



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

février
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 :

M. Serge Klopp, Cadre infirmier psychiatrique,
M. Dominique Durand, journaliste et écrivain,
M^{me} Nathalie Marchand, Syndicaliste hospitalière à l'APHP,
M. Michel Legros, administrateur de l'EHESP,
M^{me} Evelyne Vanderheyem, directrice d'hôpital en retraite,
M. Alain Claquin, Cadre Hospitalier à l'APHP,
D^r Omar Brixî, médecin de santé publique et enseignant,
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^{me} Anne Bléger, attachée territoriale et journaliste,
D^r Alain Beupin, Médecin directeur de centre de santé,
M^{me} Joëlle Greder, ancienne Présidente du Conseil National du Pcf,
D^r Fabien Cohen, chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des Chirurgiens-dentistes des centres de santé,
M. Claude Chavrot, Président de l'IUT Paris-Descartes, administrateur de la Fédération Nationale
des centres de santé,
M. Alain Lhostis, Conseiller de Paris, ancien Adjoint au Maire de Paris chargé de la santé et ancien Président délégué
du Conseil d'Administration de l'AP/HP de 2001 à 2008,
M. Patrice Voir, Maire-Adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Richard Lopez, Directeur de la santé à Champigny, Président de la FNCS,
M^{me} Simone Fayaud, infirmière, membre du Conseil National du Pcf,
D^r Alain Brémaud, membre du bureau de la Fédération nationale de Formation continue
et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
M. Michel Katchadourian.

Comité de lecture :

D^r Michèle Leflon, médecin hospitalier, chef de service, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardennes,
D^r Eric May, Médecin Directeur de centre de santé et Président de l'Union syndicale des médecins
de centres de santé,
M^{me} Catherine Mills, universitaire, économiste, responsable du Séminaire sur l'hôpital à la Fondation Gabriel Péri.
D^r Jean Victor Kahn, chirurgien-dentiste.
D^r Paul Cesbron, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil.

SOMMAIRE

Éditorial:

Quel éditorial? Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

Coûteuses maladies chroniques Par le Professeur Antoine Flahault, MD, PhD	Page 9
Atlas des migrants en Europe (2 ^e édition), Géographie critique des politiques migratoires Présentation d'ouvrage par Nicolas Lambert, Parti de Gauche, Cartographe au CNRS	Page 10
Le rendez-vous des retraites de 2013. Par M ^{me} Sylvie Durant	Page 15
Analyse critique du rapport Milon 2012 Par Serge Klopp	Page 18
Les vœux de 2013 du nouveau rapport Milon pour la psychiatrie Communiqué du 8 janvier 2013 du Syndicat des psychiatres des Hôpitaux	Page 20
Troubles du spectre autistique: approches éducatives et développementales, approches psycho-dynamiques, ce n'est pas la guerre! Par le D ^r Catherine Doyen, Pédiopsychiatre, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Sainte Anne	Page 22
Mariage pour tous, PMA, GPA: quel est le problème? Par M ^{me} Simone Fayot, membre de la commission Santé & Protection sociale du Pcf	Page 29
Analyse de l'ANI: Accord National Interprofessionnel ou « Accords de Wagram » Par Gérard Filoche, Bureau national du PS	Page 32
Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013: De la sécurisation de l'emploi à la sécurisation des licenciements Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue Économie et Politique	Page 43
Le financement de la Sécurité sociale aujourd'hui: état de la question Par Frédéric Rauch	Page 46
Les dépenses de santé en France: Principaux Indicateurs Par M ^{me} Catherine Mills	Page 55
Mouvement social et situation politique: l'exemple du mutualisme Par Daniel Le Scornet	Page 60
Les réseaux financiers de santé en débat au Parlement: Une fausse bonne idée contraire aux intérêts des patients! Par le D ^r Michel Limousin	Page 62
Risques psychosociaux à la SNCF: une politique qui dénie le travail réel Par Dominique Durand, écrivain, journaliste	Page 64

Conditions de travail, isolement, burn-out : Surmenés, des généralistes affirment leur besoin d'aide Par Dominique Durand	Page 66
Note relative au détachement de salariés européens Par Christophe Rondel, assistant parlementaire	Page 68
L'e-Médecine : un changement radical et bien des interrogations Par le Dr A.M. Roucayrol, PH, pathologiste, CHI de Villeneuve-Saint-Georges	Page 70
Le réseau Français Villes-Santé : des villes actives pour améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé. Par Patrice Voir, Président du réseau français Villes-Santé de l'OMS	Page 76
<i>Les brèves :</i>	Page 82
<hr/>	
<i>Les notes de lecture :</i>	
<hr/>	
Renoncement des Français à se soigner : <i>Note de lecture concernant le sondage Harris Interactive pour Grazia par M^{me} V. Sanchez</i>	Page 88
La casse sociale. <i>Note de lecture par Dominique Durand</i>	Page 88
Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie : Rapport de l'Irdes, n° 1896, novembre 2012 par Coldefy M., Nestrigue C., Or Z. <i>Note de lecture par Michel Limousin</i>	Page 89
La Santé en France et en Europe : Convergences et Contrastes, rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, La Documentation française, 2012 : <i>Note de lecture du Dr Cédric Cheymol</i>	Page 89
<i>Le courrier des lecteurs :</i>	Page 92
<hr/>	
<i>Les documents :</i>	
<hr/>	
Document unique : Financement des hôpitaux publics : changer de logiciel	Page 99

Éditorial

Quel éditorial ?

Vraiment, aujourd'hui il devient difficile de faire un éditorial optimiste, porteur d'espoir. On s'enfoncé. La protection sociale s'enfoncé. Le système de santé s'enfoncé. La France et l'Europe s'enfoncent.

L'hôpital? Malgré l'espoir d'une meilleure reconnaissance du rôle de l'hôpital public et les belles paroles tenues par le rapport Couty, la seule décision concrète et immédiatement applicable est la baisse des recettes: baisse des tarifs hospitaliers de 0,84 % pour le public et 0,21 % pour le privé. L'hôpital public est encore une fois discriminé au profit du privé qui bénéficiera en plus d'aides fiscales nouvelles. Pour la première fois depuis de nombreuses années, les tarifs hospitaliers pour la nouvelle campagne tarifaire 2013 sont disponibles dès le 28 février, soit nettement plus tôt que les années précédentes. Décidément les décisions d'austérité sont rapides. Ce sont bien les seules.

La médecine ambulatoire, toujours les mêmes problèmes: nombre insuffisant de professionnels, renoncement aux soins, crise des urgences, déserts médicaux, crise des médicaments, pas de perspective pour une politique de santé publique; ainsi par exemple, on s'intéresse au problème du diesel uniquement pour taxer le citoyen. L'argument sanitaire a pour seul objet de préparer une décision fiscale.

La protection sociale: la Sécurité sociale toujours sans ressources suffisantes. On envisage de fiscaliser les allocations familiales, de réduire les retraites; la désindexation sera une arme terrible pour appauvrir les retraités. Les assurances complémentaires plus chères et plus sélectives vont prendre le « marché » des salariés ayant un travail. Les honoraires libres ont la vie belle.

Le droit du travail est en train d'être démolé. Les salaires sont bloqués. Les travailleurs pauvres toujours plus nombreux.

Tout se met en place comme si le but ultime du libéralisme mondialisé était l'appauvrissement de la population, l'asphyxie des classes moyennes, le retour à des situations anciennes sans réponses collectives aux besoins individuels, une sorte de généralisation de la situation de Tiers-Monde. Des hyper-riches d'un côté; et de l'autre la masse des taillables et corvéables à merci. Après le vingