurs anglais abordent à leur manière cette question. « *N'est-il pas paradoxal, écrivent-ils, page 31, que, parvenus au pinacle de l'accomplissement matériel et technique de l'être humain, nous soyons rongés par l'anxiété, sujets à la dépression, inquiets du regard des autres, incertains de nos amitiés, mus par la consommation et dépourvus, largement ou totalement, de vie sociale ? Nous nous sentons privés des contacts sociaux décontractés et des satisfactions émotionnelles dont nous avons tous besoin... quand nous ne devenons pas la proie d'une consommation excessive d'alcool, de médicaments psycho actifs et de drogues interdites par la loi* » parce que dangereuses pour la santé. Cet ouvrage consacré au rapport entre notre santé et les inégalités économiques, prend un sens particulier si nous le replaçons sur la toile de fond de notre monde contemporain caractérisé par la rupture scientifique fondamentale introduite par les découvertes du XX^e siècle en physique nucléaire. Ces découvertes ont certes trouvé des usages pour soigner, mais elles ont surtout généré un **pouvoir de destruction totale** jamais imaginé. Le philosophe Günther Anders a pu dire de ce pouvoir qu'il « dévalue » l'être humain⁽²⁵⁾, inverse parfait de l'« Humain d'abord ». Cette dévalorisation de l'humain est sans doute l'un des problèmes clef du XXI^e siècle car il ouvre la porte à toutes sortes de maux et dérives, en résonance avec les travaux sus-évoqués. (Voir le blog de l'AFCD RP, rubrique Anders). Récemment, les risques humanitaires encourus en cas de conflit nucléaire, même limité, se sont retrouvés au cœur des réflexions et ont donné lieu à une nouvelle approche portée par 127 gouvernements et des ONG, dont le Comité International de la Croix-Rouge. Le 17 novembre 2013, à Sydney, le CICR actait les principes d'un plan d'action qui ne devrait pas laisser insensibles les milieux médicaux, ni d'ailleurs les édiles locaux.

L'engagement du CICR

Dès novembre 2011, les membres du Conseil des délégués de la Croix-Rouge soulignaient qu'en cas d'utilisation d'armes nucléaires, leur organisation ne pourrait pas jouer son rôle, comme elle l'avait constaté à Hiroshima et à Nagasaki où, face au nombre des victimes touchées en quelques secondes et considérant que ses moyens humains et matériels avaient eux aussi été anéantis, aucun secours ne pouvait intervenir. De surcroît, les rayonnements

ionisants produits par les armes nucléaires remettent en cause l'intégrité physique des personnes venues de régions épargnées, ce qui bloque l'ensemble du système humanitaire. Ainsi, le président Peter Maurer du CICR, déclarait-il lors de la Conférence d'Oslo sur les risques humanitaires des armes nucléaires en mars 2013 : « *Dans le cas des armes nucléaires, la prévention – notamment à travers l'élaboration d'un traité juridiquement contraignant visant à proscrire et à éliminer ces armes – représente la seule voie d'avenir possible.* »

Dans cette optique, la résolution adoptée le 17 novembre dernier par le Conseil des délégués du Mouvement International de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (<http://www.icrc.org/fre/war-and-low/weapons/nuclear-weapons/index.jsp>) renforce l'engagement de cette organisation en faveur du désarmement nucléaire en lançant une série d'actions, pays par pays. Une mesure qui fait écho au travail déjà engagé par de nombreuses organisations dont le réseau Maires pour la Paix.

Hiroshima, Nagasaki et le réseau « Maires pour la Paix »

La prévention est la seule solution ! Pour ce faire, un renforcement des outils existants tels que le TNP est nécessaire. Il faut également faire appel à des modes d'organisation et de fonctionnement nouveaux que le réseau Maires pour la Paix, animé par les villes d'Hiroshima et de Nagasaki, propose d'élaborer à partir de la notion de Culture de la Paix et d'un « management responsable et solidaire fondé sur le respect et la confiance ». Fort du soutien de près de 6 000 collectivités territoriales dans 158 pays, Maires pour la Paix travaille avec le CICR et entend prendre toute sa part dans la mise en œuvre du plan d'action proposé.

L'AFCD RP – Maires pour la Paix – France dispose d'une expérience d'ores et déjà éprouvée. À quelques mois d'élections municipales il est tout indiqué de travailler à donner du sens et du contenu aux stratégies et aux programmes locaux. La notion de Culture de la paix est une approche renouvelée de l'engagement pour la paix. L'implication la plus large possible des maires et de tous les acteurs territoriaux porterait des fruits généreux. L'AFCD RP propose des moyens concrets de donner ce sens qui fait tant défaut actuellement, même si la gestion locale est la moins affectée par le déficit de confiance des citoyens envers leurs édiles. Les méthodes et actions proposées sont par ailleurs de nature à générer des ressources ou des économies par la mise en œuvre de synergies fructueuses...

**En savoir plus : www.afcdrp.com
Contact : secretariat@afcdrp.com**

²⁴ Richard Wilkinson et Kate Pickett : « Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous », éd. Les Petits Matins.

²⁵ Günther Anders : « L'obsolescence de l'homme ».

Les mesures pour lutter contre le tabac : réflexions d'une clinicienne

Par le D^r Anne Borgne, service d'addictologie, Groupe hospitalier des Hôpitaux universitaires de Paris Seine Saint Denis (René Muret, Jean Verdier, Avicenne)

NDLR: Le Docteur Anne Borgne, médecin addictologue, est actuellement chef du service d'addictologie du groupe hospitalier universitaire Paris Seine-Saint-Denis, regroupant les hôpitaux Avicenne à Bobigny, Jean Verdier, à Bondy et René Muret à Sevran (AP-HP). Médecin généraliste de formation, elle a créé la consultation de tabacologie de l'hôpital Jean Verdier en 1989, élargie à l'ensemble des pratiques addictives en 2006 à l'origine de l'ouverture du service d'addictologie qu'elle dirige actuellement. Elle a été la coordinatrice du Réseau hôpital sans tabac avec le P^r Gilles Brückner et est depuis 2007 la Présidente du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD).

Une cruelle réalité

Le tabac est la première cause de mortalité évitable au monde. Un fumeur sur deux meurt d'une maladie liée au tabac. Le nombre de décès en France en 2004 a été estimé à 73 000 (1), dont 59 000 hommes et 14 000 femmes. La consommation de tabac, pourtant en diminution depuis une vingtaine d'années, s'est accrue récemment comme en témoigne le dernier baromètre santé de l'INPES, passant de 27 % des 15-75 ans à 29 % et 24 % des femmes enceintes (2). La prévalence chez les jeunes reste préoccupante avec 26 % pour les garçons et 21 % pour les filles de 15 à 19 ans et respectivement 43 % et 39 % entre 20 et 25 ans.

Même si le nombre de jeunes filles fumeuses ne semble pas augmenter, les baby-boomeuses portent le fardeau de leur émancipation, avec une augmentation de 7 points de prévalence et des conséquences sévères pour leur santé. Catherine Hill a ainsi montré que le risque de décès des femmes en France par cancer du poumon va dépasser le risque de décès par cancer du sein d'ici deux à trois ans (1).

Un coût sanitaire injustement discuté

Contrairement à une idée très largement répandue, le tabac ne rapporte pas d'argent à l'État. Au contraire, il coûte environ 47 milliards d'euros par an dont 18 milliards en dépense de santé. L'argument avancé faisant croire que les gouvernements successifs ne prennent pas les mesures nécessaires pour une réelle diminution de la prévalence tabagique pour ne pas perdre la rentabilité des importantes taxes des produits du tabac est faux.

Cependant, l'argent des taxes arrive à Bercy, au ministère des finances, et y est le bienvenu tandis que les coûts de santé et sociaux pèsent sur d'autres ministères. On a souvent parlé d'État schizophrène. On peut ajouter la pression et le lobbying permanent des cigarettiers auprès des élus politiques afin que les lois leur restent

favorables. Les augmentations de prix par exemple sont proposées par le ministère de la santé dans une logique de santé publique et sont décidées par le ministère du budget dans une logique économique. Un célèbre déjeuner rassemblant des députés invités par l'industrie du tabac a d'ailleurs fait scandale récemment.

Un levier d'action rendu inefficace

On sait que l'augmentation du prix de vente du tabac peut diminuer la prévalence du tabagisme (6,7), comme cela s'était produit en France en 2003. Mais pour être efficace, celle-ci doit être suffisamment importante: pour une augmentation de 10 %, on attend une diminution des ventes de 3 à 4 %. Or, depuis janvier 2004, toutes les augmentations du prix du tabac n'ont été que de 6 %, ce qui n'a eu aucune répercussion sur la consommation.

En janvier 2005, le Haut Conseil de la santé publique a émis un avis recommandant des actions pour accroître le prix du tabac: augmenter les taxes, harmoniser le prix de tous les produits du tabac (cigarettes manufacturées, tabac à rouler), et équilibrer les prix en Europe pour éviter les achats transfrontaliers. Il recommande également d'augmenter le montant de la prise en charge de l'aide à l'arrêt et de créer une mission interministérielle de lutte contre le tabac.

Des mesures recommandées mais mal appliquées *Interdiction de vente aux mineurs*

L'interdiction de vente du tabac aux moins de 16 ans a été renforcée en juillet 2009, s'appliquant ainsi à tous les mineurs de moins de 18 ans. L'évaluation de cette mesure deux ans après son application montre un résultat décevant. L'accessibilité perçue au produit semble avoir diminué, mais les jeunes déclarent qu'il leur serait très facile de s'en procurer. Les buralistes sont un peu plus attentifs à vérifier l'âge de leurs jeunes clients, mais les failles restent nombreuses et les contrôles rares. Une mesure pour être efficace doit être correctement appli-

quée et, pour cela, son application doit être contrôlée, ce qui n'est pas fait actuellement. L'interdiction de vente de tabac aux mineurs reste un message fort de dénormalisation de son usage chez les jeunes, bien supérieur à l'attrait de l'interdit suggéré par certains qui voudraient dénigrer cette mesure. (3)

Images et paquets neutres

Depuis 2011, figurent sur les paquets de cigarettes des avertissements graphiques, images sinistres et effrayantes comme un impressionnant cancer ORL, ou plus humoristiques comme la métaphore de l'impuissance avec une cigarette en arc de cercle.

Depuis cette date également est indiqué le numéro de téléphone de la ligne d'aide à l'arrêt Tabac Info service. La convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) adoptée par l'Organisation Mondiale de la santé, ratifiée par 176 pays dont la France, recommande d'imposer le paquet de cigarette neutre. Il s'agit là de supprimer toute image, logo, couleur qui permette de reconnaître la marque de la cigarette, et par là d'utiliser le « packaging » comme outil marketing.

Il a été démontré que le paquet neutre améliore l'efficacité des avertissements sanitaires textuels ou visuels apposés sur les paquets, et que ceux-ci sont mieux mémorisés, plus crédibles, plus sérieux et plus efficaces (4). Il permet également d'éviter la désinformation des consommateurs, comme l'idée que les cigarettes légères seraient moins dangereuses pour la santé avec des dénominations comme « light », « léger », ou « mild ». Il évite aussi la présentation de produits spécifiquement destinés aux femmes, en forme de rouge à lèvres, ou évoquant des arômes ou des parfums (rose pastel, vanille, pêche). Il est également perçu comme efficace pour empêcher les jeunes de commencer à fumer.

Associé à des avertissements sanitaires de grande taille, c'est une mesure efficace et qui ne coûte rien.

Des stratégies thérapeutiques validées

Malgré des polémiques récurrentes sur, tantôt l'efficacité, tantôt la sécurité des médicaments du sevrage tabagique, rappelons que ceux-ci répondent à des indications précises et doivent être utilisés dans les règles de l'art. On ne prescrit pas un traitement pharmacologique à un fumeur sur un coin de table, à la fin d'une consultation. L'efficacité des substituts nicotiques ne peut être remise en question, comme le montre la revue Cochrane de 2008 (5).

En ce qui concerne la varénicline, une augmentation de suicides et des tentatives de suicides n'a pas été retrouvée dans une méta-analyse de l'ensemble des études

contrôlée (6). Un récent article paru dans le British medical journal confirme qu'on ne retrouve pas d'augmentation du risque suicidaire chez les patients traités par varénicline ou bupropion comparé aux substituts nicotiques (7). Voilà qui devrait faire taire les rumeurs et rassurer à la fois les utilisateurs et les prescripteurs de ces molécules.

Ces traitements sont utiles, indispensables pour certains fumeurs que l'intensité du syndrome de manque conduit inexorablement à l'échec. Ils doivent bien évidemment être utilisés dans le cadre d'une prise en charge globale, considérant les aspects comportementaux, environnementaux, psychologiques et sociaux.

Des traitements non remboursés

Bien qu'ils aient montré leur efficacité et leur innocuité, comme précisé plus haut, bien qu'ils permettent à ceux qui l'utilisent de cesser une dépendance et la consommation d'un produit hautement toxique, les traitements médicamenteux de l'arrêt du tabac ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Seul un forfait annuel de 50 euros peut être obtenu pour les substituts nicotiques, forfait porté à 150 euros pour les femmes enceintes et depuis peu pour les jeunes de 18 à 25 ans (tranche d'âge pour laquelle l'efficacité de ces traitements est limitée et non recommandée par la littérature internationale). Or, plus la dépendance est forte, plus les doses de substituts vont être importantes et le traitement de longue durée. Ce qui signifie que plus la maladie est grave, plus sa prise en charge coûtera cher. Cela entraîne aussi une majoration des inégalités de santé, la part du coût du traitement pesant bien évidemment plus lourd pour les revenus modestes. La varénicline incluse dans ce forfait depuis 2007 en a été retirée en 2011, en pleine affaire Médiator[®], en raison d'un rapport bénéfice/risque jugé défavorable (notamment à propos d'un éventuel sur-risque d'événements psychiatriques, notamment suicidaire). Au vu des données récentes très rassurantes sur son profil de tolérance, qu'attend-on pour réintroduire cette molécule dans le forfait de 50 euros ?

L'absence de prise en charge par l'assurance maladie de ces médicaments autorise des prix de vente libres dans les officines. Ceux-ci vont donc du simple au triple ! Les patients doivent être prévenus et faire jouer la concurrence, les plus malchanceux doivent parcourir des kilomètres pour trouver la pharmacie « pas chère ».

Des situations cliniques aberrantes

Prenons le cas d'un patient sortant d'une unité de soins intensifs cardiologiques quelques jours après sa coronarographie associée à la pose de quelques « stents ». Il est fumeur dépendant et vous devez prescrire le traitement pharmacologique de la dépendance nicotinique

dans le bas de l'ordonnance, dans le cadre « Prescriptions **non** en rapport avec la pathologie justifiant l'affection longue durée », au-dessous de la longue liste comportant antiagrégant plaquettaire, statine, beta bloquant, etc. Peut-on encore, en 2013, trouver cela justifié?

Pourtant, la Haute Autorité de santé recommande la prise en charge à 100 % de tous les médicaments du sevrage et un travail récent montre que cette mesure se révèle être indiscutablement la plus coût-efficace, comparée à d'autres actions de santé dans le domaine de la prévention primaire ou secondaire des maladies cardio-vasculaires (8). Les arguments économiques présentés dans cette étude suggèrent que la prise en charge à 100 % du sevrage par l'assurance maladie devrait être une priorité pour les décideurs publics.

Stratégie thérapeutique? Outil de réduction des risques? Gadget effet de mode? Produit dangereux? Quelle place pour la cigarette électronique?

Mise au point en 2003 par Lik Hon, pharmacien chinois féru d'électronique, lui-même gros fumeur, la cigarette électronique a connu un succès fulgurant, convainquant 10 millions d'utilisateurs en Europe et aux États-Unis, actuellement 1,5 million Français l'utilise. Appareil électrique sans tabac ni combustion, elle génère un aérosol destiné à être inhalé en vaporisant un « e-liquide » aromatisé qui contient ou pas de la nicotine. Le principe en est simple: une batterie qu'il faut donc recharger électriquement, alimente une résistance qui chauffe le liquide et le vaporise. C'est donc de la vapeur et non de la fumée qu'inhale le consommateur. Pas de produits issus de la combustion, pas de monoxyde de carbone, pas de goudrons, voilà l'immense intérêt de ce produit. Récemment un article publié dans 60 millions de consommateurs affirmait que la cigarette électronique était cancérigène. Article bien évidemment repris dans tous les médias. Beaucoup de bruit pour rien! La méthodologie de cette étude a été fortement mise en doute par de nombreux auteurs.

A contrario, un certain nombre de travaux vont plutôt dans le sens de l'absence d'effets secondaires, par exemple Farsalinos a montré que l'utilisation de la cigarette électronique n'avait aucun effet néfaste sur le débit sanguin coronaire comparativement à une réduction de près de 30 % du flux sanguin causé par la cigarette classique (9).

Stratégie thérapeutique pour le sevrage tabagique?

Une étude portant sur 1347 vapoteurs suivis pendant 10 mois montre que 74 % d'entre eux ne fumaient plus depuis au moins quelques semaines depuis qu'ils vapotaient, que leur degré de satisfaction était important, avec très peu d'effets indésirables, une amélioration nette des

symptômes respiratoires et que 91 % d'entre eux ne ressentaient plus de « craving » (10).

Très récemment, Bellen a montré qu'en termes d'abstinence à 6 mois, la cigarette électronique faisait aussi bien que le patch de nicotine (11). Et, encore plus intéressant, une étude montre des taux d'arrêt du tabac loin d'être négligeables avec l'utilisation de la cigarette électronique chez des fumeurs non motivés à l'arrêt (12). La cigarette électronique va-t-elle supplanter la cigarette classique? Espérons-le! En effet, même si la preuve de l'innocuité de son utilisation à long terme n'est pas faite, que les résultats pour obtenir un sevrage ne sont pas probants pour l'instant, elle reste un formidable outil de réduction des risques, et est en capacité de sauver des millions de vies, en permettant aux fumeurs actuels de ne plus fumer ou de moins fumer, et aux potentiels de ne pas commencer.

Il n'a heureusement pas été décidé en octobre dernier par le parlement européen de restreindre sa vente aux seules pharmacies, ce qui aurait été une erreur considérable. Même s'il est évident qu'un contrôle et une « normalisation » des produits mis sur le marché doit très rapidement être mis en place, et qu'une surveillance à long terme de son utilisation doit être faite, la cigarette électronique doit rester un produit de consommation courante facilement accessible. Réponse à suivre dans les années à venir!

De la tabacologie à l'addictologie

Le plan gouvernemental de prévention et de prise en charge des addictions 2007/2011 a probablement bouleversé l'abond du sevrage tabagique, en incluant le tabagisme dans un concept global addictologique. Ceci a mis fin au cloisonnement par produit, favorable à l'organisation des soins, au rapprochement des professionnels des différents champs, et surtout permet d'aborder plus aisément l'ensemble des conduites addictives de nos patients.

La question de la réduction des risques, concept initié dans le champ de la toxicomanie avec notamment les programmes d'échange de seringues, puis en alcoologie avec la notion de réduction de consommation, peine à se faire entendre en tabacologie. Ne pouvons-nous cependant qu'exiger l'abstinence? Que faire de ces fumeurs en difficulté, que le « zéro cigarette » effraie tellement qu'ils ne tentent rien? Ou qui, culpabilisés par leurs échecs successifs, fuient le système de soins? Ou ces patients dont on considère, à tort, qu'ils ne sont pas en capacité de le faire (patients psychiatriques, ou présentant des co-addictions)?

Nous pouvons proposer des stratégies alternatives à l'abstinence, dans l'optique d'une réduction des risques,

d'une diminution des dommages dans ces populations fragilisées. Ces stratégies devront faire l'objet d'une évaluation afin d'en mesurer l'efficacité. Rappelons enfin que le tabac, malgré une meilleure acceptation sociale, a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

Les consultations de tabacologie, pour la plupart hospitalières ont pour mission d'accueillir directement les patients qui le souhaitent. Bien que se situant hors « parcours de soins », sans obligation d'un courrier du médecin traitant pour y accéder, on constate que plus de la moitié des patients sont adressés par un professionnel de santé (13). Elles devraient représenter une modalité de prise en charge de seconde intention, sur demande et après repérage par les médecins généralistes.

Un renforcement progressif de la politique de lutte contre le tabagisme

Les lois Veil (1976), et Evin (1991) ont posé les prémices d'un contrôle de la consommation de tabac. Le décret Bertrand a précisé l'interdiction de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées à compter du 1^{er} février 2007, interdiction étendue aux hôtels, restaurants, débits de boissons, casinos, discothèques en février 2008. Une enquête menée en 2008 puis 2012 a montré que cette mesure était correctement appliquée dans la plupart des lieux concernés et soutenue par la population autant chez les fumeurs que les non-fumeurs (14). Des augmentations successives du prix du tabac d'au moins 10 %, le remboursement de tous les médicaments du sevrage tabagique, la mise en place des paquets neutres : toutes ces mesures ont été proposées dans le rapport remis par Yves Bur à la demande de Xavier Bertrand, ministre de la santé « propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac » en février 2012.

Seule la mobilisation politique et la mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures simultanément, avec un suivi très régulier de leur application, permettront d'aboutir à un changement réel et durable de la consommation du tabac en France, action de santé publique majeure pour un produit dangereux qui tue la moitié de ses consommateurs. Les rapports et les recommandations se succèdent, les propositions qui en découlent doivent être appliquées le plus rapidement possible. Le temps n'est plus à la réflexion, encore moins au bilan. **Place à l'action !**

1. [Tobacco epidemiology] Hill C. Rev Prat. 2012 Mar;62(3):325, 327-9.
2. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. Beck F. et al., BEH, 31 mai 2011, n° 20/21.
3. Díaz Gómez C. et al. Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, Saint-Denis, OFDT, 2013.
4. Gallopel K, le paquet de cigarettes neutre ou standardisé : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme, BEH 20-21, 2013.
5. Stead LF et al.. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008(1):CD000146.
6. FDA. FDA Drug Safety Communication : Safety review update of Chantix (varenicline) and risk of neuropsychiatric adverse events. 2011 ; Available from : <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm27673.htm>.
7. Kyla H T, Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self-harm in the Clinical practice Research Datalink: prospective cohort study.
8. Chevreul K. Evaluation coût efficacité de la prise en charge à 100 % du sevrage tabagique par l'assurance maladie., BEH 20-21/28, 2013.
9. Farsalinos KE, Comparison of the cytotoxic potential of cigarette smoke and electronic cigarette vapour extract on cultured myocardial cells. Int J Environ Res Public Health. 2013 Oct 16;10(10):5146-62.
10. Dawkins L et al. Vaping, profiles and preference: an inline survey of electronic cigarette users. Article first published on line: 28 march 2013 DOI: 10.1111/add.12150.
11. Bellen C. Electronic cigarettes for smoking cessation : a randomised controlled trial., the lancet.com, publish online September 7, 2013
12. Caponnetto P. The efficacy and safety of an electronic cigarette study: a prospective 12-month randomized control design study. XIV Annual Meeting of the SRNT Europe, 30 August-2 September, 2012 Helsinki, Finland
13. OFDT, Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac. Bilan de l'année 2010. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_10bil.pdf
14. Geoffroy T. Fong, Evaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France en un an et cinq ans après sa mise en œuvre : résultats de l'enquête ITC France, BEH 20-21/28, 2013

Réduire les médecins du travail au silence pour les empêcher d'attester des effets des organisations du travail sur la santé psychique. L'instrumentalisation de l'ordre des médecins par les employeurs

Par les D^{rs} Alain Carré et Dominique Huez, médecins du travail

Devant le développement des risques psychosociaux liés aux organisations du travail, les médecins du travail sont dorénavant réglementairement tenus d'exercer un devoir d'alerte collective. Mais les employeurs, pour protéger leur responsabilité, détournent le secret médical de son unique objet qui est l'intérêt de la santé du patient, en instrumentalisant l'Ordre des médecins.

À partir de 1980 se mettent en place progressivement de nouvelles formes d'organisations du travail, liées à l'organisation néolibérale des entreprises qui génèrent de nouveaux risques, les risques psychosociaux (RPS) responsables d'atteintes à la santé spécifiques. Dès le milieu des années 80, des chercheurs et des médecins du travail mettent en évidence l'impact sur la santé, notamment psychique, de formes d'organisation individualisantes, excluantes et manipulatrices. Le « management » des « ressources humaines » génère parfois des risques psychosociaux. La psychodynamique du travail dont le principal contributeur est le Pr Christophe Dejours estime que le travail tel qu'il est organisé est responsable d'une « usure mentale ». Les sciences humaines: la sociologie, la psychologie (notamment la chaire de psychologie du travail du Pr Yves Clot), l'ergonomie, s'intéressent à ces nouveaux risques et à ces nouvelles pathologies. À partir de 2009 un groupe d'expertise du ministère du travail, sous la présidence du Pr M Gollac, sur les risques psychosociaux en donne la définition maintenant officielle: « *Les risques psychosociaux au travail sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Ce sont les facteurs (organisationnels, relationnels et individuels) qui sont psychosociaux...* ». Cette expertise consacre un abord à la fois objectif (par exemple des conditions temporelles de travail) et subjectif (c'est-à-dire une expression du vécu du travailleur, par exemple l'émotion ou la peur que peut générer son travail) de l'expression pathologique des RPS.

Ces nouveaux risques sont progressivement pris en charge par des pratiques nouvelles des médecins du travail.

À la fin des années 80, confrontés à ces nouvelles organisations du travail, les médecins du travail adaptent la clinique médicale à leurs obligations, à ces nouveaux risques et à leurs effets en élaborant les principes d'une « clinique médicale du travail ». L'exercice de la médecine du travail consiste à identifier la relation entre des altérations de la santé d'un travailleur et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. Les médecins du travail sont qualifiés pour identifier les liens entre les affections d'origine professionnelle et des éléments pathogènes liés au travail. L'objet de ces pratiques est précisé par le code du travail. Elles se déploient tout d'abord dans un cadre collectif.

Chargé « *...d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail...* » (L4622-4 du CDT), le médecin du travail a le devoir de signaler l'existence d'un risque professionnel collectif et les remèdes à y apporter à toutes les composantes de la communauté de travail et aux autorités publiques (L4624-3 du CDT). Il conseille notamment la communauté de travail et les salariés sur « *la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux* » (R4624-1 du CDT). Ces éléments collectifs sur les risques professionnels et leurs effets sont consignés dans des documents ayant publicité dans l'entreprise et auprès des autorités publiques, telle la fiche d'entreprise rédigée et tenue à jour par chaque médecin du travail. L'écrit du médecin du travail attestant du lien entre l'activité de travail et la santé des travailleurs que constitue une alerte médicale devant un risque notable, est aujourd'hui un des socles de son action préventive collective. Cette alerte permet l'action de transformation des situations de travail par la délibération sur ses déterminants. Le médecin du travail facilite en cela le pouvoir d'action des partenaires sociaux et le pouvoir d'agir des salariés. L'exercice de la médecine du travail impose au médecin du travail d'informer le travailleur des risques de sa situation professionnelle et de leurs liens, éventuellement pathogènes, à sa santé. Comme tout médecin, le médecin du travail

²⁶ <http://www.a-smt.org/accueil.html>

« doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose... » (R4127-35 du CSP). Le droit à l'information du patient sur son état de santé porté par l'article L1111-2⁽²⁷⁾ est un des éléments fondateurs de la révision du code de la santé publique de 2002.

En matière d'exercice de la médecine du travail les devoirs du médecin du travail en matière d'information collective sont étendus par le droit du travail à sa relation avec son patient : le travailleur. Ainsi, le médecin du travail est chargé au cours de l'examen d'embauche « d'informer (le travailleur qu'il examine) sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire » (R4624-11 du CDT). Lors des examens périodiques il a obligation d'informer le travailleur « sur les conséquences des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire » (R4624-16 du CDT). Il peut dans ce cadre demander les examens complémentaires nécessaires « au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du salarié » (R4624-25 du CDT). Le constat du lien entre sa santé et son travail par le médecin du travail doit être consigné par écrit dans le dossier médical ou donner lieu à la délivrance d'un certificat médical. Ce constat écrit est soit tenu à la disposition du travailleur, soit lui est accessible. Le médecin du travail établit un dossier en santé au travail qui « retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis... » (L4624-2 du CDT). Le dossier médical est accessible au salarié.

Comme à tout médecin l'article L461-6 du CSS s'impose au médecin du travail. « En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie

par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel... ».

Enfin, l'article R4127-50 du CSP qui impose à tout médecin de « faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit... » Cela peut nécessiter la rédaction d'un certificat médical. Le constat du lien par le médecin du travail peut également être rédigé dans le cadre d'une action de prévention d'une aggravation ou de continuité du soin. Cet écrit peut ainsi être rédigé à l'attention d'un autre médecin, soit dans le cadre d'un avis complémentaire soit en direction du médecin traitant pour permettre par exemple une continuité de prise en charge. Là encore les règles déontologiques relatives au secret médical et l'article L1110-4 du CSP imposent que les liens entre les médecins soient assurés en toute connaissance de cause par le patient, lequel peut prendre connaissance des échanges si toutefois il les autorise.

L'enjeu des « écrits du médecin du travail » pour les employeurs et la posture critiquable de l'ordre des médecins face à l'instrumentalisation de sa juridiction.

Cette possibilité d'argumenter comme médecin du travail de son diagnostic médical individuel du lien entre un processus délétère et le travail, dans ses écrits à un confrère ou pour un salarié, est aujourd'hui remis en cause de façon coordonnée par des plaintes d'employeurs auprès de l'ordre des médecins. Leur projet est de « brider de façon à les vider de leur sens », les écrits médicaux du médecin du travail. Il serait, selon eux, illégitime d'identifier des étiologies professionnelles dans des processus délétères singuliers. C'est pour avoir observé leurs obligations de médecin en rédigeant des certificats médicaux ou des courriers à leurs confrères, constatant les liens entre l'organisation du travail et ses effets sur la santé psychique de salariés, que, début 2013, trois médecins du travail ont été l'objet de plaintes d'entreprises auprès du Conseil de l'ordre des médecins dont ils relèvent. Plus récemment encore un psychiatre hospitalier, a été aussi mis en cause pour son écrit médical. Ce n'est que la partie immergée de l'iceberg et, ici ou là, parviennent d'autres témoignages de cette stratégie coordonnée.

Le choix des juridictions disciplinaires de l'ordre des médecins par les employeurs ne doit rien au hasard. Alors qu'ils pourraient poursuivre les médecins incriminés dans le cadre d'une juridiction pénale, ces plaintes permettent d'intimider les médecins du travail sans risquer de publicité sur des pratiques d'entreprises, ce que pourrait impliquer la voie judiciaire. Ces plaintes sont

²⁷ Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel...

donc des plaintes de circonstance, destinées à décrédibiliser les écrits des médecins du travail. Comme l'écrit un de leurs avocats, les employeurs veulent ainsi déclencher un réflexe de peur et d'abstention de témoignage chez les médecins. Ainsi, on comprend pourquoi, alors que toutes les enquêtes montrent l'impact massif sur la santé des salariés des nouvelles formes d'organisation du travail, des employeurs tentent de se garantir contre tout constat, notamment médical. Ce qui se joue ici, c'est le droit légitime de tout travailleur à une information du médecin du travail sur les risques qu'il court personnellement et les effets qu'ils entraînent sur sa santé. Dans ce contexte, les écrits des médecins du travail prennent une place importante qui est contestée aussi par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Ainsi les Ordres départementaux :

- acceptent d'instruire des plaintes d'employeurs, sans tenir compte de l'esprit de l'article R4126-1 du code de la santé publique qui les autorisent, mais qui concernent uniquement des personnes physiques ou morales représentant l'intérêt de la santé des patients.
- ils instruisent des plaintes d'employeurs qui ont pour unique objet des litiges avec des salariés victimes d'atteintes à la santé reconnues en lien avec leur travail.
- ils instruisent ces plaintes en sommant les médecins du travail en cause de s'expliquer sur leurs actes professionnels, lors de « conciliations », devant des employeurs ou leurs préposés ce que le code du travail considère comme attentatoire à l'indépendance des médecins du travail.
- les membres du conseil de l'ordre conseillent souvent au médecin mis en cause de modifier son certificat alors qu'il ne pourrait le faire qu'après s'être concerté avec le patient qui en est le détenteur. Il est ainsi incité, par ses propres confrères, à ignorer son devoir déontologique. Les médecins qui participent à ces « conciliations » ne peuvent être amenés qu'à trahir leurs diagnostics et leurs devoirs envers leurs patients.

L'un des médecins du travail en cause a refusé de se présenter à la conciliation avec l'avocat de l'entreprise plaignante. Le conseil de l'ordre ayant reçu la plainte a transmis la plainte de l'entreprise à la chambre disciplinaire de l'ordre, assortissant la saisine de commentaires particulièrement négatifs qui pourraient être le signe d'une partialité, sur la nature de laquelle il est permis de s'interroger. Les raisons du refus de conciliation ont été exposées par les avocats du médecin poursuivi. Notamment :

- les employeurs mésusent de l'article permettant de porter plainte dans la mesure où ils ne sont ni liés au régime de sécurité sociale, ni ne représentent les patients,

- l'inspecteur du travail a confirmé que le médecin agissait dans un cadre de droit et accomplissait bien une mission d'ordre public et que par conséquent l'entreprise ne pouvait porter plainte hors de toute plainte de l'autorité publique.

C'est à un non-lieu de la chambre disciplinaire qu'invite ce mémoire. L'attitude générale des institutions ordinaires en matière d'exercice de la médecine du travail fait la confusion entre la situation professionnelle et l'appartenance à une communauté familiale. Elle révèle l'incompréhension des pratiques en médecine du travail et notamment la validité de l'établissement et de la formalisation du lien entre la santé du travailleur, y compris psychique et des caractéristiques du travail ou de son organisation.

En octobre 2006, un rapport a été approuvé par le conseil de l'ordre sur « *les certificats médicaux, règles d'établissement* ». Il a été rédigé par deux confrères dont, à notre connaissance, aucun n'exerce la médecine du travail. Ce qu'il faut bien considérer comme la position du conseil national de l'Ordre, doit être analysé du point de vue de sa seule compétence : compétence déontologique et compétence à dire.

EXTRAIT : « Lorsque le médecin se voit demander expressément par le patient de mentionner l'affection dont il souffre, il doit être particulièrement prudent. À la lettre, rien ne le lui interdit puisqu'il n'y a pas de secret entre le patient et le médecin. Le plus souvent, ces certificats sont destinés à être versés dans des procédures en cours : divorce, contestation devant le conseil des prud'hommes, ... pour démontrer que la situation vécue en couple, en famille, en milieu professionnel... était si intolérable qu'elle a affecté l'état de santé de la personne et doit être réparée.

Le médecin doit convaincre le demandeur qu'il n'est pas de son intérêt à terme de livrer une telle information qui circulera tout au long de la procédure et dont rien ne permet d'affirmer qu'elle ne lui sera pas opposée plus tard. 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. Il n'a pas non plus à « authentifier » en les notant dans le certificat sous forme de « dires » du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur.* »⁽²⁸⁾

On peut douter de la conformité à la déontologie médicale de cette position.

²⁸ Les mots soulignés en italique le sont dans le texte original!

Pourquoi le médecin devrait-il être « particulièrement prudent » (ne l'est-il pas habituellement dans tous ses actes?) dès lors qu'un patient lui demande d'attester pour permettre un accès au droit? S'agit-il d'un cas particulier pour lequel ne s'appliquerait pas l'article 50⁽²⁹⁾ du code de déontologie médicale? L'article 76⁽³⁰⁾ est-il d'un niveau supérieur à l'article 50? De quel article du code de déontologie relève l'affirmation, pour le moins rapide, que le médecin doit convaincre le patient du caractère négatif pour lui d'un tel certificat?

L'interdiction soulignée dans le texte « *d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient* » ne repose sur aucun élément du code de déontologie médicale. Il est bien évidemment interdit de délivrer des certificats de complaisance (article 28⁽³¹⁾). Il est interdit de s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille (article 51⁽³²⁾) mais rien ne justifie la prescription de l'interdiction d'attester d'une relation causale entre les difficultés professionnelles et l'état de santé. Il faut également noter qu'aucune disposition ne concerne des prescriptions déontologiques de cette nature en milieu de travail et que par conséquent l'assimilation entre milieu familial et milieu de travail est archaïque et obsolète et relève de l'ignorance ou d'une position idéologique. Cela est d'autant plus inapproprié que l'article 95⁽³³⁾ prescrit que le seul guide d'un médecin doit être la santé de son patient.

²⁹ Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique): Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

³⁰ Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique): L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires...

³¹ Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique): La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

³² Article 51 (article R.4127-51 du code de la santé publique): Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

³³ Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique): Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Cette position sort du domaine de compétence dévolu au conseil de l'ordre des médecins.

Si le médecin du travail est comptable devant l'Ordre des médecins des moyens médicaux nécessaires (temps, compétence, formation...) et de son « attitude déontologique » envers le patient (le médecin doit se présenter pour ce qu'il est, patient dûment informé...), il engage bien évidemment sa responsabilité devant des juridictions multiples pour des diagnostics de complaisance, mensongers, faux en écriture... Toutefois, les médecins du travail interviennent dans le cadre d'un service d'ordre public social régit par le code du travail, Or l'article L 41-24-2 du Code de la Santé Publique prévoit: « *Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre, ne peuvent être traduits devant la Chambre Disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leurs fonctions publiques, que par le Ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le Procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit* ».

De plus, l'ordre des médecins n'a pas compétence en matière de pratiques professionnelles. Les pratiques médicales ne relèvent pas des compétences de l'ordre dès lors qu'elles sont conformes au code de la santé publique. Le rapport franchit cette limite et quitte alors la nature déontologique des compétences de l'ordre précisément lorsqu'il souligne en italique des interdictions en matière de pratiques. Il est tout au contraire parfaitement conforme aux dispositions du code de la santé publique d'attester d'une relation entre des éléments professionnels et la survenue d'atteintes à la santé. Par exemple, connaissant la nature du travail et de l'organisation, ayant diagnostiqué un TMS, les médecins du travail ont toute latitude de rédiger des certificats de maladie professionnelle. Même s'ils n'ont pas personnellement observé le travail de la victime mais s'ils estiment que le poste qu'occupe le salarié prédispose à cette pathologie, personne ne leur fera grief de ce certificat.

Une affaire citoyenne

Une pétition⁽³⁴⁾ pour permettre aux médecins du travail d'attester d'un lien de causalité entre le travail et l'atteinte à la santé a été lancée en juin 2013. Elle a déjà recueilli 9 800 signatures, dont 850 Médecins du travail et plus de 100 contrôleurs, inspecteurs, et directeur du travail. Des courriers ont été adressés au ministre du travail et au ministre de la santé pour demander une

³⁴ <http://www.a-smt.org/accueil.html>

rencontre et présenter la pétition. Des réponses des cabinets ministériels nous sont parvenues indiquant que nos demandes sont à l'étude.

Nous estimons donc que les plaintes concernant les médecins attaqués par des employeurs pour leurs écrits attestant du lien santé-travail doivent être abandonnées. Que l'Ordre doit dorénavant s'abstenir d'instruire des plaintes d'employeurs dans le cadre d'un litige les opposant à un salarié et que devant tout dépôt de plainte, l'Ordre doit proposer, avant instruction, un échange confraternel avec le médecin concerné.

Comme c'est notre devoir, attestons de nos diagnostics médicaux en cas de besoin pour « accompagner les salariés » dans leur prise en charge médicale ou sociale! Ce ne sont pas des considérations juridiques ordinaires vides de sens qui doivent nous empêcher de passer à l'écrit dans l'intérêt de la santé de nos patients pour leurs dossiers médicaux, la rédaction de monographies ou des attestations de diagnostics médicaux des effets du travail pour la santé. Les Ministères du travail et de la Santé doivent interdire par un texte clair la plainte par un employeur devant l'ordre des médecins, à l'encontre d'un médecin pour ses écrits en responsabilité, pour ne pas introduire une juridiction d'exception jamais prévue pour cela, qui déventerait l'application des droits pénaux, du travail et de la Sécurité Sociale. Il faut clarifier les codes du Travail et de la Santé publique dans ce cadre.

À quand une santé bucco-dentaire du XXI^e siècle? Des propositions et un projet progressiste

Par le D^r Fabien Cohen

Secrétaire général du Syndicat national des Chirugiens-dentistes de centres de santé

La publication ces dernières semaines de l'enquête du CIIS/Santé Claire/60 Millions de consommateurs couplée à la promulgation de l'avenant N° 3 de la convention nationale dentaire, a donné l'occasion aux médias de relancer le débat public sur la protection sociale dentaire.

Il faut dire que la santé dentaire, cumule les indicateurs d'inégalités sociales tant en matière sanitaire que d'accès aux soins. Le renoncement aux soins y est le plus élevé, de même que le taux de prise en charge est le plus faible de tous les actes médicaux, et l'indice carieux est un indicateur social qui a fait ses preuves.

D'après les comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses de soins dentaires atteignait, en 2008, 9,65 Md€. Elles représentent 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale. Cet écart qui va croissant traduit un désengagement financier de l'Assurance maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé. Ainsi en moyenne, les dépenses de soins dentaires en 2011 supportées par les patients étaient de 55 % du total. Il s'explique principalement par l'importance des dépassements de tarifs qui atteignent aujourd'hui près de la moitié des honoraires remboursables. Il faudrait y ajouter un certain nombre d'actes non-remboursables, de plus en plus répandus. « *L'évolution de ce secteur, atypique au sein des dépenses de santé*, selon la Cour des comptes, *constitue donc un enjeu majeur de l'accès aux soins en France* ». Or l'examen effectué par la Cour met en évidence non seulement diverses limites dans la politique sanitaire menée dans ce secteur, mais aussi le caractère inadéquat de la politique conventionnelle et tarifaire.

Alors, mauvaise appréciation des enjeux ou plus simplement manipulation des assurés, s'appuyant sur une mauvaise conscience populaire, « la peur du dentiste », la culpabilisation d'une hygiène parfois insuffisante? La décision des gouvernements successifs, depuis les années 1970, de ne pas revaloriser scientifiquement comme économiquement les actes d'une profession qui a changé de nature depuis cette époque, ne relève pas du hasard. En effet, un des acquis étudiants de Mai 68 a été la suppression des écoles privées de formation des chirurgiens-dentistes pour les faire entrer dans le monde universitaire,

avec un nouveau cursus qui, à l'égal des médecins, se conclue par un Doctorat et depuis par un internat dans trois spécialités. Une avancée qui a permis une vraie révolution professionnelle qualitative, dont chacun a pu mesurer les avancées médicales, sanitaires et technologiques. Mais, à cette même époque, l'Assurance maladie, sur pression du Patronat fraîchement entré dans le Conseil d'administration de la CNAMTS, a rejeté toute transposition de cette évolution de la profession sur le plan de la protection sociale. Une opportunité pour amorcer son désengagement au profit des complémentaires, accélérée par la mise en place de la CMU-C en 2000, laissant les « *moins démunis* » entre les mains des Mutuelles et des Assurances, mis en concurrence depuis 2001, de part la transposition de la directive européenne de 1992.

Voici donc comment, après quatre décennies, les cabinets dentaires (y compris ceux des centres de santé) ne peuvent fonctionner sans prothèse, orthodontie, parodontologie, implantologie,... toutes disciplines dentaires laisser libre dans la fixation des honoraires. Une démarche qui a fait depuis des émules, puisque médecins généralistes comme spécialistes ont été incités eux aussi, comme les chirurgiens-dentistes, à se saisir de cette liberté. Nombreuses sont aujourd'hui les spécialités qui, en dehors de l'Hôpital ou du centre de santé, sont difficiles à trouver sans dépassement d'honoraires.

Marisol Touraine et le Gouvernement Ayrault ont fait plus fort encore, puisque nous apprenions ces derniers jours, que le contrat d'accès aux soins prévu pour « *moraliser* » ces dépassements, ont montré qu'il n'a fait qu'en accroître de 2700 le nombre. Le Parti Communiste Français, le Front de Gauche, n'ont pu que constater, avec douleur, qu'ils avaient bien raison de dénoncer un tel contrat qui, loin de contenir ou faire reculer ces dépassements, n'a fait qu'aggraver l'exclusion sociale et le renoncement aux soins.

Voici comment, en corollaire, les frais d'assurance complémentaire ou mutuelle se sont envolés sans pour autant couvrir la totalité des restes à charge, comment avec l'ANI vont s'imposer des complémentaires d'entreprises aux contrats de plus en plus chers pour les familles, comment va se mettre en place, avec « la Proposition de

Loi Leroux », les réseaux de soins qui vont sanctifier des parcours de santé où la liberté du choix du praticien ne sera plus qu'un vœu pieux... Il ne s'agit pas pour autant d'absoudre celles et ceux qui non seulement fixent largement leurs honoraires mais, de plus, fraudent la sécurité sociale. Il ne s'agit pas non plus d'oublier que le code de déontologie lui-même, en parlant de tact et mesure, pose en principe cette démarche libérale. Mais, il ne faut pas nous méprendre : l'arbre de la malversation individuelle (2 % des actes selon l'étude) ne doit pas cacher la forêt de la décision politique, au fil des ans, qui a octroyé une telle « liberté » au détriment de l'accès aux soins d'une partie de plus en plus importante de la population.

Les résultats, publiés dans le mensuel 60 Millions de consommateurs de décembre 2013, confirment que les restes à charge sont élevés pour la majorité de ces soins, y compris après l'intervention des complémentaires santé coûteuses... 6 milliards d'euros de reste à charge après remboursement par l'Assurance maladie et avant remboursement par les complémentaires santé. Un Français sur trois a déjà renoncé à des soins médicaux, rapporte une étude Harris Interactive menée fin 2012. Et 60 % d'entre eux sacrifient les soins dentaires. Une telle situation ne peut perdurer sans de graves répercussions sur la santé de la population.

Bien entendu, il nous faut avec « **l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé** » réclamer « *le respect des règles* », dénoncer « *un manque d'encadrement* » de l'assurance-maladie, mais nous devons attendre d'autres réponses sur les faibles remboursements, le manque de transparence et la complexité du système, sur une véritable prise en charge de la santé bucco-dentaire. En vérité, ce qu'il manque au Gouvernement, comme aux complémentaires, c'est la volonté politique de revenir au remboursement à 100 % des dépenses de santé par l'Assurance maladie, **le courage politique de faire du 100 % opposables sur tous les soins dentaires**, c'est-à-dire de déterminer un tarif fixe national pour tout acte dentaire, à son juste prix, et le faire respecter. La CCAM, applicable au 1^{er} juin 2014, aurait pu être la première étape. À ceux qui pensent que cela tient de l'utopie politique, je note que des syndicats dentaires libéraux ne disent pas NON et qu'en fait une telle prise en charge ne coûterait que 2,5 milliards d'euros, à peine plus de 1 % du budget de la Sécu.

Et qu'on ne nous dise pas qu'il n'y a pas d'argent, le PCF et le Front de Gauche, ont fait des propositions de financement qui non seulement couvriraient une telle dépense mais aussi les différents trous, comme les besoins de l'ambulatoire ou ceux de l'Hôpital et du médico-social. Mais voilà, il faudrait oser toucher aux dividendes

des actionnaires, oser faire cotiser le capital et les revenus financiers des grandes entreprises.

C'est à ce prix, et non dans l'aménagement d'un système vicié et excluant, que l'on pourra répondre à toutes celles et tous ceux qui ont été, à juste titre, émus mais sûrement pas surpris, par l'étude du CISS, de 60 millions de consommateurs et de Santé Claire (assurance privée). Dans son rapport sur l'accès aux soins, Mme Archimbaud rappelait combien les personnes fragiles souffrent des difficultés d'accès aux soins. Aux difficultés matérielles d'ordre existentiel (logement, emploi, alimentation), s'ajoutent celles de restes à charge élevés et une application variable de la dispense d'avance de frais (tiers payant) favorisant le renoncement financier aux soins. « *Les personnes précaires sont ainsi victimes d'une « triple pleine » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins.* ». Ce sont sur ces trois composantes, qu'il faut revoir le système de santé bucco-dentaire, qui une fois de plus est un miroir grossissant de ces réalités, comme celles encore décrites par le rapport Archimbaud quand il est dit que « *certaines catégories de la population cumulent les facteurs de précarité : c'est le cas des personnes placées sous main de justice, des jeunes issus des milieux populaires, des étudiants, des petits agriculteurs, les personnes âgées modestes ou encore les personnes en situation de handicap physique et psychique notamment.* ». C'est dans ces populations-là, que la santé bucco-dentaire est y est le plus dégradée.

Ce n'est sûrement pas en laissant se multiplier des centres dentaires « low-cost » ou « à bas coût », permis par la Loi HPST et proposant des tarifs attractifs pour les plus démunis, que se trouvera la solution à leur problème. En vérité ces centres aux protocoles de soins stéréotypés, ne sont qu'une énième réponse aux failles d'un système et ceux qui s'en émeuvent, sont souvent ces mêmes professionnels qui auraient pu dans le passé, et aujourd'hui encore, dénoncer les conventions nationales dentaires à l'origine de cette rupture sociale. Un accord des plus consternants signé par le plus important syndicat dentaire libéral (CNSD), la CNAMTS et l'UNOCAM, c'est-à-dire la Mutualité Française (comprenant les Mutuelles de France) et les assurances privées.

Le secteur dentaire a besoin d'une réforme de fond pour permettre à chacun l'accès aux soins dans les cabinets libéraux ou salariés de leur choix, en fonction de critères de qualité et non de critères économiques. C'est ainsi que l'on mettra fin aux « low-cost » ou au « tourisme sanitaire ». C'est une autre politique de santé et de protection sociale que nous avons besoin pour toute la population. La santé bucco-dentaire doit s'inclure dans la

règle commune de l'Assurance maladie, par une refonte de la nomenclature de 1972 garantissant l'accès à la santé bucco-dentaire et permettant la mise en œuvre de nouvelles techniques pour une pratique médicale digne de notre temps. C'est ainsi que la compétence des praticiens, libéraux ou salariés, sera reconnue et leur indépendance préservée dans leurs choix thérapeutiques et dans le colloque singulier avec leur patient, quel que soit le type de soins ou leur mode de financement.

Cela doit reposer sur une politique faisant de la prévention, sa principale préoccupation.

Le développement de la prévention bucco-dentaire depuis les années 90, a progressé d'une manière inégale selon les territoires et les couches sociales de la population en l'absence de politique nationale. En premier lieu, celle-ci devrait faire un effort particulier en direction de la denture de lait, c'est-à-dire en direction de la petite enfance. La denture de lait apparaît de plus en plus comme stratégique dans le processus qui conduit à une bonne santé bucco-dentaire de la denture définitive. Et pourtant, en dehors de quelques conseils dans le carnet de santé, force est de constater que la santé bucco-dentaire de l'enfant ne semble être prise en compte qu'à partir de 6 ans (dispositif MT'Dents). Cela ne correspond pourtant pas aux préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2010) qui montre qu'il existe un véritable besoin de prévention avant cet âge (37 % des enfants de 6 ans sont déjà atteints par la carie et très peu sont soignés)⁽³⁵⁾. Dans le même temps, les cabinets dentaires sont peu fréquentés par les très jeunes enfants.

Il s'agit donc de sortir du modèle biomédical⁽³⁶⁾, où la prévention reste du domaine du chirurgien-dentiste dans son cabinet et d'aller à la rencontre des familles et des jeunes enfants. Tous leurs lieux de vie doivent devenir des espaces possibles d'action et les professionnels du champ médico-social et de la petite enfance, des intervenants potentiels. L'absence de formation interprofessionnelle ne permet pas de délivrer une connaissance et un discours commun⁽³⁷⁾. Il est grand temps de faire entrer dans le travail des équipes des professionnels de la petite enfance, la promotion du brossage des dents et du soin.

Les données de la littérature scientifique⁽³⁸⁾ concluent qu'un brossage précoce et régulier, dès l'apparition des

premières dents, est un facteur de bonne santé bucco-dentaire. Au-delà de cet aspect préventif lié à la carie, c'est toute la dimension du bien-être pour l'enfant que l'on doit développer. Le brossage dans ses lieux de vie, crèche, garderie, chez l'assistante maternelle et ensuite à l'école, trouve ainsi sa place. Il s'agit de l'inscrire dans son quotidien, comme le lavage des mains après les activités et le repas. Plus que la technique proprement dite, qui a peu de sens chez un petit enfant, c'est l'habitude et la possibilité de le réaliser dans un lieu collectif qu'il convient de développer. Le brossage accompagne aussi la découverte du corps et favorise l'apprentissage moteur. Enfin, l'intérêt du brossage dans les lieux de vie est de rendre légitime celui effectué à la maison. L'enfant le réclame et ce geste peut être repris par les parents, si ceux-ci y sont sensibilisés. Pourtant, la proposition de mise en place de cette action se heurte le plus souvent à une réticence des équipes.

Une action s'est développée dans certains départements comme le Val-de-Marne, la Seine St-Denis ou le Gard, mais reste très insuffisante dans la plupart des autres PMI et crèches, et encore moins dans les écoles maternelles où les contraintes matérielles sont importantes. C'est pourquoi il faut l'inscrire dans le projet pédagogique de ces établissements, pour que les équipes y participent.

Même constat pour la place réservée à l'examen bucco-dentaire des jeunes enfants, dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), en lien avec la consultation médicale. Devant la difficulté qu'éprouvent certaines familles à se rendre chez un dentiste, cette possibilité d'une consultation par un chirurgien-dentiste de PMI, nous semblent essentielle, comme devrait l'être, selon nous, la pose de vernis fluoré pour les enfants à « risque de carie ». En allant ainsi à la rencontre des familles, celles-ci bénéficient d'une expertise dentaire sans être confrontées immédiatement aux soins. Cela peut-être rassurant tout en permettant de travailler sur les représentations négatives véhiculées autour du dentiste⁽³⁹⁾. Mais pour d'autres, l'absence de possibilité de soin sur place peut être une frustration. Le dentiste de santé publique (quand il existe) par sa connaissance de l'offre de soins de proximité peut aider à orienter l'enfant dans le système. Cette démarche est en adéquation avec les échanges entre professionnels du colloque « petite enfance »⁽⁴⁰⁾, organisé

³⁵ Hescot P, Rolland E. La santé dentaire en France, enfants de 6 et 12 ans, Paris, UFSBD 2006 84p.

³⁶ Bury JA. Education pour la santé: concepts, enjeux, planifications. Bruxelles, De Boeck-Université, collection « Savoirs et santé », 1988, 235p.

³⁷ *Santé de L'Homme* N°147

³⁸ Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Int J Dent. 2011;2011:725320. Epub 2011 oct 10

³⁹ Etude des impacts des actions de prévention bucco-dentaire. Rapport final novembre 2009. Document Conseil général du Val de Marne.

⁴⁰ Colloque Petite enfance et santé bucco-dentaire: Quelles pratiques de prévention de la grossesse à l'âge de 6 ans? Actes Plénières et ateliers Créteil 2007. document Conseil général du Val de Marne/ASPBD.

conjointement par le Département du Val-de-Marne avec l'ASPBD⁽⁴¹⁾, en 2007.

On ne peut dissocier promotion de la santé bucco-dentaire, mise en place d'un véritable système de santé publique et amélioration de la prise en charge. C'est ce que l'on attend d'un Gouvernement qui prône le changement maintenant. Une telle politique doit pouvoir s'appuyer sur une nomenclature des actes dentaires pour les enfants revalorisée de telle manière qu'un chirurgien-dentiste libéral ou un salarié de centre de santé puisse en vivre et couvrir les frais de son activité en direction des enfants et des jeunes.

S'agissant des jeunes, il faudrait que le gouvernement réoriente ses aides pour compléter le dispositif MT'Dents et l'élargir à toute la jeunesse (0-28 ans). En effet, serait-il si coûteux de remplir les trous d'un système qui déjà prend déjà en charge les 6, 9, 12, 15 et 18 ans? Ne serait-il pas plus efficient de promouvoir, comme dans de nombreux autres pays européens, une prise en charge continue de la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes, garant d'une meilleure prévention pour leur avenir comme de nombreuses études le démontrent.

Si la première priorité du Président Hollande, comme il l'a affirmé à Nice, « *c'est l'accès de tous aux soins en confortant d'abord l'assurance maladie obligatoire qui doit être le pilier et non pas le plancher de notre système* », alors il n'a pas à hésiter, il devrait annoncer dans le cadre de la Loi de Stratégie Nationale de Santé, une véritable politique nationale de prévention bucco-dentaire, à la différence de ce qu'avait fait Xavier Bertrand en 2005, dont on attend toujours la mise en place. Pour ce faire, il pourrait s'inspirer du travail accompli dans le Val-de-Marne qui a montré, par ses résultats (à l'égal des meilleurs d'Europe), la pertinence de son programme et de son service de santé publique dentaire, unique en France.

Ceci est d'autant plus nécessaire, que selon la récente enquête de La Mutuelle Des Étudiants (LMDE) sur la santé et les conditions de vie des Étudiants⁽⁴²⁾, conduite par l'Observatoire Expertise et Prévention pour la Santé de Étudiants(EPSE) avec l'IFOP, les résultats font la chasse aux idées reçues sur la situation sociale et sanitaire des étudiants: 20 % d'entre eux jugent que leur état de santé s'est dégradé par rapport à l'année précédente ou encore que **34 % des étudiants avaient renoncé à consulter un médecin** au cours des 12 derniers mois.

Pour un tiers d'entre eux, ce renoncement est lié à des raisons financières. **19 % des étudiants ne sont pas couverts par une complémentaire santé**, au regard des 6 % de Français qui ne sont pas protégés⁽⁴³⁾. Une complémentaire jugée indispensable pour consulter un dentiste, un ophtalmologue, un gynécologue ou des spécialistes.

L'heure est donc venue de mettre un frein au renoncement aux soins bucco-dentaire au moins pour les enfants et les jeunes, et comme nous y invite F. Hollande, « *permettre un meilleur remboursement pour les Français des soins optiques et des soins dentaires* ». Et si « *l'objectif, c'est l'égal accès aux soins de tous (...) la question des dépassements d'honoraires mérite d'être posée et surtout réglée* », alors nous ne pouvons nous contenter des avenants N° 2 et 3 signés avec la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), qui ne fait pas l'adhésion de toute la profession et qui va conforter les réprimandes de la Cour des Comptes dans son rapport de 2010.

S'agissant de la pratique en centre de santé, seuls dans les centres de santé municipaux, les salariés sont rémunérés à la fonction, pour l'essentiel des centres dentaires les chirurgiens-dentistes ont une rémunération basée sur l'acte pour la rentabilité de ce secteur comme le prescrit le modèle économique de la Mutualité et/ou pousser les praticiens au plus haut chiffre d'affaires. C'est pourquoi il faut mettre un terme à cette pratique, qui n'encourage pas le travail d'équipe, la prise en charge globale des patients et leur accompagnement sanitaire, social et culturel dans le parcours de soins. Le paiement à la fonction seul, évite les tentations de dérives de productivisme pour améliorer les équilibres financiers des professionnels ou des structures aux dépens du budget de la sécurité sociale. Le paiement à la fonction, facilitateur de santé publique, favorise le juste soin au juste coût mais aussi les soins conservateurs dentaires en évitant les actes onéreux pour le patient et inflationnistes pour l'assurance maladie et les complémentaires. C'est pourquoi, on ne peut que déplorer, comme les rapporteurs de l'IGAS, les centres dont l'approche est uniquement axée sur la gestion. Il faut entendre la remarque de l'IGAS « *... qu'il n'est pas de bon aloi de faire reposer le financement des centres de santé sur les limites du remboursement des actes de chirurgie dentaire.* »

Aussi, les centres de santé dentaires ne doivent pas s'inscrire dans un modèle économique basé sur l'acte rentable mais permettre à chacun l'accès aux soins en fonction de critères de qualité et de santé publique. Cela nécessite tout à la fois un nouveau modèle économique et social pour les centres de santé, mais aussi une réforme

⁴¹ Société Française des Acteurs de la Santé Bucco-Dentaire (ASPBD)

⁴²Baudier Anne, Dobbels David, Szeftel Gabriel. Santé et conditions de vie des étudiants. Enquête nationale et synthèses régionales, éditions 2011-2012, Paris: rue des Écoles, Mutualité française, 2012, 304 p.

⁴³ Irdes – Chiffres 2008 publiés en 2011

de fond nationale de la santé bucco-dentaire. Car c'est le concept même de rémunération à l'acte qu'il faut remettre en cause, par un financement plus forfaitaire, donnant priorité à la conservation dentaire et parodontale, basé sur la prévention, dont nous connaissons l'efficacité en amont et en aval des problèmes dentaires.

Ils pourront permettre de répondre aux exigences d'une politique de santé dentaire d'aujourd'hui : donner la priorité à la promotion de la santé bucco-dentaire, aux soins conservateurs, à la parodontologie, à une pratique la moins invasive possible et aux soins prophylactiques.

Pour ce faire, prévention collective, prévention des populations à risques et prévention individualisées doivent former le contenu de cette approche, en insistant sur la formation de personnels qualifiés, l'éducation pour la santé, la prophylaxie par des actions préventives individuelles et collectives prioritairement en direction des enfants, des jeunes, des populations précaires et dépendantes (en situation de handicap et personnes âgées). Cela doit signifier d'autres formes de valorisation de l'activité tant des praticiens que de la structure. C'est pourquoi il est judicieux d'imaginer la création d'une nomenclature dentaire complémentaire spécifique aux centres de santé, au regard de leurs missions, à l'occasion de la négociation de l'Accord national des centres de santé que la Ministre de la santé a souhaité lors du récent congrès national des centres de santé.

Une telle forfaitisation des missions doit éviter les risques de faire des centres de santé dentaires des produits d'appel des Complémentaires de santé et de les utiliser pour une filiarisation permise par la « PPL Le Roux sur les réseaux » et mettre un terme aux centres dit « low-cost » ou au « tourisme médical » conduisant les praticiens à établir des plans de traitements sur critères socio-économiques.

Quel que soit le mode d'exercice, la compétence des chirurgiens-dentistes doit être reconnue et leur indépendance préservée dans leurs choix thérapeutiques et dans le colloque singulier avec le patient. Le praticien doit pouvoir rester seul responsable vis-à-vis de son patient, quel que soit le type de soins ou leur mode de financement. Cela suppose de renforcer les liens avec les facultés de chirurgie dentaire et augmenter le nombre d'odontologistes des Hôpitaux publics. Les centres de santé dentaires pourront ainsi trouver leur place dans un nouveau paysage sanitaire et social qui, dans le cadre d'un service public territorial de santé de premier recours, garantira l'accès aux soins de qualité et à la prévention de tous. Cela doit concerner aussi toutes celles et tous ceux qui sont en situation de perte d'autonomie, qui

souvent cumulent difficultés d'accès aux soins et mauvais état de santé bucco-dentaire. Les liens entre état de santé générale et santé orale ne sont pourtant plus à démontrer, et c'est parmi ces populations que les maladies bucco-dentaires sont les plus présentes.

C'est pourquoi il est urgent de poser la nécessité de la création d'une filière spécifique de prise en charge des personnes dépendantes. Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et les personnes âgées (8 à 10 % de la population) doit devenir une priorité dans une véritable politique de santé bucco-dentaire. Un axe prioritaire, cela implique dans les structures de soins odontologiques de travailler au financement d'aménagements des locaux, des procédures de soins, des plateaux techniques et une prise en charge spécifique. Cela nécessite le développement du service public de soins bucco-dentaires et singulièrement celui des centres de santé et de l'hôpital public. Une nomenclature adaptée doit également être définie. En particulier les actes générés par la nécessité de contrôler les difficultés de coopération, comme les techniques cognitivo-comportementales ; les techniques de sédation doivent apparaître dans la classification des actes médicaux.

Dans la conjoncture économique actuelle, il nous faut multiplier les réseaux de soins ville/hôpital pour rassembler les moyens humains de la profession dans une structure administrative mandatée pour faciliter l'accès aux soins des patients à besoins spécifiques. Il faut promouvoir, une campagne d'information de toutes les personnes qui entourent les personnes âgées sur leurs lieux de vies. Il est admis qu'un mauvais état de santé bucco-dentaire est des premières causes de dénutrition des personnes âgées⁽⁴⁴⁾. La grille AGGIR doit intégrer l'état de santé bucco-dentaire et leur capacité à prendre en charge leur hygiène bucco-dentaire ; un plan de formation des personnels doit être mis en place.

À ce sujet, une étude pilote récente⁽⁴⁵⁾, auprès de quelque 300 personnes résidant dans 14 établissements hospitaliers des personnes âgées dépendants (EHPAD) du Val-d'Oise a confirmé l'apport bénéfique d'une formation du personnel soignant sur la santé orale des résidents. Au lieu d'être réservé aux structures financées par des régimes de retraites privés, un programme national mis en œuvre par les ARS serait aujourd'hui indispensable. L'intégration de l'hygiène bucco-dentaire dans les

⁴⁴ Actes du colloque prévention bucco-dentaire, facteur de santé chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, ORS et Mutualité Bourgogne, décembre 2009, et Actes de la 10^e Journée de santé publique dentaire de Créteil, Conseil Général 94 et ASPBD.

⁴⁵ Étude menée par G.Savard, J.Baranes, C.Nabet, F.Lorentz et CBoissel

pratiques de soins corporelles impose de dégager, des moyens et donc les ressources nécessaires. Une consultation bucco-dentaire devrait être réalisée lors de l'entrée en EHPAD et un suivi devrait être instauré. Une réhabilitation orale complète devrait pouvoir être proposée avec la mise en place dans tous les établissements d'une filière de soins. La réponse réside dans la création de réseaux de santé bucco-dentaire articulés avec les réseaux de gériatrie. Il appartient aux collectivités et aux établissements qu'ils accordent les moyens nécessaires à la santé bucco-dentaire des personnes dont ils ont la charge, notamment dans le cadre des plans départementaux des personnes âgées. De plus il est nécessaire que les services hospitaliers puissent recevoir les patients à besoins spécifiques. Ils doivent être dotés des effectifs et des matériels suffisants pour permettre une prise en charge longitudinale de cette population. Une autre proposition mériterait d'être prise en compte, celle de mettre en œuvre comme pour l'Examen Bucco-dentaire (EBD) conventionnel des enfants et des jeunes, un EBD des séniors avec une prise en charge à 100 %, notamment à l'entrée en institution, ainsi que les frais de prévention et de soins qui en découlent.

Quel que soit le mode d'exercice, la compétence des praticiens doit être reconnue et leur indépendance préservée dans leurs choix thérapeutiques et dans le colloque singulier avec le patient. Le praticien doit pouvoir rester seul responsable vis-à-vis de son patient, quel que soit le type de soins ou leur mode de financement.

Il faut rapidement former un nombre suffisant de chirurgiens-dentistes pour répondre aux exigences de démographie, aux inégalités sociales et territoriales, à l'évolution future des besoins, principalement parodontaux, implantaires ou prothétiques, mais aussi une plus grande exigence sanitaire et esthétique. Cela suppose de renforcer les moyens des facultés de chirurgie dentaire et augmenter les moyens des services odontologiques des hôpitaux publics. Dans cet esprit, il est fortement souhaité que la majorité des hôpitaux puisse être dotée d'un service d'odontologie et que soit précisé le rôle de l'hôpital, notamment en ce qui concerne les patients à besoin spécifique ou à risque. De même il serait bon que dans chaque département soit créé un service d'urgence, car en la matière, la notion de proximité est importante.

Il n'y a pas d'évolution de la pratique professionnelle sans la reconnaissance des assistantes dentaires dans le code de la santé publique avec un diplôme d'État, en plus grand nombre notamment dans les structures publiques et avec des délégations élargies, sous la responsabilité du praticien libéral, salarié ou hospitalier. Sans attendre son adoption au Parlement, un groupe de travail doit se mettre en place dans le cadre de la reconnaissance des

diplômes, au niveau du Ministère de la santé, regroupant toutes les compétences professionnelles. À la suite de cette réflexion, et après le vote par les parlementaires, une mission pourrait être demandée à la Haute Autorité de Santé.

Pour les populations en difficulté sociale, il faudrait conforter le concept de réseau social dentaire, qui vise à l'intégration de ces publics dans les structures de soins existantes, en créant des liens entre le sanitaire et social. Un vrai travail de santé publique nécessite une évaluation régulière de l'état de santé bucco-dentaire des populations, en généralisant, à l'image du Val-de-Marne, la notion de surveillance sanitaire à l'échelle de chaque région. Pour toutes ces raisons, le premier geste d'un gouvernement de gauche qui veut vraiment affirmer sa réelle volonté d'avoir une politique de santé accessible à toutes et tous, c'est de mettre fin à cet anachronisme, de revoir la couverture sociale dentaire, la politique de prévention bucco-dentaire, la nomenclature des actes dentaires, reconstruire et développer un service public de santé basé sur la proximité et la qualité des soins avec les personnels, les élus et les citoyens.

À propos du rapport Robiliard

Présentation et analyse par Véronique Sanchez et Jean-Luc Gibelin

Une personne sur quatre est susceptible au cours de sa vie de développer un trouble mental. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des Affaires sociales et de la Santé a constaté de 1991 à 2003, une augmentation de 62 % de la file active pour les adultes en psychiatrie générale et de 82 % pour les enfants en psychiatrie infanto-juvénile. Toutefois, les données concernant la fréquentation des services psychiatriques et l'évaluation en coût sont partiellement et difficilement quantifiables malgré l'utilisation du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIN-EP), le rapport d'activité de psychiatrie (RAPSYP) destiné à fournir des informations sur l'organisation des prises en charges, les pratiques professionnelles et la continuité des soins; force est de constater que les résultats obtenus sont parcellaires et ne font apparaître qu'un aperçu de la réalité.

Néanmoins, la santé mentale est un enjeu à la fois sanitaire, social et économique. C'est pourquoi, elle figure au nombre des priorités fixées par la ministre des affaires sociales et de la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé présentée le 23 septembre 2013. Ce rappel d'information, dont le rapporteur est Denys Robiliard se base sur l'audit de 178 personnes dont des associations d'usagers et de familles de patients, des médecins, des professionnels de santé, des chercheurs et des experts.

Cette mission d'information s'est déplacée sur des centres et services psychiatriques, tels que l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri Colin du Groupe Hospitalier Paul Giraud (Villejuif), au Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron, dans la région de Grenoble, au centre médico-psychologique (CMP) de Crolles, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble et au centre psychothérapique Nord Dauphiné de Bourgoin Jallieu, ainsi qu'à l'établissement public de santé mentale de Lille métropole.

Après une partie sur le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, plusieurs propositions et recommandations sont avancées dans un souci d'amélioration de l'existant.

La mission a été conduite alors que la ministre des affaires sociales et de la santé définissait la stratégie nationale de santé, présentée le 23 septembre 2013. Le rapport fait apparaître des convergences, des approches plaçant

l'utilisateur au cœur du système de soins, sur la notion de territorialité, et sur l'importance de la démocratie sanitaire. Face à l'évolution croissante des maladies mentales et des troubles psychiatriques et à son incidence en termes sanitaires, mais également économiques et sociaux, la santé mentale constitue une préoccupation majeure des pouvoirs politiques.

Après avoir dressé un état des lieux de la santé mentale en France, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 relève une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des malades, de même qu'un clivage entre prévention et soins. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 fixe de grandes orientations portant sur l'amélioration de l'accès aux soins, la continuité des prises en charge sur tout le territoire, ainsi que sur la formation et la recherche. De 2000 à 2009, 15 rapports ont été élaborés sans avoir réellement abouti, tout en mettant en exergue des constats récurrents.

Au niveau national, les professionnels de santé disposent de deux interlocuteurs au ministère de la Santé. Au niveau régional, ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui assurent le pilotage des projets régionaux de santé dans lesquels figure l'offre de soins psychiatriques.

Au sein du ministère de la santé, dans le champ de l'organisation des soins psychiatriques deux directions sont compétentes :

- La direction générale de la santé : proposant les objectifs et assurant le suivi des politiques de santé mentale.
- La direction générale de l'offre de soins (DGOS) est responsable de la régulation de l'offre de soins, notamment des établissements de santé, de l'organisation de l'offre de soins au bénéfice des personnes détenues et retenues; elle définit et évalue les politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours, l'adaptation des parcours de soins des malades chroniques et veille à la cohérence des politiques d'offre de soins développées dans le champs sanitaire et médico-social.

Les agences régionales de santé (ARS) élaborent un projet régional de santé décliné au sein des territoires de santé, en cohérence avec les politiques menées par les collectivités territoriales. Dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, les ARS définissent, pour chaque territoire, les articulations entre l'offre hospitalière et l'offre de ville, y compris médico-sociale.

Le plan psychiatrie et maladie mentale 2011-2015 préconise l'organisation d'une commission chargée de la coordination entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale (développement des réseaux). À ce jour, seules les ARS Nord Pas de Calais, Provence Alpes Côte d'Azur et Île de France ont mis en place ce type de structure. L'objectif est de réunir des représentants des usagers, des professionnels de santé, des élus et des administrations afin d'élaborer des projets dans le cadre des programmes régionaux de santé mentale des ARS. Les thèmes abordés pour l'année 2013-2014 seront notamment l'inclusion sociale et la lutte contre la stigmatisation, la santé mentale en prison, la psychiatrie et la médecine de ville, la santé mentale du sujet âgé.

Le concept de secteur, né de la psychothérapie institutionnelle est conçu autour de trois axes :

- la continuité de la prise en charge des patients
- La pluridisciplinarité de la prise en charge
- La proximité et l'égalité de traitement des patients. Le territoire est ainsi découpé en secteurs géographiques d'environ 70 000 habitants.

Le secteur est fragilisé depuis l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ; le territoire de santé devient le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie. La notion de territoire de santé est définie par chaque ARS. La notion de secteur étant fragilisée au profit de territoire, dont les délimitations géographiques peuvent être beaucoup plus amples, on constate également une réduction drastique du nombre de lits (de 130 000 lits en 1974 à 60 000 en 2010.)

On distingue aujourd'hui 4 types de prise en charge :

a) les hospitalisations complètes

Les pathologies les plus lourdes seront traitées dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie (46 % de statut public). On y distingue 4 types de structures : les établissements spécialisés appelés centres hospitaliers spécialisés ou établissements publics de santé mentale, les hôpitaux généraux qui disposent d'un service de psychiatrie, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les établissements privés à but lucratif.

b) Les alternatives à l'hospitalisation

On les définit étant une prise en charge à temps complet ou partiel. Elles s'exercent au moyen d'appareils thérapeutiques (structures de soins rattachées à un hôpital), favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social, avec le concours d'équipes soignantes accompagnant les malades dans l'apprentissage de l'autonomie ; l'accueil familial thérapeutique (familles rémunérées par l'hôpital, assurant une transition entre l'hôpital et un secteur à domicile).

c) L'hospitalisation à domicile (équipes soignantes intervenant au domicile du patient).

d) Quant à la prise en charge à temps partiel, elle relève de l'hôpital de jour et des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) assurant des actions de soutien et de thérapie de groupe.

Concernant les pathologies moins lourdes la prise en charge ambulatoire s'effectue à travers les consultations chez un médecin généraliste, les consultations chez un psychiatre libéral et la prise en charge dans des centres médico-psychologiques (CMP), qui sont des unités extra-hospitalières de coordination et d'accueil situées en centre-ville, composées d'équipes pluridisciplinaires de psychiatries, de psychologues d'infirmiers et d'assistants sociaux. Il existe également des services d'accompagnement pour les handicapés psychiques.

Les urgences prennent en compte la spécificité des troubles mentaux.

Pour se faire, elles disposent de 3 dispositifs :

- les services d'urgence (SU) implantés dans les hôpitaux généraux et travaillant en lien avec le secteur.
- En Île de France, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA – hôpital Ste Anne) propose une consultation de toute personne de plus de 15 ans, l'hospitalisation sur place ne pouvant pas excéder 72 h. Un travail d'orientation s'effectue par une consultation ambulatoire, une hospitalisation libre ou sans consentement, en coordination avec le secteur.
- Les centres d'accueil et de crise (CAC et CAP) assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques.

La pédopsychiatrie a aussi vu sa file active augmenter. Elle prend désormais en charge de la périnatalité à l'adolescence. Le dispositif de pédopsychiatrie s'appuie sur un réseau important de structures médico-éducatives offrant une prise en charge à la fois médicale et éducative. Le centre médico psychopédagogique (CMPP) en est la structure phare. Ces structures majoritairement associatives ayant une mission de service public ne sont pas sectorisées. Les CMPP accueillent des enfants présentant des troubles d'apprentissage, des troubles psychiques psychomoteurs ou de comportement et assurent leur soutien éducatif, leur rééducation ou leur prise en charge. Au sein de ce réseau, existe également des instituts thérapeutiques et pédagogiques (ITEP) accueillant des enfants présentant des difficultés psychologiques, des instituts médico-éducatifs (IME) prenant en charge des enfants ayant une déficience intellectuelle. Depuis 2005, les maisons des adolescents complètent cette offre de soin. Les maisons des adolescents sont un dispositif non sectorisé propo-

sant des soins des soins pluridisciplinaires en pédiatrie, en médecine (troubles du comportement alimentaire), en psychologie et en psychiatrie pour les adolescents de 11 à 18 ans. Toutefois, 15 % des départements n'en sont pas dotés. Les difficultés de la pédopsychiatrie sont similaires du secteur adulte (délai d'attente important).

La mission par la voix de son rapporteur recommande de réaffirmer la légitimité et l'actualité de l'intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi le concept de secteur et sa déclinaison entraînerait des dysfonctionnements en amont et en aval de la prise en charge. Le principal obstacle serait la permanence de « l'hospitalo-centrisme » empêchant l'articulation entre le sanitaire et le médico-social. Le territoire étant découpé en secteurs, cela suppose l'existence d'un domicile fixe et identifié. Deux catégories de population ne peuvent correspondre à ce type d'organisation, à savoir les populations précaires et les demandeurs d'asile (pourtant exposés au vu d'une importante vulnérabilité). L'accès difficile à une première consultation se constate sur un CMP, ou malgré un maillage territorial important, le délai d'attente peut atteindre jusqu'à 6 mois. Les amplitudes horaires sont également limitées, la plupart étant fermés le week-end.

Un cloisonnement entre la prise en charge somatique et la psychiatrie est avancé (taux de mortalité des malades psychiatriques supérieur à la moyenne générale de la population, notamment concernant les maladies cardiaques ou infectieuses).

À l'énumération des dysfonctionnements des prises en charge, s'ajoute le recours à la contention et à l'isolement thérapeutique. La contention est une prescription médicale dans un contexte de soins. Ce procédé thérapeutique consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard, permettant de protéger un malade agité ou violent de s'automutiler ou de blesser son entourage. (Définition du Larousse médical). Lorsque cette pratique est utilisée, les raisons avancées sont la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation de ces équipes et des jeunes médecins. Cette pratique pose cependant le respect des libertés individuelles et la dignité du malade. En outre, faute de place dans les structures médico-sociales, de nombreux patients restent trop de temps à l'hôpital, frein à leur réinsertion. Ce constat concerne en premier lieu les personnes en situation de précarité, mais également des adolescents, faute de structures alternatives.

Cette question du cloisonnement entre le sanitaire et le médico social est révélatrice sur la population âgée, que ce soit les personnes atteintes de troubles psychia-

triques vieillissantes ou les personnes âgées présentant des troubles, apparentés aux troubles psychiatriques, à partir de 60 ans. Ces patients relèvent du secteur médico-social, alors qu'ils sont orientés vers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (EHPAD), ces maisons de retraite n'étant pas adaptées pour recevoir ce type de résidents.

Des inégalités territoriales dans l'offre de soins participent également aux dysfonctionnements relevés. Des régions sont mieux dotées que d'autres, que ce soit de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel, ainsi que la répartition des psychiatres libéraux et mixtes.

Bien que les dépenses représentées par les troubles psychiatriques au sein de l'assurance maladie soient conséquentes, les moyens humains sont insuffisants et inégalement répartis et pâtissent des vacances de postes. L'insuffisance des postes de psychiatrie, surtout hors des espaces urbains, et la disparition de la spécificité « psy » des infirmiers majorent les inégalités de l'offre de soins. La place des psychologues étant habilités à réaliser des expertises cliniques, des actes de psychothérapie, entretient des liens de coopération et non hiérarchiques avec les équipes soignantes. De par leur accompagnement d'autres professionnels de la santé ou du secteur social, dans l'exercice de leur métier, ils peuvent jouer un rôle important, tout comme les assistants sociaux constituent un soutien primordial d'accompagnement des malades dans leurs démarches, et de participations aux visites à domicile avec les infirmiers. Cependant, il est à remarquer que le recrutement et la fidélisation des assistants sociaux sont ardues.

Les efforts au niveau du domaine de la recherche sont contrastés. Le nombre de chercheurs est faible (2,4 %) en psychiatrie. Les sciences humaines et sociales spécialisées dans la psychiatrie sont très peu représentées. Néanmoins, malgré ce constat, la France réussit à obtenir 3 % de la production mondiale des publications françaises et se situe au 4^e rang européen et au 9^e rang mondial. La recherche française est structurée en réseau, favorisant le développement d'une recherche innovante. 25 centres experts en France mènent des activités notamment sur les troubles bipolaires, la schizophrénie et la dépression sévère.

Afin de replacer l'usager au cœur du dispositif de soins psychiatriques, il apparaît impératif de rénover la notion de « secteur » autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif. Les recommandations faites par le rapporteur sont de réaffirmer la légitimité et l'actualité des secteurs en fixant

par la loi leurs missions communes (proposition n° 6). L'organisation sectorielle doit évoluer à la fois vers plus de coopération avec d'autres secteurs et conforter les politiques intersectorielles.

Dans le pacte de confiance pour l'hôpital (Édouard Couty et Claire Scotton, Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2013), il est proposé d'assurer la prise en charge des maladies mentales, sur un territoire de proximité défini par le secteur psychiatrique, dont l'organisation et le fonctionnement pourraient être rénovés, par un ancrage territorial réaffirmé, mais aussi par le biais d'une ouverture aux autres acteurs de la psychiatrie, tels qu'une complémentarité avec l'offre privée afin de compléter la carte des lieux de prise en charge. Sur tout le territoire, l'offre privée totalise 17 % des « parts de marché ». La proposition du rapporteur est de favoriser dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé, l'articulation entre l'offre de soins psychiatriques publique et privée (proposition n° 7).

La majorité des malades vivent désormais dans la cité, les élus sont confrontés aux difficultés d'insertion. Souvent sollicités, les élus locaux ont toute légitimité pour s'impliquer dans le domaine de la santé mentale. Dans le cadre de la politique de la ville, les élus se sont ainsi investis dans les « ateliers santé ville » au sein desquels les questions de santé mentale sont apparues comme prioritaires. À partir des années 2000, une nouvelle structure a émergé, propre à la santé mentale, avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM). Le CLSM est le lieu qui permet l'articulation entre le sanitaire et le social sur un territoire. Il permet ainsi une véritable prise en charge globale et participe de la dé-stigmatisation des malades. C'est pourquoi, le rapporteur préconise d'encourager les constitutions de conseils locaux de santé mentale ou de santé et de santé mentale et d'élaborer à cette fin un référentiel national qui servirait de guide tout en gardant la souplesse nécessaire à l'adaptation au territoire. (proposition n° 17). Il semblerait en outre judicieux et pertinent d'étendre le périmètre des activités des conseils locaux de santé mentale à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie du sujet âgé. (proposition n° 18).

L'intersectorialité est une évolution tendant à la mise en place de dispositifs transversaux centrés sur des activités répondant à des pathologies spécifiques, telles que les populations précaires par biais d'équipes mobiles, interface entre le sanitaire et le social. Cette proposition validée par le rapporteur recommande de généraliser sur une base territoriale définie par l'agence régionale de santé le dispositif des équipes mobiles psychiatrie précarité (proposition n° 10).

L'organisation de la prise en charge des personnes âgées pourrait passer par des compétences renforcées et des pratiques adaptées à la fois dans les établissements de santé mentale et dans les EHPAD. Il serait souhaitable d'établir des liens entre l'hôpital et les EHPAD avec des allers et retours éventuels. Le rapporteur propose d'établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux en incitant à la signature de conventions entre les EHPAD et les établissements de santé mentale afin de prévoir des consultations de psychiatres en EHOAD et admission en hôpital en cas de crise (proposition n° 9). Une prise en charge intégrée doit prendre en compte l'action conjuguée des soins médicaux et la réinsertion du malade dans la société.

Il est nécessaire de faciliter le premier accès aux soins. Le médecin généraliste s'impose donc comme un acteur de santé mentale en premier recours à la fois en termes de prescription et d'orientation des malades. Afin de pallier la difficulté de formation et de coordination avec le milieu psychiatrique, le rapporteur recommande de former les médecins généralistes afin qu'ils puissent détecter les troubles psychiatriques et orienter au mieux les patients en incluant un stage obligatoire en psychiatrie, en secteur hospitalier et en ambulatoire, dans la formation initiale et en renforçant la formation continue dans le domaine de la psychiatrie (proposition n° 1). Dans le souci de développer la collaboration et l'échange entre généralistes et psychiatres, le rapporteur recommande d'encourager les consultations de psychiatres dans les maisons de santé, de favoriser les échanges entre le médecin généraliste et le psychiatre pour assurer pour obtenir un suivi optimal du patient et enfin d'appuyer les échanges et collaboration dans le cadre du secteur (proposition n° 2).

Le rapporteur suggère de se fixer dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les ARS un objectif de délai maximal pour obtenir un premier rendez-vous; d'organiser un système de pré-entretien avec le concours d'infirmiers ou de psychologues, afin de permettre l'évaluation du patient et l'orientation vers une prise en charge ultérieure; l'augmentation de l'amplitude horaire et les jours d'ouverture des CMP. Concernant une meilleure prise en charge des maladies somatiques, le rapporteur recommande d'organiser la prise en charge des maladies somatiques des personnes atteintes de troubles psychiatriques en inscrivant cet objectif dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements, en prévoyant selon la taille de l'hôpital un service, un poste ou des vacations de somaticiens dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie, ainsi que l'élaboration des conventions entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux ou des maisons de santé (proposition n° 5).

L'amélioration de l'articulation avec le médico-social constitue un objectif important ; le rapporteur suggère donc d'établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux (proposition n° 8). Il importe de renforcer l'offre à travers des structures diversifiées qui puissent répondre aux besoins spécifiques de chaque patient, comme les services d'accompagnement à la vie sociale (SARS) ou les services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées (SANSAH) ; ces services ayant pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par l'accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) permettent d'assurer l'hébergement, les soins médicaux et paramédicaux, mais leur nombre est insuffisant. Les lits « Halte Santé », sont financés par l'assurance maladie et assurent un hébergement et une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile nécessitant des soins somatiques et psychiatriques. L'hébergement est inférieur à deux mois. Une coordination accrue entre tous les acteurs est nécessaire dans cette approche du soin global autour de l'offre de soin. C'est pourquoi, le rapporteur propose de développer les liens entre secteurs et professionnels de santé (protection maternelle et infantile, médecine du travail, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, institution d'aide sociale et de travail social), afin de repérer les personnes paraissant présenter des troubles mentaux et, le cas échéant, coordonner les actions à leur bénéfice ; et prévoir l'assistance téléphonique auprès d'un service psychiatrique à destination de ces professionnels (proposition n° 4).

Favoriser l'inclusion sociale, passe notamment par une réadaptation au travail. Pour ce faire, il est nécessaire de renforcer les outils de démocratie sanitaire, de développer la participation des usagers et des familles, en incitant au développement des maisons des usagers au sein des établissements de santé mentale et d'encourager la constitution de groupes d'entraide mutuelle. (proposition n° 19). Le rapporteur préconise de veiller à la représentation effective des usagers et de leur famille dans toutes les instances où elle est prévue (proposition n° 20).

Concernant l'offre sur les logements, le rapporteur préconise de mettre à disposition des logements adaptés en développant la pratique de baux glissants où l'intermédiation locative afin de favoriser l'accueil des malades dans des logements indépendants (proposition n° 11).

Quant à l'insertion professionnelle, elle repose essentiellement sur les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). L'ESAT doit permettre la mise en place

des actions et le maintien des acquis professionnels et d'accès à l'autonomie. Le rapporteur suggère de développer l'insertion professionnelle en prenant appui dans la mesure du possible sur le conseil local de santé mentale (proposition n° 12).

Concernant l'amélioration de la prise en charge des détenus, le rapporteur, devant le nombre de personnes incarcérées présentant des troubles mentaux graves préconise d'évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal, (proposition n° 21) au sein des établissements pénitentiaires, deux types de prises en charge sont possibles, les soins ambulatoires, assurant les consultations et les soins somatiques et psychiatriques ; l'hospitalisation de jour et les hospitalisations à temps complet par la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Dans l'attente de la finalisation du programme des UHSA, les établissements hospitaliers psychiatriques continuent à accueillir les détenus. C'est pourquoi le rapporteur recommande de renforcer le temps d'intervention et le nombre de professionnels de santé mentale intervenant auprès des détenus. (proposition n° 22). Le rapporteur suggère également de sensibiliser le personnel pénitentiaire aux pathologies psychiatriques dans le cadre de leur formation initiale et continue, (proposition n° 24). Des conventions entre ministère de la santé et de la justice doivent être passées afin de prévoir un dispositif coordonné de sortie entre l'administration pénitentiaire et l'équipe médicale afin d'assurer un suivi de soins pour les personnes détenues, (proposition n° 23).

Pour améliorer la prise en charge, les moyens doivent être adaptés, à commencer par un nouveau modèle de financement. La tarification à l'activité n'est pas pertinente sur une prise en charge sur du long terme. Le modèle actuel de dotation globale maintient des inégalités entre les établissements. Toutefois, même convaincu de la nécessité de faire évoluer le mode de financement actuel, le Rapporteur n'a pu approfondir suffisamment ses investigations pour proposer une recommandation.

Une véritable politique de ressources humaines devrait s'établir valorisant le travail d'équipe, avec un rôle accru pour les psychologues cliniciens. La formation des internes en psychiatrie doit être également renforcée. Il apparaît nécessaire d'améliorer la formation des infirmiers exerçant dans le milieu psychiatrique. Le Rapporteur préconise de proposer une orientation spécifique aux étudiants infirmiers souhaitant travailler principalement dans des établissements de santé mentale en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie lors de leur formation à leur diplôme et pour ceux en poste depuis 1993 en recourant à la valorisation des acquis de l'expérience (proposition 26).

Une proposition relative à l'importance de la recherche plaide pour un renforcement des moyens financiers alloués à la recherche en santé mentale au sein de la recherche en santé (proposition 27). Le Rapporteur suggère d'encourager la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité de la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les neurosciences, la recherche

fondamentale, et celles exploitant les données de la clinique (proposition 29). Enfin, la recherche théorique, fondamentale, et la recherche clinique doivent être associées afin de mieux diffuser les innovations. Un meilleur contact entre les chercheurs et cliniciens permettrait, de plus, de développer une culture de l'évaluation, qui fait défaut en France.

Rapport Robiliard: Du nouveau ou du « déjà vu » ?

La mission d'information sur l'avenir de la psychiatrie a remis son rapport rédigé par le député Robiliard. Il contient 30 recommandations sur différents axes: pour « une meilleure prise en charge », « un secteur rénové », « une inclusion sociale favorisée » et « des moyens adaptés ».

Au premier abord, c'est plutôt en écho avec des expressions des professionnels, c'est plutôt tourné vers des réponses aux préoccupations régulièrement rappelées. Nous reviendrons sur les différentes préconisations mais il est important de bien prendre en compte la toute dernière: moins de rapport mais de la mise en œuvre des préconisations récurrentes... Espérons que ce ne soit pas prémonitoire...

En effet, dans les dernières missions et rapports commandités par la ministre les aspects novateurs et alternatifs aux lois de droite n'ont pas été traduits en actes. Donc la première vraie question est bien celle de la réelle intention ministérielle de mettre des moyens pour l'avenir de la psychiatrie et non seulement, mandater des missions qui auditionnent largement mais dont les préconisations ne sont pas suivies d'actes politiques. Au demeurant, la mission actuelle a auditionné de nombreuses actrices et acteurs mais a évité les organisations syndicales des personnels non médicaux travaillant en psychiatrie ce qui pose naturellement question surtout au regard de l'éventail large des auditions effectuées.

Le premier axe: Une meilleure prise en charge

Les quatre propositions du chapitre qui s'intitule diminuer le délai de diagnostic des maladies mentales et de premier accès aux soins sont tout à fait légitimes et de bon sens. Elles confortent le concept de la spécificité de la psychiatrie qui n'est pas tout à fait une spécialité comme les autres. Nous sommes favorables globalement à ces propositions mais nous n'oublions pas que dans les causes de la longueur des délais de diagnostic il y a la question de la présence effective de praticien ou dit autrement, le poids de la « désertification médicale » et d'autre part l'augmentation continue du renoncement aux soins

de part de plus en plus importante de la population. Or, sur ces deux aspects, le rapport est bien silencieux. Il n'avance pas de propositions en termes de volume de formation médicale ni paramédicale. C'est valorisant pour le personnel infirmier comme pour les psychologues de leur destiner un système de pré-entretien mais la démographie professionnelle de ces catégories n'autorise pas à considérer cette proposition comme fiable à terme.

De même, la question de l'amplitude d'ouverture des CMP (Centre médico-psychologique) est tout à fait pertinente. Elle correspond bien à une attente forte des usagers et de leur famille. Mais quel est le sens d'une telle proposition dans le cadre actuel de réduction des moyens humains des établissements de santé?

Le second chapitre vise à améliorer la prise en charge des maladies somatiques des personnes prise en charge en psychiatrie. Là encore, c'est une ambition légitime et qu'il faut soutenir. Mais elle percute la logique actuelle de mise en concurrence des établissements de santé entre eux, de recherche de la valorisation financière de toute activité. Dans ce cadre, la santé somatique des personnes prise en charge en psychiatrie paraît peser peu...

Le second axe est « Un secteur rénové »

Le titre est un signe positif évident. Réaffirmer la notion de secteur est une des attentes des professionnels de la psychiatrie. Ce n'est que justice car le concept du secteur est celui qui est le plus adapté au travail en équipe, à une prise en charge diversifiée, à un travail de terrain. C'est un clin d'œil à la place historique de grands psychiatres comme Bonafé et Tosquelles.

Les propositions, elles, ne sont pas à la hauteur de l'ambition du titre. La proposition numéro 6 n'avance même pas de dimension pour calibrer le secteur ni de moyens humains pour le faire vivre. Un objectif si louable soit-il, une ambition sans moyens peuvent finir par être contre productifs car ne se concrétisant pas... Il n'est donc pas acceptable d'en rester à l'incantation fut-elle juste. Le chapitre sur les politiques intersectorielles est de

même nature. Il pose le principe de l'intersecteur infanto-juvénile ce qui est une bonne chose mais sans volume ni moyens annoncés.

La notion d'équipe mobile psychiatrie-précarité interroge. Le rapporteur souhaite-t-il s'orienter vers une hyperspécialisation de la psychiatrie? Est-ce une forme d'éclatement du concept de psychiatrie? N'y a-t-il pas un danger à assimiler psychiatrie et précarité, n'est-ce pas une façon de « psychiatiser » les précaires? Cette proposition 10 est donc vraiment sujet à caution.

Le troisième axe est une « inclusion sociale favorisée »

Il est bien que le rapporteur pose d'entrée la démarche de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté. C'est une prise de position utile et nécessaire. C'est une façon de tourner le dos aux démarches sécuritaires qui ont été imposées en psychiatrie depuis une dizaine d'années... Il est aussi positif que les mesures d'isolement ou de contention soient tracées et consultables. Pour la plénitude de l'aspect positif de ces propositions, il importe qu'elles soient largement connues et à la disposition des usagers et leurs familles. La mise en place de conseils locaux de santé mentale laisse plus perplexe quant à la faisabilité réelle de telles mesures.

Les deux propositions par rapport aux familles sont justes. Mais il y a du travail à faire pour que ce soit une réalité concrète partout dans le pays. Il y a des mentalités à faire évoluer et pas que dans les personnels médicaux. Il faut faire avancer la notion de contrôle démocratique de la santé par les ayants-droit à la santé. C'est un long chemin sur lequel il est indispensable de s'engager avec détermination et combativité.

Les quatre propositions sur l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire montrent une réelle préoccupation de la mission. Une partie sensible des auditions ont d'ailleurs porté sur ce sujet. C'est une réalité qui doit absolument évoluer pour les souffrances des personnes détenues, pour leur famille et pour les personnels pénitenciers totalement démunis. Les propositions impliquent un renforcement sensible des moyens mis en œuvre. C'est indispensable. Il faut des personnels dédiés, il faut du temps de formation, il faut du suivi avec des moyens humains.

Le quatrième axe porte sur des moyens adaptés

Mais les propositions ne sont pas au rendez-vous. Elles deviennent alors très généralistes et n'ont pas la précision nécessaire à la cohérence induite par la mise en œuvre des propositions précédentes. Il n'y a aucun chiffrage aucun dimensionnement en termes de moyens supplémentaires.

La reconnaissance des psychologues comme du rôle des personnels infirmiers n'a de sens que si ces personnels sont en nombre suffisant pour assurer toutes leur mission et en particulier les nouvelles induites par le rapport. Ce n'est pas le cas aujourd'hui de manière manifeste.

La proposition 26 est « savoureuse » pour qui a un peu de mémoire pour ne pas dire cruelle au regard de l'histoire. Elle demande une orientation spécifique pour les infirmiers souhaitant travailler principalement dans des établissements de santé mentale. Il y avait un diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique qui a été supprimé au nom de décisions européennes. Les formations qui ont suivi n'ont jamais été capables de donner un niveau de connaissance, de savoir faire et de savoir être comparable aux professionnel-le-s formé-e-s de manière spécifique à la psychiatrie. La proposition devrait aller au bout de cette logique et poser le principe de ce diplôme spécifique.

Les propositions sur la recherche montrent une volonté de reconnaître à la psychiatrie un domaine spécifique y compris dans la recherche, c'est une très bonne chose, c'est légitime.

Au total, cette mission a manifestement beaucoup écouté, rencontré. Elle porte un constat plutôt partagé de la réalité et des difficultés rencontrées. Elle ne suit pas les orientations sécuritaires des dernières années, c'est tout à son honneur. Elle reste trop timorée dans ses propositions sur la question fondamentale des moyens supplémentaires.

Enfin, la vraie question est bien celle mise au début de ce texte, quelles mises en œuvre seront lancées par la ministre? Toute la question de la crédibilité de ce travail est là.

Retraites : le projet de loi voté est injuste et inefficace

Par M^{me} Catherine Mills

NDLR: nous donnons ici ce texte qui fait suite au dossier « retraite » publié dans le N° 10 précédent. C'est en quelque sorte la conclusion après le vote parlementaire.

Voici un projet de loi qui reporte toutes les questions du financement sur le PLFSS, lequel s'intéresse presque exclusivement à la réduction des dépenses et non au financement. Quelques avancées promises sont là mais dont la mise en œuvre et les précisions sont renvoyées à des décrets. Toutes les questions qui fâchent sont masquées par des déclarations qui se veulent rassurantes. Des objectifs affichés contredits par les mesures d'économies et l'augmentation de la durée de cotisation...

Les déclarations d'intention :

ARTICLE 1 : « *La nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. La nation assigne au système de retraite par répartition les objectifs d'équité et de solidarité entre les générations et au sein des générations, de réduction des écarts de pension entre les hommes et les femmes, de maintien d'un niveau de vie satisfaisant des retraités, de pérennité financière et d'un niveau élevé d'emploi des salariés âgés.* »

En contradiction avec le contenu du texte...

Les objectifs affichés sont largement contredits par les mesures d'économies prévues dans le projet, en particulier l'allongement de la durée de cotisation, disposition très inégalitaire, au détriment des jeunes et des femmes. Les quelques mesures dites de justice (comme la prise en compte de la pénibilité) ont une portée très limitée. L'objectif prétendu de « maintien d'un niveau de vie suffisant des retraités » aurait dû conduire à définir un taux de remplacement du salaire par la retraite. Ce critère est le plus déterminant pour garantir le niveau de vie. Le PCF propose un taux de 75 %, qui limiterait le décrochage entre la période d'activité et la retraite. Tandis que le choix affiché du système par répartition, peut être mis en cause par le dispositif de pilotage institué par la réforme (voir articles 3 et 27) et qui pourrait faire dériver vers un système d'une autre nature.

La mesure phare la plus dangereuse l'augmentation de la durée d'assurance : vers la retraite à 67 ans !

ARTICLE 2 :

Augmentation de la durée d'assurance tous régimes

Le gouvernement, en prétendant « répondre au défi » de l'allongement de l'espérance de vie, déclare organi-

ser une évolution « mesurée et progressive » de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein, qui « concernera les générations partant en retraite à compter de 2020 ». Cette mesure « consiste à augmenter la durée de cotisation d'un trimestre tous les trois ans entre 2020 et 2035 ». La durée d'assurance sera portée de 41,75 ans, pour la génération 1958, à 43 ans, pour la génération 1973. Elle s'applique au régime de retraites du privé comme du public ou des exploitants agricoles, etc. Cette mesure s'inscrit dans la droite ligne des précédentes réformes de la droite, c'est la mesure la plus nocive du projet. Sa justification repose sur le dogme très contestable selon lequel puisse qu'on vit plus longtemps il faudrait travailler plus longtemps. En réalité l'espérance de vie s'allonge de façon très inégale selon les catégories socioprofessionnelles et l'espérance de vie en bonne santé stagne désormais, voire diminue. Avec 43 ans de cotisation requis (172 trimestres), il sera impossible au plus grand nombre de partir à l'âge légal d'ouverture du droit qui reste fixé à 62 ans. Ceux qui veulent néanmoins partir devront subir une pension diminuée par la décote, qui s'applique lorsque des trimestres de cotisation manquent (une baisse du taux de la pension de 5 % par année manquante). Actuellement, une carrière dure en moyenne 35 ans (source Eurostat). En 2012, les salariés qui ont liquidé leur retraite l'ont fait avec une durée de cotisations de 151 trimestres seulement. Pour les jeunes générations, qui n'ont, en moyenne, pas plus de trente trimestres cotisés à l'âge de 30 ans, le départ sera difficilement envisageable avant 66 ans. Beaucoup devront attendre 67 ans (âge de la garantie du taux plein, quelle que soit la durée de cotisation) pour pouvoir partir avec une pension complète. Les déclarations répétées du gouvernement affichant refuser de reculer l'âge légal, à la différence de Sarkozy en 2010, sont donc mensongères.

La grande marche vers une RÉFORME SYSTÉMIQUE mettant en cause le modèle social français : des inquiétudes fortes sur le dispositif de pilotage.

ARTICLE 3 : règles et dispositif de pilotage

Il est instauré « un mécanisme de pilotage » du système de retraite, chargé à la fois du rôle de « surveillance financière, d'observatoire des inégalités générées par le système de retraite et de suivi des dispositifs mis en place pour les corriger ». Un « comité de surveillance » composé de quatre

personnalités et d'un président nommé en Conseil des ministres est créé. Il devra rendre un rapport annuel portant, outre sur l'évolution des écarts de situation hommes-femmes, surtout sur le respect des objectifs du système, et il adressera des recommandations au gouvernement. Celles-ci pourront porter sur un allongement de la durée de cotisation, sur le taux de cotisation. Elles pourraient décider une baisse du taux de remplacement, etc.

Ce pilotage par des experts marginalise les représentants des assurés sociaux dans les caisses de retraite et diminue le rôle du Parlement. Il s'exercerait sur tous les régimes, y compris les complémentaires dont la gestion relève pourtant des syndicats et du patronat. Le gouvernement espère ainsi contraindre le système de retraite à respecter, à tout prix, une trajectoire financière prétendument vertueuse. Il s'agira en réalité d'entrer dans des normes dogmatiques d'équilibre financier. En cas de déséquilibre les experts pourront recommander d'allonger encore la durée de cotisation, sans limitation expressément mentionnée ou d'augmenter l'âge légal de départ en retraite. Ils pourront aussi « proposer » de réduire le taux de remplacement, sous la seule réserve de ne pas descendre au-dessous d'un plancher « fixé par décret », ce qui ouvre la voie à des baisses du niveau des pensions.

Ils pourront également inciter à élever le taux de cotisation pour apporter des ressources supplémentaires aux régimes, mais sans pouvoir dépasser un plafond, aussi fixé par décret. Ceci reflète les pressions des exigences patronales pour baisser le « coût du travail ». Notre système de retraite glisserait vers une logique des systèmes dits à « cotisations et prestations indéfinies », à l'image du système des comptes notionnels. En outre la flexibilité des pensions à la baisse pourrait pousser à recourir à des fonds de pension prétendument pour compléter la retraite. Une logique dangereuse, les recettes sont dites limitées tandis que les dépenses, donc les droits, doivent s'ajuster à la baisse. La logique de la capitalisation est beaucoup moins sûre que la logique de la répartition.

Un projet injuste et inefficace: réduction des dépenses et mesures concernant le financement injuste et limitées. Entreprises, salariés, retraités: tout le monde n'est pas mis contribution de la même façon. Les questions qui fâchent, notamment le financement sont renvoyées au PLFSS. Qui lui-même ne dit pas grand-chose puisque l'essentiel est de réduire les dépenses.

ARTICLE 4: un report de 6 mois de la revalorisation des pensions au 1^{er} octobre au lieu du 1^{er} avril qui organise une baisse du pouvoir d'achat des salariés

Le gouvernement assure qu'il n'a pas voulu toucher aux pensions en renonçant, pour l'instant, à leur désin-

dexation des prix, mais le décalage de la revalorisation revient à une désindexation déguisée. Il en coûtera une perte de pouvoir d'achat pour les 15 millions de retraités. La mesure représente une ponction globale de 600 millions d'euros en 2014, qui montera à 1,4 milliard en 2020. Si elle ne touche pas le minimum vieillesse (minimum social versé aux personnes n'ayant pas, ou très peu, travaillé, d'un montant de 787,26 euros par mois), elle n'épargne pas de très nombreuses petites pensions. À l'heure actuelle, 40 % des retraites liquidées au régime général le sont au minimum contributif (soit 628,99 euros par mois). La contribution des retraités reposera en outre, pour commencer, sur l'inclusion des majorations de pensions des retraités ayant élevé trois enfants ou plus dans l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Une Prise en compte de la pénibilité qui reste limitée:

ARTICLE 5 : la fiche de prévention des expositions

Modifiant le point du Code du travail relatif à la fiche de prévention des expositions aux différentes formes de pénibilité, cet article prévoit la définition par décret des seuils d'exposition aux facteurs de risque. Ce décret s'annonce crucial: il déterminera la portée réelle des nouvelles modalités de prise en compte de la pénibilité (voir article 6). Il s'agira par exemple de savoir à partir de combien de nuits travaillées dans l'année un travailleur pourra être considéré comme victime de cette forme de pénibilité. La méthode du décret fait craindre de grandes inquiétudes concernant l'ampleur des droits accordés (voir article 6).

ARTICLE 6: Le compte personnel de prévention de la pénibilité est institué, à compter du 1^{er} janvier 2015: « un compte personnel de prévention de la pénibilité dont l'objet est de comptabiliser les périodes d'exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité et les droits acquis à ce titre. Les périodes d'exposition conduisent à l'accumulation de points sur le compte, le cas échéant majorés en cas d'exposition multiple. (...) Une partie de ce total de points ne pourra être mobilisée que pour certaines des utilisations possibles, en particulier la formation professionnelle afin de favoriser une reconversion professionnelle permettant la sortie de la pénibilité ». Les points ouvrent droit, soit « au financement d'une action de formation professionnelle permettant une reconversion », soit à « un complément de rémunération lors d'un passage à temps partiel en fin de carrière », soit à « l'acquisition de trimestres supplémentaires majorant la durée d'assurance vieillesse » et permettant donc un départ anticipé. « Le barème de transformation des points en droits ouverts sera fixé par décret et pourra être bonifié pour les assurés proches de l'âge de la retraite ». Il reviendra à la Caisse nationale d'assurance vieillesse d'enregistrer au fur

et à mesure les points du salarié sur la base des informations communiquées par l'employeur. Les expositions des salariés pourront être contrôlées par les caisses régionales d'assurance vieillesse et de la santé au travail (Carsat). En cas de désaccord du salarié sur le recensement de ses expositions à la pénibilité, les Carsat saisissent une commission ad hoc pour avis et rendent leur décision.

Certes la loi a pour objectif de prendre en compte les conséquences de la pénibilité sur la retraite en termes d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé, alors que la loi hyper-restrictive de 2010 ne prenait en compte que l'incapacité constatée sur le salarié avant la retraite pour lui permettre un départ anticipé, ignorant les effets à long terme de la pénibilité. Mais le système arrêté en 2013, très complexe, laisse craindre beaucoup de déboires ; en effet au lieu de donner un droit au départ anticipé, le gouvernement a mis en place trois types de réponses à la pénibilité. Une partie des points accumulés devra même obligatoirement être utilisée pour une formation visant à sortir de la pénibilité. Or la formation continue des salariés fait déjà partie des obligations permanentes de l'employeur. Celui-ci risque ainsi d'être déresponsabilisé. En outre cette mesure n'incitera pas à prévenir la pénibilité : il suffira de remplacer le salarié quittant un poste pénible pour une formation par un autre salarié. Deuxième réponse prévue : le passage à temps partiel, rémunéré à temps complet, pour finir sa carrière. Cependant l'employeur, selon le projet de loi, pourra la refuser « en cas d'impossibilité due à l'activité économique de l'entreprise ». Ce sera donc selon son bon vouloir. Quant à l'anticipation du départ en retraite, il faut attendre le décret qui fixera le barème de transformation des points en trimestres de bonification, mais le gouvernement envisage d'ores et déjà un droit très restrictif : deux ans maximum d'anticipation pour 25 ans d'exposition ! Soit, au mieux, un départ à... 60 ans. Alors que la différence d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre s'élève à 7 ans. La CGT propose, elle, un système accordant un trimestre d'anticipation pour un an d'exposition à des travaux pénibles. Une question se pose en outre pour les salariés arrivant en fin de carrière et n'ayant donc pas pu bénéficier auparavant du compte personnel. Le gouvernement prévoit seulement d'accorder aux assurés âgés de plus de 59 ans et 6 mois des bonifications qui leur donneraient, au mieux, un à deux trimestres d'anticipation, eussent-ils subi la pénibilité durant toute leur vie active... Autre point d'inquiétude : les modalités du contrôle de la réalité des expositions, qui pourra être confié par la Sécu à des « organismes compétents » extérieurs « définis par décret ». Les syndicats et les institutions représentatives du personnel sont tenus à l'écart. De même, en cas de désaccord du salarié sur ses périodes d'exposition recensées, le projet prévoit que des « commissions ad hoc », sans plus de précision, traitent les

contentieux. Or, ceux-ci, vue la complexité du système, risquent d'être nombreux. Le phénomène récurrent de la sous-déclaration, par les entreprises, des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui leur permet de se décharger du coût, reporté sur l'assurance maladie, invite à la vigilance. Au final, ce dispositif risque de décevoir doublement : peu de salariés victimes de la pénibilité bénéficieraient d'une réelle compensation en termes de retraite anticipée, tandis que les employeurs seraient peu incités à réduire cette pénibilité.

ARTICLE 7 : financement du compte personnel de prévention de la pénibilité

Un fonds en charge du financement des droits liés au compte pénibilité est institué. « La première source de financement est une cotisation générale des employeurs. La deuxième est une cotisation additionnelle appliquée uniquement aux employeurs exposant au moins un de leurs salariés à la pénibilité. » Elle est égale à un pourcentage des salaires des travailleurs exposés. On crée donc une mutualisation, tout en demandant davantage aux entreprises qui imposent plus de pénibilité à leurs propres salariés. Mais cette cotisation additionnelle souligne l'importance de la question du contrôle des expositions, des droits et des garanties à apporter aux salariés pour obtenir la reconnaissance de ces périodes, et donc la juste contribution de l'employeur.

ARTICLE 11 : une extension de la retraite progressive qui ne répond pas aux vrais problèmes

Cet article réforme le dispositif existant de retraite progressive : « pour en étendre le champ, il abaisse la condition d'âge à partir duquel les assurés pourront entrer en retraite progressive. Actuellement fixée à l'âge légal (62 ans en 2017, pour la génération née en 1955), la condition d'âge est abaissée de deux ans, afin de favoriser l'accès au dispositif des salariés ayant commencé à travailler tôt ». La retraite progressive a été conçue pour inciter à prolonger l'activité en permettant de cumuler une part de revenu d'activité et une fraction de la pension. Elle est très peu utilisée : 2 409 bénéficiaires en 2012 au régime général. Ce dispositif prétend éviter la coupure brutale entre travail et retraite mais il se heurte d'abord à la politique des entreprises d'éviction précoce des seniors. En outre, le passage à temps partiel peut aussi conduire à une marginalisation du salarié par rapport au temps plein. Enfin, devant les réalités du travail aujourd'hui et l'enchaînement des réformes de la retraite qui durcissent l'accès aux droits, l'aspiration première des salariés est de partir « dès que possible ». L'abaissement à 60 ans de la condition d'âge pour entrer en retraite progressive est l'un des (très légers) adoucissants, prévus par ce projet de loi, au report de l'âge légal à 62 ans décidé en 2010 et que le gouvernement Ayrault refuse de remettre en question.

Droits familiaux ; une perspective inquiétante

ARTICLE 13 : préparer une refonte des majorations de pension pour enfants

« Dans les six mois suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, le gouvernement remet au Parlement un rapport formulant des propositions pour la refonte des majorations de pension pour enfants, afin qu'elles bénéficient davantage aux femmes qu'actuellement et qu'elles puissent être attribuées, de manière forfaitaire, à compter du premier enfant. » Ce rapport présentera aussi « des orientations pour l'évolution des droits familiaux en matière de durée d'assurance, dans l'objectif de mieux compenser les interruptions de carrière directement liées aux jeunes enfants et l'effet sur les pensions qui en découle ».

Le gouvernement part du constat que la majoration (10 %) pour trois enfants, parce qu'elle est proportionnelle à la pension (donc plus importante pour les pensions élevées) et non assujettie à l'impôt, bénéficie à 70 % aux hommes, et contribue ainsi à accroître les écarts de pension hommes-femmes. Or, comme l'a montré le Conseil d'orientation des retraites, les droits familiaux n'ont pas été conçus pour compenser les inégalités de rémunération hommes-femmes mais les inégalités entre les capacités d'épargne des familles nombreuses et des familles de petite taille. Outre son attribution dès le premier enfant, évidemment positive, la réforme envisagée consisterait à réserver cette majoration aux seules femmes, tout en la forfaitisant. Cela reviendrait à prendre sur les pensions des hommes sans garantir pour autant une véritable amélioration de celles des femmes. D'autant que le montant du forfait évoqué est faible. Devant l'ampleur des protestations, le gouvernement a choisi de différer à 2020 cette réforme, sans y renoncer toutefois. Quant à une éventuelle modification de la majoration de durée d'assurance (MDA) au titre des avantages familiaux, elle inquiète beaucoup aussi. La MDA joue encore un rôle essentiel pour compenser les différences de carrière hommes-femmes. En outre, si le taux d'activité des femmes augmente, celles-ci cotisent encore en moyenne onze trimestres de moins que les hommes (chiffres de la Cnav en 2012). Réduire le nombre de trimestres validés au titre de la maternité pénaliserait nombre de femmes.

Des avancées limitées ou floues :

ARTICLE 14 : faciliter l'acquisition de trimestres pour les assurés à faible rémunération

« Afin de mieux prendre en compte les carrières à temps très partiel ou à faible rémunération, le présent article permet de modifier les modalités de validation d'un trimestre :

- il sera possible d'acquérir un trimestre avec 150 heures rémunérées au Smic de cotisations au lieu de 200 (...);

- un plafond spécifique sera instauré afin de limiter les effets d'aubaine : ne seront prises en compte pour le calcul de la durée d'assurance que les cotisations portant sur un revenu mensuel inférieur à 1,5 Smic ;
- enfin, lorsqu'une année compte au moins quatre trimestres validés, les cotisations non utilisées pour la validation d'un trimestre pourront être reportées sur l'année suivante ou sur la précédente si ces années comptent moins de quatre trimestres validés. »

L'objectif poursuivi serait de mieux prendre en compte dans le droit à retraite la précarisation croissante du salariat. En effet, les contrats très courts se multiplient. L'amélioration prévue (un trimestre d'assurance acquis pour 150 heures au Smic) n'est pas négligeable. Mais la question se pose : est-ce le rôle du système de retraite de compenser tous les dégâts de la politique d'emploi des entreprises ? Ne faut-il pas d'abord combattre vigoureusement la pratique des contrats courts et des faibles salaires ?

ARTICLE 15 : élargissement de la retraite anticipée pour carrières longues

En 2012, le gouvernement a pris des dispositions permettant le départ à 60 ans des assurés qui, ayant cotisé la durée requise, ont commencé à travailler jeunes. Les périodes prises en compte ont été élargies à une partie des trimestres validés au titre du chômage ou de la maternité, à raison de deux trimestres dans chaque cas. Cet article y ajoute deux trimestres supplémentaires de chômage et d'invalidité, ainsi que la prise en compte de l'ensemble des trimestres de maternité. Cette mesure représente une petite avancée. Elle n'efface cependant pas la régression que constitue pour le plus grand nombre la suppression du droit au départ pour tous à 60 ans, combattue par toute la gauche en 2010, mais avalisée en 2012 par Hollande.

Rachat des années d'études : pas de réponses aux revendications de la jeunesse étudiante

ARTICLE 16 : Prétendre aider les assurés à racheter leurs années d'études

La loi permet actuellement de racheter jusqu'à 12 trimestres d'assurance au titre des études supérieures. Mais peu d'assurés en font usage, le tarif étant très élevé, en particulier pour les jeunes (1 % seulement des personnes demandant le rachat ont moins de 40 ans, soit 25 par an). Cet article instaure donc un tarif préférentiel de rachat de trimestres d'études pour les jeunes entrant dans la vie active, dans les conditions suivantes :

- le rachat doit être effectué dans un délai de cinq ou dix ans suivant la fin des études ;
- quatre trimestres au maximum (parmi les douze prévus) seront rachetables à ce tarif ;

- le tarif préférentiel correspondra à un montant d'aide forfaitaire par trimestre au régime général, afin d'avantager relativement les assurés les plus jeunes et aux revenus les plus faibles lors du rachat.

Comme celle de la pénibilité, la prise en compte des années d'études était très attendue dans le monde syndical et parmi les organisations de jeunesse. L'élévation du niveau d'études, de qualification est un investissement collectif répondant aux exigences des entreprises. Elle doit être reconnue et ne pas pénaliser les jeunes dans leur droit à la retraite. Le gouvernement reconnaît certes la réalité du problème en instaurant une aide forfaitaire pour racheter les années d'études. Mais même avec cette aide (1 000 euros par trimestre), il faudrait déboursier 3 200 euros pour racheter une année de cotisation, a calculé l'Unef. Un tarif prohibitif au regard du niveau d'épargne très faible des jeunes, et compte tenu aussi du fait qu'ils ont, en début de carrière, d'autres priorités (rembourser les prêts étudiants, acquérir un logement, etc.).

Prise en compte de l'apprentissage :

Article 17 : mieux prendre en compte les périodes d'apprentissage au titre de l'assurance retraite

« Les apprentis, actuellement au nombre de 370 000, cotisent sur une assiette forfaitaire trop faible pour leur permettre de valider une durée d'assurance vieillesse égale à celle de leur contrat. » Cet article vise à leur garantir « la validation de tous leurs trimestres d'apprentissage », grâce à un mécanisme en deux temps : d'une part, passer à une assiette réelle pour les cotisations finançant le risque vieillesse, d'autre part, introduire un système de validation complémentaire de droits à retraite pour les apprentis qui ne valideraient toujours pas autant de trimestres de retraite que de trimestres d'apprentissage sur une année civile. Le financement de cette mesure est assuré par la Sécurité sociale. Cette mesure revendiquée par les syndicats de longue date, est l'une des rares mesures positives du projet de loi.

ARTICLE 18 : Une amélioration de la prise en compte des périodes de formation mais limitée aux seuls chômeurs

« Les stagiaires de la formation professionnelle, lorsqu'ils sont rémunérés par l'État ou par la région pendant la durée de leur stage ou lorsqu'ils ne bénéficient d'aucune rémunération valident au mieux un trimestre de retraite dans l'année au titre de ces périodes, alors qu'une période de chômage peut donner lieu à validation de quatre trimestres. » Cet article permet « que soient considérées comme des périodes assimilées d'assurance vieillesse toutes les périodes de stages de formation professionnelle continue donnant lieu à cotisation, qu'elles soient

rémunérées par l'État, la Région ou non rémunérées mais faisant l'objet d'une prise en charge de cotisations par l'État ». Chaque totalisation de 50 jours de stage dans l'année civile donnera droit à un trimestre d'assurance vieillesse.

Un progrès limité aux seules formations effectuées par les chômeurs, excluant donc les périodes de formation continue des salariés. Excluant aussi les jeunes stagiaires en entreprise (1,5 million) qui bénéficient certes désormais d'une gratification, mais celle-ci étant exonérée de cotisations n'ouvre aucun droit à retraite.

Agriculteurs : un léger coup de pouce :

ARTICLE 21 : mesures relatives au régime complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles : 550 000 retraités agricoles, dont 410 000 femmes, devraient toucher 30 euros de plus par mois en moyenne.

ARTICLE 22 : exploitants agricoles, mise en œuvre de la garantie « 75 % du Smic »

La loi apporte un léger coup de pouce aux retraites agricoles, alors qu'elles s'élevaient en moyenne à 752 euros pour les hommes et moins de 547 euros en moyenne pour les femmes, les pensions agricoles comptent parmi les plus basses.

Des économies sur les caisses de retraite : à quel prix ?

ARTICLE 26 : droit à l'information

« Chaque Français aura, avant 2017, un compte individuel de retraite, qui lui permettra de connaître les droits qu'il a acquis et de faire des simulations sur ses pensions. Au moment de liquider sa retraite, il n'aura plus qu'une seule demande à faire, avec une déclaration en ligne préremplie. (...) Cette simplification permettra de dégager des économies, estimées à 200 millions d'euros à l'horizon 2020. »

Si le renforcement du droit à l'information des assurés et la simplification des modalités lors de la liquidation peuvent être positifs, on peut s'interroger sur les 200 millions d'économies annoncées sur les frais de gestion, alors que les agents des caisses font état d'une intensification du travail et qu'un nouveau dispositif comme le compte personnel imposera des charges nouvelles.

Pilotage stratégique : attention danger :

ARTICLE 27 : pilotage de la simplification et des projets inter-régimes

Le projet de loi engage une « démarche de simplification » en prétendant remédier à ladite complexité du système. Cela « présuppose une coordination des régimes de base et des régimes complémentaires ».

« Le présent article propose donc de créer une structure de pilotage inter-régime » qui « inclura l'ensemble des régimes pour produire les outils de simplification nécessaires à la bonne relation de l'utilisateur avec le système de retraite ». Est ainsi instituée une « union des institutions et services de retraite », sous forme d'un groupement d'intérêt public. Cette union « assure le pilotage stratégique de l'ensemble des projets de coordination, de simplification et de mutualisation dans lesquels plusieurs de ses membres sont engagés et veille à leur mise en œuvre ». Elle passe avec l'État un contrat « qui détermine les objectifs pluriannuels de simplification et de mutualisation de l'assurance vieillesse », associé à un « schéma stratégique des systèmes d'information ».

Reliées au « mécanisme de pilotage » institué à l'article 3, ces dispositions renforcent les inquiétudes sur les visées gouvernementales. Une telle « union » chargée de « piloter » tous les régimes pourrait préparer la réforme systémique réclamée notamment par le Medef (système par points, ou comptes notionnels, comme en Suède). Elle pourrait aussi ouvrir la voie à la fusion des régimes, réclamée par certains, au détriment de toute une série d'acquis sociaux spécifiques. Cela tourne le dos à l'objectif d'une harmonisation par le haut, avec un socle commun de droits.

Les brèves des Cahiers

Bonne nouvelle

Le Pr Jacques Belghiti, chef de service à Beaujon, vient d'être nommé au collège des directeurs de la Haute Autorité de Santé. Il est connu pour sa compétence, ses travaux scientifiques, respecté pour son éthique et son sens du service public. La présidence de la commission nationale des dispositifs médicaux et des technologies de santé lui a été confiée.

Sida, du mieux

30 % de diminution des décès liés au Sida depuis 2005.

52 % de nouvelles infections en moins chez les enfants depuis 2001.

36 % de diminution des décès liés à la tuberculose chez les patients séropositifs.

Mutualité : 38 millions de personnes protégées

D'après la dernière édition de *La Mutualité en chiffres*, la FNMF regroupe 475 mutuelles, pour 38 millions de personnes protégées. Le chiffre d'affaires atteint 20,1 Mds€ en assurance de personnes et 2,9 Mds€ au titre de l'activité sanitaire, sociale et médico-sociale. Quelque 80 % des complémentaires santé sont des mutuelles et le montant des cotisations s'élève à 16,6 Mds€, 31 % des contrats sont collectifs et 69 % individuels. La FNMF recense plus de 2 500 établissements de services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM). En prévoyance, le chiffre d'affaires atteint 2,1 Mds€ en non-vie et 1,4 Md € en vie.

La santé, une variable d'ajustement pour les pays de l'OCDE

Les dépenses de santé ont reculé dans 11 pays sur 34 au total dans l'OCDE. Le pire est enregistré en Grèce (-11,1 %) et en Irlande (-6,6 %). Entre 2009 et 2011 pour l'ensemble de la zone, la hausse des dépenses a été contenue à 0,2 %. Le Japon et Israël sont les deux seuls pays à avoir connu une accélération des dépenses depuis 2009. La prévention a été sacrifiée sur l'autel des économies, situation dont s'alarme l'OCDE. L'hôpital n'a pas été épargné avec une réduction des capacités d'accueil et de la durée de séjour, désormais à 8 jours en 2011. Le reste à la charge des patients dans le même temps atteint

désormais 20 % en moyenne dans la zone OCDE. En ce qui concerne la démographie médicale, la Grèce affiche le taux le plus élevé avec 6,1 pour 1 000 habitants contre une moyenne de 3,2 médecins pour 1 000 habitants pour les pays de l'OCDE (3,3 en France). Enfin, en 2011, les dépenses de santé représentaient 9,3 % du produit intérieur brut dans les pays de l'OCDE contre 9,4 % en 2010.

Médicament : l'industrie pourrait passer sous le seuil des 100 000 emplois

C'est du moins ce que craint le Leem qui a publié les chiffres du dernier « Baromètre emploi ». En 2012, les laboratoires implantés en France ont été conduits à mettre en place 27 plans de sauvegarde de l'emploi (PSE) pour 4 438 postes. Pour 2013, 26 PSE ont, d'ores et déjà, été annoncés, avec 2 643 suppressions de poste. Les chiffres globaux de l'emploi dans le secteur sont éloquentes, avec une baisse de 0,9 % en 2012 qui pourrait atteindre -2,1 % cette année. Ce secteur industriel, qui emploie encore 101 000 personnes, pourrait donc passer sous la barre symbolique des 100 000 emplois.

Gardasil : le rapport bénéfice/risque reste favorable, selon l'ANSM

Le vaccin Gardasil fait l'objet d'une surveillance renforcée par l'Europe et la France depuis sa commercialisation en 2006. Un plan de gestion de risque spécifique a ainsi été mis en place à la fois par l'Agence européenne des médicaments et par l'ex-Afssaps. Dans le monde, à la fin du mois de mai 2013, plus de 127 millions de doses du vaccin ont été distribuées. Les données de pharmacovigilance font état de 26 675 effets indésirables graves, dont 113 cas de sclérose en plaques (SEP). En France, depuis sa mise sur le marché, plus de 5 millions de doses ont été distribuées. Sur cette période, 435 cas d'effets indésirables graves ont été enregistrés, dont 135 de maladies auto-immunes incluant 15 cas de SEP. L'ANSM tient à rappeler que les données de la littérature ne montrent pas d'augmentation de l'incidence des maladies auto-immunes, ni plus particulièrement de la SEP, après une vaccination par Gardasil. Ce que confirment les données du SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) sur une cohorte de près de 2 millions de jeunes filles nées entre 1992 et 1996 et suivies sur la période 2008-2010.

Info Sécu

Au 31 décembre 2013, la Cades avait amorti au total 84,1 Mds€ de dette sociale (dont 12,6 Mds€ en 2013). La dette reprise depuis l'origine s'élevait, quant à elle, à 216,7 Mds€. La ressource perçue depuis 1996 atteint 125,3 Mds€ (dont 16 Mds€ l'année dernière) et les intérêts versés à 41,1 Mds€ (dont 3,4 Mds€ en 2013). La dette restant à amortir est de 132,6 Mds€.

Selon les derniers bilans de l'Acoss, les exonérations de cotisations de Sécurité sociale s'élèvent à 27,6 Mds€ pour l'année dernière, soit 8,9 % du total des cotisations dues aux Urssaf (-2,2 %). Les exonérations représentent 5 % de la masse salariale du secteur privé, et sont compensées à 90 % par l'État. Sur la même période, les Urssaf ont encaissé 316,5 Mds€, pour une progression annuelle de 4 %. L'année 2011 avait connu une « *augmentation exceptionnelle* » de 14,3 %, due notamment au transfert aux Urssaf du recouvrement des contributions et des cotisations chômage et AGS.

Le nombre de bénéficiaires du RSA

Quelque 2,25 millions de foyers touchaient le RSA, au 30 septembre 2013. La Cnaf note une hausse de 7,4 % en un an, « *un rythme légèrement plus dynamique qu'au trimestre précédent* ». L'impact de la revalorisation exceptionnelle du montant forfaitaire, le 1^{er} septembre dernier, est évalué à 0,7 point. Parmi les allocataires, 1,756 million percevait le RSA socle et 0,496 million le RSA activité.

Grèce : l'admission à l'hôpital à 25 € fait scandale

Le ministre grec de la Santé a jugé le 4 janvier « justifiée » la mise en œuvre, depuis le 1^{er} janvier, d'un droit d'admission de 25 euros pour les malades entrant à l'hôpital malgré l'opposition du parti socialiste, son partenaire gouvernemental. Il a reconnu que l'absence d'exemption pour les chômeurs était « une injustice » mais expliqué que « dans la phase actuelle », une telle dispense n'était pas possible. La Grèce compte 27 % de chômeurs. La mesure est censée rapporter 40 millions d'euros annuels au budget des hôpitaux grecs. Les handicapés à plus de 80 % et les personnes souffrant d'une pathologie chronique n'auront pas à payer ce droit d'admission, dû uniquement lorsque le patient passe une nuit à l'hôpital. Le parti socialiste Pasok associé aux conservateurs au sein

du gouvernement d'Antonis Samaras depuis juin 2012 a multiplié les critiques contre cette mesure qu'il a pourtant votée au parlement dans le cadre des plans d'austérité qui se sont succédé en Grèce depuis 2010 sous supervision des créanciers du pays UE-BCE-FMI. Quelques chiffres pour situer les problèmes grecs tous issus du *mémorandum* publié par la Commission européenne sur les réformes de santé dans les 28 pays membres de l'UE : près de 30 % des 11,5 millions de Grecs auraient perdu leurs droits à l'assurance maladie, les patients ne pourraient plus se faire hospitaliser dans les cliniques faute de financement public, baisse de 15 % des marges des officines pharmaceutiques, baisse de 10 % du nombre de médecins dans les hôpitaux, hausse de 15 % du nombre de patients opérés dans les blocs, hausse de taux de mortalité néonatale, etc.

Quatorze organisations lancent une pétition nationale pour l'avenir de la PMI

Les Cahiers soutiennent cette pétition. La protection maternelle et infantile (PMI) est en détresse. Quatorze organisations impliquées ont organisé une journée nationale d'action pour assurer l'avenir du service public de PMI le 30 janvier 2014 dans tout l'Hexagone. Elles dénoncent un constat alarmant dans de nombreux départements. Elles relèvent la suppression de consultations de nourrissons et de femmes enceintes, de planification familiale, de bilans de santé en maternelle. Elles évoquent aussi l'allongement des délais de rendez-vous, la restriction du suivi des enfants âgés de plus de deux ans, la raréfaction des visites à domicile en pré et postnatal. Enfin, elles s'indignent du nombre de postes vacants chez les médecins, les sages-femmes, les puéricultrices.

Par ailleurs, les organisations s'inquiètent du changement de paysage institutionnel. En effet, les PMI se trouvent à la croisée d'une double gouvernance. D'une part, les compétences sanitaires relèvent des ARS. D'autre part, les compétences sociales vont aux conseils généraux. Or se pose le problème de l'articulation entre ces organismes. Cela engendre des dysfonctionnements dans l'allocation des ressources et donc une paralysie par absence d'engagement de l'État. Les solutions proposées sont le lancement d'un plan d'urgence pour accroître la démographie des professions de santé intervenant en PMI. Elles demandent la création d'une instance nationale pour promouvoir la protection de la santé familiale et infantile. Elle insiste sur la nécessité d'intégrer à la

convention cadre de la Sécurité sociale le meilleur niveau de financement possible et sur le maintien des conventions locales les plus favorables⁽⁴⁶⁾.

Le financement par le laboratoire Bayer d'un projet de coordination des soins en maisons de santé est un vrai scandale

En Languedoc-Roussillon, l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) médecins libéraux souhaiterait s'associer au laboratoire Bayer pour évaluer l'intérêt d'une coordination des soins à l'échelle de cinq maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Ce partenariat inspire de vives craintes à la Fédération nationale des infirmiers (FNI). Bayer devrait financer à hauteur de 110 000 euros un projet de coordination des soins en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Le coordinateur recruté aurait pour mission la gestion administrative de la MSP : organisation de réunions pluri-professionnelles, gestion des stocks médicaux et paramédicaux ainsi que des déchets médicaux. Il serait aussi chargé de la coordination des actions individuelles de prises en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions d'éducation thérapeutique et de prévention. En contrepartie, le laboratoire pourrait participer aux réunions organisées dans le cadre de ce projet. Il pourrait aussi accéder gratuitement aux données anonymisées relatives à ce projet pour analyse. Au moins les centres de santé avec leur gestion publique et transparente ne se sont jamais livrés à de telles pratiques.

CMU et ACS, les derniers chiffres

5,4 % de hausse au 31 juillet dernier du nombre de bénéficiaires de la CMU-C (par rapport à juillet 2012), soit 4,719 989 millions de personnes, avec un recul de 0,7 % pour la gestion des Ocam. La dépense moyenne est de 444,71 € (+2,3 % sur un an) avec un total national de 1,586 Md€. Fin août dernier, le Fonds CMU-C avait distribué 1 094 690 attestations (+11,6 % en période semestrielle). Le taux d'utilisation était de 78,5 % en mai et le montant moyen de l'aide est de 277 €. Le reste à charge du bénéficiaire est donc par rapport à un coût moyen de CMUiste de 167 €, soit 14 € par mois.

⁴⁶ Pour plus de détails, consulter le site : www.assurerveneripmi.org

Les notes de lecture

Note de lecture par Mme Catherine Limousin, Ingénieur CNRS, Centre André Chastel :

Cataracte

John Berger, Paris, Le Temps des Cerises, 2013, 12 €

Nous avons déjà beaucoup aimé le livre de John Berger et de Jean Mohr, *Un métier idéal – Histoire d'un médecin de campagne* paru en 2009 aux éditions de l'Olivier, et cette fois c'est un coup de cœur pour le petit livre ou poème en prose de John Berger, intitulé « Cataracte » publié par le Temps des Cerises.

Ecrivain, essayiste, scénariste, dramaturge et critique, John Berger est, à l'échelle mondiale, un des auteurs majeurs de ces cinquante dernières années. **Le Temps des Cerises** a déjà publié plusieurs livres de **John Berger** : *Écrits des blessures* (2007), *Tiens-les dans tes bras* (2009), *La louche et autres poèmes* (2012). John Berger qui vit en France, dans un village de Haute-Savoie, s'est fait opérer récemment de la cataracte au centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts à Paris. En signe de reconnaissance pour sa « renaissance à la lumière » après cette opération, il dédie ce poème en prose au service du Professeur Baudouin et au Docteur Dupont-Monod. L'ouvrage bilingue, traduit de l'Anglais par Claude Albert est très savamment illustré par l'artiste d'origine turque Selçuk Demirel (né à Artvin en 1954)⁽⁴⁷⁾.

Relatant jour après jour l'évolution de son opération, l'auteur rappelle le sens du mot « cataracte » qui signifie à la fois « chute d'eau » ou « herse ». Evoquant les étapes de l'opération œil après œil, il s'applique à décrire sa redécouverte de la lumière, sa perception du blanc immaculé qu'il avait oublié, sa « re-naissance » et sa joie de pouvoir profiter de cette « lumière nouvellement retrouvée » qui lui semble si « calme est silencieuse » au regard du bruit physique et psychologique que procurent l'ombre et l'obscurité.

Note de lecture par Claude Chavrot :

Vivre sa fin de vie chez soi

Rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie de mars 2013

Ce rapport est le deuxième produit par l'Office National de la Fin de Vie (ONFV)⁽⁴⁸⁾. L'objectif de cet organisme n'est pas de se positionner sur la fin de vie, un sujet particulièrement sensible et difficile, mais d'aider à la réflexion par la proposition de différents éléments recueillis au travers d'enquête et d'études.

En 2012, l'ONFV a travaillé sur « vivre la fin de vie chez soi ». Pourquoi le maintien à domicile des personnes en fin de vie n'est-il pas une réalité : 81 % des personnes interrogées souhaitent finir leurs jours chez elles, mais ne sont réellement que 25 % à le faire ? Pourquoi ? Mourir chez soi ou à l'hôpital, une question bien plus complexe qu'il n'y paraît. Le rapport présente les réflexions de l'ONFV au travers de 10 questions :

1. vivre sa fin de vie chez soi, un souhait unanime ?
2. l'implication des proches : s'investir jusqu'à l'épuisement ?
3. quelles ressources pour tenir le coup ?
4. quel est l'impact de la fin à domicile sur le deuil des proches ?
5. les médecins traitants et la fin de vie à domicile : des attentes impossibles ?
6. travailler ensemble : le défi du domicile ?
7. garantir la continuité des soins à domicile : à quelles conditions ?
8. question des urgences : les limites du domicile ?
9. ville-hôpital : deux mondes qui s'ignorent encore ?
10. l'hôpital, une ressource pour le domicile ?

Au travers ces dix questions, l'ONFV avance quatre séries de propositions :

1. mettre en place une véritable politique d'aide aux aidants :
2. faire évoluer le bénévolat et développer de nouvelles formes de solidarités de proximité :
3. mettre en place une politique nationale de développement des soins palliatifs à domicile :
4. considérer l'hôpital comme une ressource :

Ces différentes réflexions font apparaître nombre d'insuffisances de notre système de santé et des structures sociales, en termes de moyens humains et matériels, de formation des personnels, de coordination des différents intervenants, mais aussi en termes de mise en œuvre d'une réelle volonté politique de répondre à cette aspiration majoritaire à finir sa vie chez soi.

Les réflexions proposées, recourent dans bon nombre de domaines, les questions qui se posent à la prise en charge de la perte d'autonomie, en particulier sur le rôle, la place et les difficultés rencontrées par les aidant(e).

Plusieurs publications d'études viennent compléter ce rapport et préfigure le suivant :

- Réseaux de santé en soins palliatifs (avril 2013).
- La fin de vie et les soins palliatifs dans les établissements privés (mai 2013).
- La fin de vie en EHPAD (septembre 2013).
- Handicap et fin de vie (septembre 2013).

Le rapport sur l'enquête réalisée en 2013, et qui sera publié en 2014, portera sur « vieillir et finir sa vie ».

⁴⁷ Collection La griotte, publié le 14/11/13, EAN 9782841099818

⁴⁸ ONFV : sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie

Le courrier des lecteurs

Dépénaliser l'euthanasie ?

Par le Dr Éric Fossier, Président de la Coordination Bretonne de Soins Palliatifs⁽⁴⁹⁾

Je vais essayer de vous apporter quelques points de repère, en m'appuyant sur ma pratique de 25 années auprès des patients atteints de maladies graves et incurables pour tenter de répondre à la question « Êtes-vous pour légaliser l'euthanasie et le suicide assisté ? ».

Je pense pouvoir écrire comme président de la coordination bretonne de soins palliatifs, qui réunit tous les professionnels des équipes spécialisées en Bretagne, que ma position est unanimement partagée par mes collègues. C'est une question d'une extrême complexité ne pouvant se réduire à un débat pour/contre et à une loi. Et ce n'est sûrement pas à un débat droite/gauche comme voudraient le laisser penser quelques raccourcis médiatiques, opposant liberté/autonomie/progressistes (de gauche) et archaïques/conservateurs/catholiques... (de droite).

« L'aide active à mourir ou la demande de « légaliser une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité » sont des expressions floues source de confusion. Comme l'est d'ailleurs le terme de « sédation terminale » employé récemment par le conseil de l'ordre des médecins, comme une alternative dans les situations extrêmes. Chaque jour, comme médecin de soins palliatifs, j'« aide » mes malades à mourir le moins mal possible « sans les faire mourir » pour autant, et je mets tout en œuvre pour en qu'ils terminent leur vie dans la dignité, c'est-à-dire sans souffrir. Les professionnels et bénévoles auprès des personnes en fin de vie sont les mieux placés pour témoigner de ces patients expriment. Nous ne sommes pas en croisade contre l'euthanasie, nous sommes des professionnels qui travaillons journallement auprès de malades en fin de vie et nous rapportons ce qu'ils nous disent et ce que nous voyons. Je parle de mon expérience de médecin. Ce n'est pas à partir d'idées philosophiques ou religieuses mais bien à partir de cette expérience clinique quotidienne au chevet de patients gravement malades. J'ai accompagné et pris en charge des centaines de personnes en fin de vie et seules quelques-unes, un jour, m'ont demandé à mourir. Je peux affirmer que la dépénalisation de l'euthanasie n'est pas la réponse à un problème aussi complexe que celui de la prise en charge des personnes en fin de vie.

Ce que ces patients nous demandent dans leur immense majorité est :

- De nous obstiner à les soulager de symptômes pénibles

- De les entendre dans leur fragilité
- D'être sûrs que nous respecterons leur choix s'ils décident d'arrêter des traitements qu'ils ne supportent plus, dont ils ne veulent plus
- D'être à leurs côtés parce qu'ils sont effrayés de cette fin de vie qui s'annonce.

Quel paradoxe ce malade qui nous dit j'ai peur de mourir (dans de mauvaises conditions), tuez-moi ! Car outre le droit de choisir sa mort, ce qui nous est rapporté comme argument principal justifiant la dépénalisation de l'euthanasie serait les conditions inacceptables de certaines fins de vie. Ayant travaillé pendant 10 ans en EMSP, allant dans tous les services, je peux témoigner, qu'effectivement dans certaines situations, la prise en charge de ces patients arrivant au bout de leur vie est inacceptable. Il est effectivement indispensable de s'obstiner pour élever le niveau de compétences des équipes qui prennent en charge ces patients.

Ce qu'il faut faire d'urgence, c'est obliger les soignants, les médecins à appliquer la loi actuelle, et à se former aux soins palliatifs. En 2011 : 7 Français sur 10 ne savaient pas encore que l'acharnement thérapeutique était interdit. Sur les cinq dernières années il n'y a eu que trois médecins sur 100 qui ont reçu une formation sur les soins palliatifs. La formation initiale des médecins comprend en moyenne 10 heures de cours sur le sujet. Le rapport de l'observatoire national de la fin de vie confirme l'expérience des professionnels et bénévoles : presque 2/3 des malades dont l'état requiert une prise en charge palliative ne reçoit pas les soins appropriés ! Dans de nombreuses situations, un médecin décide seul, alors que la loi Leonetti l'oblige depuis 2005 à s'appuyer sur une réflexion collégiale prenant en compte l'avis du patient, des proches, et des autres professionnels en charge du patient.

La plupart des patients que je rencontre souhaitent vivre leur vie jusqu'au bout, à une condition : celle de ne pas souffrir. Dans fin de vie, ce qui est important n'est pas FIN, mais VIE ! Il suffit d'être allé dans des endroits où les patients ne sont bien pris en charge pour le constater.

Notre métier du soin c'est la solidarité, la prise en charge de la fragilité, la sollicitude : je crois que vous partagez ces valeurs. Il ne faudrait pas qu'une dépénalisation de l'euthanasie finisse par s'imposer simplement du fait d'un accès insuffisant à des professionnels compétents ou à une mauvaise application de la loi. Dépénaliser l'euthanasie est inutile et dangereux dans ce contexte. Ce que j'observe, c'est que moins on est compétent pour prendre en charge les symptômes de ces patients, symptômes physiques ou souffrance morale, plus on a de risque de

⁴⁹ www.bretagnesoinspalliatifs.com

trouver dans ces services des patients réclamant d'en finir, et plus ces services incompetents seront tentés de répondre à la demande de mort, par une euthanasie si elle est légale alors qu'il s'agissait surtout une demande de soulagement. À titre personnel, je n'ai pas souvenir de patients qui chaque jour m'ait demandé l'euthanasie au point d'être confronté à une impasse. De façon majoritaire, ces demandes disparaissent quand les personnes sont prises en charge par des soignants formés aux soins palliatifs. La loi actuelle, bien appliquée et sans hypocrisie permet de soulager l'immense majorité des personnes concernées. J'ai une responsabilité envers les personnes seules, vulnérables ou très âgées, se sentant un poids pour la société. L'interdit de tuer les protège, nous protège collectivement.

Certains nous disent que la loi Leonetti est hypocrite, que les limitations de traitement laissent les malades mourir de faim et de soif, sans soins. Dire que les personnes « meurent de faim et de soif » est une malhonnêteté qui joue sur la peur. Cette expression choque le public à juste titre mais elle est un mensonge. Les personnes qui meurent dans le cadre de l'évolution d'une maladie qu'on ne peut pas guérir ou lorsqu'on suspend un traitement qui maintient artificiellement leur vie ne ressentent pas la faim. Nous en faisons tous une expérience, moins dramatique bien sûr, lorsque nous avons tout simplement la grippe. Dans tous les cas, les personnes ne ressentent pas la sensation de faim, et la soif rarement ressentie pour des raisons tenant à la physiologie du mourir, est totalement supprimée par des traitements efficaces. Il y a quelques dizaines d'années nos anciens finissaient leurs jours à la maison, entourés des leurs, en s'éteignant doucement: mourraient-ils de faim et de soif? Arrêter de boire et de manger fait partie du processus naturel du mourir.

Par ailleurs il existe une nuance fondamentale entre provoquer la mort d'un malade à l'aide d'une injection létale et s'assurer qu'il ne souffre pas en acceptant que les doses nécessaires de médicaments pour le soulager puissent éventuellement précipiter un décès inéluctable. C'est le fondement même de la médecine que de soulager le malade, c'est le même fondement que de ne pas le tuer. C'est la base du contrat de confiance entre le patient et son médecin. La différence entre l'euthanasie et la limitation de traitement est très claire :

- Dans un cas on demande au médecin de provoquer la mort par une injection,
- Dans l'autre on lui demande d'accéder à la demande d'un patient d'arrêter les traitements qui le maintiennent en vie au prix de désagréments que ce patient juge disproportionnés et ne veut plus subir.

Le progrès, ce n'est pas de légaliser l'euthanasie au nom d'une pseudo-liberté avec ses risques de dérives. Le

progrès, c'est de poursuivre les améliorations des traitements que nous faisons depuis 30 ans pour que toutes les personnes en fin de vie de notre société meurent sans douleurs, sereinement et entourés. Le progrès c'est d'obliger les équipes soignantes à appliquer une loi équilibrée qui nous aide à réfléchir aux côtés des patients. Le progrès c'est d'améliorer l'accès aux soins palliatifs y compris pour les plus vulnérables.

Il serait terrible d'arriver au paradoxe qui ferait que les plus démunis, les plus vulnérables, ceux qui ont le moins accès à une médecine de qualité ne trouvent d'autres voies que de devoir demander l'euthanasie pour ne plus souffrir. Dépénaliser l'euthanasie apporte plus de risques pour la société que de solutions à la demande d'un petit nombre de malades. Prendre en compte la dignité ne consiste pas à provoquer la mort mais accompagner la vie qui se termine et à soulager le malade : c'est le rôle de la médecine et des soins palliatifs.

Mourir dignement c'est mourir sans souffrir,
 Mourir dignement c'est mourir en étant accompagné,
 Mourir dignement c'est mourir là où je souhaite et non mourir sur un lit d'hôpital alors que je voulais mourir chez moi entourés des miens,
 Mourir dignement c'est être entendu de l'équipe de soins et ne pas subir d'obstination déraisonnable,
 Mourir dignement c'est avoir accès à une équipe rodée à la prise en charge des symptômes pénibles,
 Mourir dignement ce n'est sûrement pas être tué par un soignant missionné pour cela.

« Bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité » ce n'est pas provoquer la mort c'est au contraire prodiguer les soins médicaux indispensables pour que ce patient ne souffre pas. C'est la définition des soins palliatifs! Alors si c'est cela la proposition figurant au programme de notre président, j'ai grand espoir qu'il poursuive plutôt le développement des soins palliatifs!

Comme médecin de soins palliatifs j'ai quelques certitudes :

- Je n'ai pas remède contre la tristesse
- Je crois qu'anticiper la mort pour éviter la souffrance est une utopie
- Je crois que vouloir supprimer la souffrance est une utopie.
- Je crois qu'on ne fera pas taire la souffrance par des lois.
- Je suis sûr qu'une loi dépénalisant l'euthanasie ne fera pas disparaître la souffrance de perdre un être cher.
- Je suis sûr que la fin de la vie d'un être cher EST et RESTERA un moment intime et tragique.

Il est totalement illusoire d'envisager une nouvelle loi, au prétexte que la précédente (la loi Leonetti) n'est pas appliquée! Quelles garanties avons-nous que cette loi serait mieux appliquée?

Nous avons connu de tout temps et jusqu'à aujourd'hui une frontière naturelle entre la vie et la mort.

- Dépenaliser l'euthanasie, c'est modifier cette limite pour la transformer en une frontière entre la vie qui vaut la peine, et celle qui ne vaudrait plus la peine d'être vécue.
- Cette frontière serait inévitablement mouvante, dans un sens prévisible (voir les Pays-Bas ou un lobby réclame d'étendre la loi à toute personne de plus de 75 ans en faisant la demande...) qui serait un éloignement de la mort naturelle... vers une limite ténue que serait par exemple l'apparition d'une dépendance, d'une perte de discernement... et bientôt quoi d'autre!

Peut-on décider socialement qu'il y a des vies qui ne valent pas la peine d'être vécues? Peut-on construire un « vivre ensemble » sur la seule valeur de « liberté » comprise au sens de l'autonomie et de l'individualisme? De mon point de vue de médecin confronté chaque jour aux humains les plus fragiles je pense que l'immense majorité d'entre eux ne nous demandent pas cela, mais de les entendre, de les assurer de notre soutien, de les assurer que nous resterons présents à leur côté quoi qu'il arrive. Faut-il nous aligner sur une vision de la société « esthétique », ou l'individualisme, la hantise de notre image, l'exigence d'autonomie, nous convoquerons à apporter une réponse à ceux qui estiment leur image altérée?

Ne peut-on considérer encore qu'une société pourrait être éthique et solidaire en accordant de l'attention à cet autre fragilisé, autrement qu'en acquiesçant à sa demande de mort? Légaliser l'euthanasie est une mauvaise réponse à une vraie question: que fera demain la société pour soutenir les plus fragiles d'entre nous? L'euthanasie ne soulagerait pas le patient, elle l'éliminerait.

Je terminerai mon propos en ajoutant quelques mots à propos du suicide assisté, que la société réclamerait, au nom de l'autonomie et du respect de la liberté individuelle. Je crains hélas qu'une loi très prochaine ne le légalise, peut-être d'ici l'été. Le suicide assisté serait réservé aux patients atteints de maladies incurables. J'espère que les soignants ne seront pas concernés par la mise en œuvre du suicide, qui regarde la société entière, qui prendrait acte de cette demande de choisir sa mort. Si l'on ouvrait la boîte de pandore, nul doute que de nombreuses questions subsisteraient. Quid des patients qui y auraient ainsi droit, et ne pourraient le faire eux-mêmes? Que leur dire au nom de l'égalité des citoyens? Que deviendrait

par exemple la politique de prévention du suicide? Il est vraiment dommage que le seul débat ou l'on parle de la mort qui nous attend tous, concerne depuis plusieurs années la question du choix qui devrait nous être donné de pouvoir en décider.

Je pense qu'il y a d'autres manières de faire société, autour des plus fragiles d'entre nous.

La T2A 100 % n'a pas permis de sauver l'hôpital public, elle tend seulement à le transformer en clinique commerciale!

Par André Grimaldi, Anne Gervais, Nathalie De Castro, & Bernard Granger

Une étude récente de la DREES montre que les hôpitaux publics ont depuis l'application de la tarification à l'activité (T2A) « gagné des parts de marché » en chirurgie par rapport aux cliniques commerciales et que ce gain a été d'autant plus fort que les hôpitaux étaient soumis à une plus forte concurrence de la part des cliniques. Cette étude essentiellement quantitative porte sur la période de mise en œuvre de la T2A de 2005 à 2008 et uniquement sur l'activité chirurgicale dont la structure est très différente dans les deux secteurs, avec une variété d'acte bien moindre dans le secteur commercial que dans le secteur public. Dans cette étude, le lien entre la mise en place de la T2A et le « gain des parts de marché » par les établissements publics est suggéré mais pas démontré. Pour le prouver, il aurait fallu comparer la T2A à une dotation globale non contrainte. La dotation globale fermée obligeait les équipes chirurgicales très actives à réduire leur activité avant la fin de l'année en transférant les patients présentant des pathologies non compliquées (par exemple les fractures arrivant aux urgences) vers les cliniques commerciales qui elles, n'étaient pas soumises au financement par dotation. L'étude de la DREES a néanmoins suscité un commentaire enthousiaste de la Fédération hospitalière de France (FHF), représentant principalement les directeurs d'hôpitaux. La FHF avait promu en son temps le concept « d'hôpital entreprise » mis en œuvre par la loi HPST et avait défendu la généralisation du paiement à l'activité (T2A) transposant aux hôpitaux le mode de paiement des cliniques commerciales. Le délégué général de la FHF, Gérard Vincent, a déclaré: « la tarification à l'activité a sauvé le service public en lui donnant un intérêt à agir ».

Il se trompe pour les raisons suivantes :

1°) D'abord les ressources des hôpitaux reposent pour une part non négligeable sur d'autres enveloppes que la T2A, notamment pour financer les missions essentielles comme la permanence des soins, l'accessibilité aux soins sur tout le territoire, la formation et la recherche que n'assurent pas ou peu le secteur commercial. Le gain financier est devenu « la raison d'agir » des gestionnaires, il ne peut être la raison d'agir des équipes soignantes. Les équipes de psychiatrie ou d'éducation thérapeutique non financées par la T2A ne sont pas moins motivées que les équipes de médecine, de chirurgie, de réanimation, de transplantation ou de soins palliatifs, financées, elles, par la T2A. Affirmer le contraire serait insultant pour les soignants et inquiétant pour les patients.

2°) En médecine, ce qui compte c'est la qualité et d'abord la pertinence des actes. Comment se réjouir que les hôpitaux se mettent à copier les pratiques des cliniques commerciales, quand dans le même temps la Sécurité sociale dénonce la multiplication des actes non justifiés. La FHF fait à juste titre de la pertinence des actes son cheval de bataille. Tout le monde sait que la T2A est inflationniste. La DREES le vérifie. Et on s'en félicite? Les « gains de parts de marché » remplacent la réponse adaptée aux besoins des patients.

3°) La T2A ne mesure pas l'activité mais le codage de cette activité. Combien d'hôpitaux ont vu leur déficit se réduire voire s'annuler grâce à l'« optimisation du codage », c'est-à-dire pour parler clair grâce à l'optimisation de la facture adressée à la Sécurité sociale? Certains hôpitaux embauchent des codeurs professionnels comme à Strasbourg ou font appel à des officines privées spécialisées dans « l'optimisation du codage » comme à Saint Malo. Et la FHF s'en félicite?

4°) Le défi de notre système de soins n'est-il pas les maladies chroniques auxquelles la Sécurité sociale consacre 65 % de son budget. Or les maladies chroniques relèvent d'une médecine intégrée (biomédicale, pédagogique, psychologique et sociale) et coordonnée entre les professionnels et entre la ville et l'hôpital. La T2A comme le paiement à l'acte sont des obstacles à la prise en charge intégrée et coordonnée des patients. Ils favorisent une médecine prescriptive, non coordonnée et coûteuse. Comment peut-on parler à tout propos de « parcours de soins » et de « stratégie nationale de santé », promouvoir la coopération entre les professionnels et les établissements, et en même temps célébrer les vertus du « tout T2A » qui pousse à la multiplication des actes et stimule la concurrence au lieu de favoriser la coopération?

5°) Enfin, comment peut-on, comme vient de le faire la FHF, interpellier la ministre de la Santé sur le « caractère organique » du service public hospitalier et vouloir étendre la tarification à l'activité qui transforme de fait, selon le droit européen, les hôpitaux publics en établisse-

ments de santé soumis aux règles de la libre concurrence. Si, comme le dit Gérard Vincent, « la T2A a donné une raison d'agir aux hôpitaux », c'est qu'alors il n'y a pas ou plus vraiment de différence entre les hôpitaux publics et les cliniques commerciales. Le changement de statut devrait inévitablement suivre cette triste réalité. Ainsi, la plainte déposée à deux reprises auprès de la commission de Bruxelles par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) contre le gouvernement français pour « entrave à la libre concurrence » sera un jour jugée recevable. Lorsque, sous la pression de la concurrence, les hôpitaux publics changeront de statut pour devenir des hôpitaux privés à but non lucratif pouvant plus facilement embaucher et débaucher, choisir leurs activités en fonction de leur rentabilité respective, payer les professionnels à la carte selon les principes du « mercato », on aura fait un grand pas, grâce à la « main aveugle » de la T2A, vers le génial système américain : beaucoup plus cher et nettement moins performant!

La coûteuse T2A (combien de personnes et de temps sont consacrés à élaborer les milliers de tarifs et à les actualiser, à coder, à « optimiser » le codage en interne, à le contrôler par la Sécurité sociale, à contester les sanctions financières à la suite des contrôles, etc.?) doit devenir ce qu'elle aurait dû toujours être : non pas l'instrument d'une politique, encore moins une « culture », mais une simple technique adaptée au financement d'activités programmées standardisées, connaissant peu de variabilité de coût (prothèse de hanche ou de genou non compliquée, cataracte, hernie, canal carpien, séance dialyse ou pose de pacemaker par exemple...) soit 80 % de l'activité des cliniques commerciales et 30 % de l'activité des hôpitaux publics. Il faut veiller à la pertinence des actes grâce à des évaluations comparatives des pratiques, prenant en compte l'évolution des méthodes diagnostiques et thérapeutiques. À côté de la T2A, le financement des hôpitaux publics doit se faire d'une part par dotation globale déclinée par hôpital puis par service et modulée en fonction de l'activité du service mesurée de façon simplifiée, d'autre part par un prix de journée par exemple pour les soins palliatifs ou pour la réanimation. Même pour la cancérologie la T2A n'est pas adaptée, en raison de la rapidité des progrès thérapeutiques : seule une dotation globale modulée selon l'activité redonnerait la souplesse nécessaire aux équipes soignantes. L'inertie de T2A ne favorise pas l'innovation, elle peut même y faire obstacle.

Il faut en finir avec la pensée unique de la technocratie et des « managers » qui ont défendu tous en chœur le numerus clausus des médecins et des infirmières pour « lutter contre la pléthore médicale » créant une crise démographique dont les conséquences vont se faire sentir encore pendant de nombreuses années et nuire à l'accès

aux soins. Ce sont les mêmes qui défendent aujourd'hui d'une seule et même voix le tout T2A, le « business plan », la fermeture des hôpitaux de proximité, la réduction des lits et le tout ambulatoire tandis que la population vieillit, la précarité se développe et que les maladies chroniques croissent de façon épidémique. Nous n'avons pas besoin d'une « santé business », mais d'une politique de santé publique, définie au niveau des territoires à partir des besoins de la population et reposant sur la coordination des professionnels.

Lentilles, lunettes de vue et Sécurité sociale, ce n'est pas net à tous les étages... !

Par Michel Katchadourian, militant mutualiste

Pour comprendre cette nouvelle polémique et cette nouvelle loi sur l'optique petit retour en arrière d'une année. Pour faire réaliser à la Sécurité sociale de nouvelles « économies », la vieille idée ultra-libérale était ressortie du carton et faisait son chemin médiatique. La question tordue était posée! « **Faut-il supprimer les remboursements des lunettes et des lentilles, et les confier entièrement aux complémentaires santé?** » Ce n'est pas du Croizat, ni du CNR. Mais c'est très cohérent! François Hollande déclarait au congrès de la Mutualité française à Nice qu'il souhaitait que tous les Français bénéficient d'une complémentaire santé d'ici la fin de son quinquennat.

En juin, la loi de sécurisation de l'emploi a été promulguée, prévoyant cette complémentaire santé pour tous: l'extension à tous les salariés, d'ici au 1^{er} janvier 2016, des contrats collectifs santé, un système à l'américaine vous êtes « protégé par une assurance » tant que vous rappez au capital, ensuite chacun pour sa peau dans la jungle libérale! De plus doit revenir devant l'Assemblée Nationale la proposition de loi sur les réseaux de soins. Elle va permettre aux assureurs de faire bénéficier légalement leurs clients des prix d'optique moins élevés et de meilleurs remboursements, si les patients choisissent les produits qui leur sont recommandés... Disons dans un « panier de soins » imposé économiquement, un autre vieux concept qui s'inscrit dans la fusée à plusieurs étages :

- 1) protection à minima étatique, pour les pauvres, les chômeurs, les précaires
- 2) complémentaire obligatoire avec panier de soins pour les salariés à statut
- 3) sur-complémentaire sans limite pour ceux et celles qui pourront se la payer

Comprenez qui pourra!

Le ministre de la Consommation Benoît Hamon, affirme que la libéralisation du marché des lunettes devrait rendre un milliard d'euros de pouvoir d'achat aux Français d'ici à deux ans sans nuire à l'emploi. De fait, la grande distribution pourrait elle aussi se lancer dans la bataille. Leclerc and Co qui vendent déjà des produits d'optique, pourrait en profiter, et après l'optique, les médicaments sur ordonnance bien sûr...

Un peu de technique pour y voir plus clair:

Lorsque l'œil ne présente aucun trouble visuel, l'image des objets se forme sur la rétine. On appelle **emmétropie** une vision nette, qui ne nécessite pas de correction. Elle se caractérise par une bonne acuité visuelle et un champ visuel normal. On parle d'**amétropie** lorsque l'image ne se forme pas correctement sur la rétine. L'amétropie est une vision floue qui nécessite une correction optique. Elle correspond à trois types de troubles de la vue: la **myopie**, l'**hypermétropie** ou l'**astigmatisme**. Nul n'échappe à la **presbytie** à partir de quarante ans: quand le vieillissement naturel du cristallin se manifeste par une vision de près floue. Les troubles énumérés ci-dessus sont très courants, mais il en existe d'autres comme l'**amblyopie** (qui touche 2 % des enfants), le **strabisme**, la **basse vision**. Les personnes, les enfants, qui ont ces déficiences plus rares seraient encore plus pénalisés financièrement et médicalement si la déréglementation s'aggravait via la vente sur internet par les grands groupes!

Vente des lunettes et des lentilles sur internet, quel est le problème?

La vente de lunettes sur Internet est déjà légale en Suède, au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada, en Espagne, en Allemagne, en Belgique, aux Pays-Bas... Pourquoi la France devait-elle rester l'un des seuls pays européens, si ce n'est le seul, où cette pratique n'est pas autorisée de plus l'Europe a demandé à la France à ce que la vente d'optique soit autorisée sur Internet? Dans les pays où elle est autorisée, le marché de la vente d'optique sur le Web représente entre 1 % et 7 % maximum des marchés nationaux concernés pas de quoi bouleverser l'activité des « opticiens en dur » (opticiens classiques tenant boutique). En France, le marché pourrait atteindre 10 %, mais pas avant plusieurs années. Pourquoi ce débat? Outre le pouvoir d'achat, l'optique pose un problème de santé publique, d'autonomie des personnes mais aussi de sécurité routière. Souvenons-nous du slogan « Au volant la vue, c'est la vie »! D'après une enquête IRDES en 2008, un Français sur dix renonce à des soins dentaires ou optiques. « 55 % des bas revenus portent des lunettes, contre 71 % des plus hauts, ce qui semble indiquer une différence d'accès aux soins », confirment les économistes. Face à cette situation

déplorable ce gouvernement tente une piste hasardeuse. La majorité a introduit dans la loi sur la consommation, un volet visant à mettre fin au « monopole » des opticiens diplômés, seuls à avoir le droit d'ouvrir un commerce aujourd'hui. Il est prévu d'une part d'autoriser toute entreprise comptant un opticien diplômé parmi ses salariés à vendre de l'optique. Un moyen d'ouvrir le marché notamment aux grandes surfaces. D'autre part de demander aux ophtalmos d'inscrire systématiquement l'écart pupillaire sur leurs ordonnances, information nécessaire à la commande d'une paire de lunettes, et dont l'absence reste un des principaux obstacles à l'essor des sites internet spécialisés. Les amendements proposés, s'ils sont adoptés, devraient aussi se traduire par un coup de frein sur la création de points de vente, qui a plus que doublé en 30 ans, quand la population n'augmentait que d'un quart. Il y a 11 168 magasins d'optique en France. Il est vrai que cela commence à faire beaucoup mais ils sont surtout concentrés en centre-ville.

Sur les questions de santé et de protection sociale, la tendance libérale est la comparaison de la France et sa Sécurité sociale conquise avec les autres pays afin de préparer idéologiquement le terrain à chaque nouvelle contre-réforme.

Les lunettes seraient 50 % plus chères en France qu'ailleurs? « Ailleurs » c'est toujours meilleur, un peu trop facile! Faisons un pas de côté car on ne compare pas la même chose. L'institut GFK vient de comparer les prix des verres dans trois pays, l'Allemagne, l'Italie et la France. Pour des verres simples (qu'on appelle unifocaux), ils sont respectivement de 54, 69 et 44 euros. Pour les verres complexes (progressifs), ils sont de 211, 191 et 139 euros. France nous dépensons plus qu'ailleurs (6 milliards d'euros) pour nos lunettes pour les raisons suivantes: 50 % des Français qui sont équipés, ce qui est beaucoup plus qu'ailleurs, et 30 % d'entre eux sont équipés en verres complexes, plus chers contre 10 % ailleurs. Cela s'explique: c'est en France qu'ont été inventés les verres progressifs, c'est donc là qu'ils se sont diffusés en priorité. D'autre part, en France les lunettes sont un marqueur social et culturellement un accessoire d'esthétique. Ceux et celles qui ont connu lunettes type cul de bouteille ou stigmatisantes avec des montures répondant aux premiers critères économiques de la CMU, s'en souviennent douloureusement. Et si ce n'était pas la France qui était trop équipée, mais certains autres pays qui étaient en retard, notamment en produit de qualité?

Les lunettes et les lentilles de vue sur internet, une fausse bonne réponse en ce qui concerne la santé publique et de protection sociale! Mentionner l'écart pupillaire, qui vérifie l'ajustement entre vision de loin et vision de près n'est pas suffisant. Un opticien mesure aussi la

hauteur pupillaire, c'est-à-dire la distance entre le centre et le bas des verres. Ne pas ajuster les montures à cette hauteur peut obliger l'œil à corriger sans arrêt. On ne voit pas flou, mais la fatigue oculaire ainsi générée a des conséquences sur la qualité de la vue. Quand vous achetez vos lunettes sur un site Internet et vous appellerez son centre d'appel en disant qu'elles vous gênent ou qu'elles sont mal ajustées, que vous répondra-t-on après 20 minutes d'attente, d'aller voir un opticien? Du Kafka pur sucre en perspective...

La vraie question, c'est la sécurité sociale et le mode de distribution des produits de santé. Qu'elle alternative au tout libéral, au tout marché? L'équipement optique (montures, verres correcteurs, lentilles) délivré sur prescription médicale que vous achetez chez votre opticien est en partie remboursé par la Sécurité Sociale. Mais il s'agit d'une petite prise en charge qui est loin de couvrir toutes vos dépenses. On peut même dire que ce remboursement est devenu symbolique, sans complémentaire ou sans CMU payée à 100 % par une taxe sur les complémentaires, pas de correction optique possible. C'est un véritable scandale qui perdure de puis des décennies... Pour les montures de lunettes, par exemple, la Sécurité Sociale prend à sa charge 60 % de la base de remboursement officielle fixée à 2,84 € soit... 1,70 €. Pour les verres idem. Afin de bénéficier d'une prise en charge plus importante de vos frais d'optique, vous devez souscrire à une complémentaire santé qui peut être une mutuelle, une compagnie d'assurance ou une institution de prévoyance. Ces organismes privés vous remboursent, selon les contrats et les options choisies, tout ou partie des frais non remboursés par la Sécurité Sociale. Il serait si simple de définir avec les fabricants, les professionnels, les usagers, la sécurité sociale un juste prix remboursé à 100 % par la sécurité sociale. Revenir aux fondamentaux de la création de la Sécurité sociale, à la logique progressiste qui fondait cette dernière à la Libération dans un pays pourtant dévasté par la guerre, « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* ».

Réalisation, Impression:



Dépôt légal: février 2014

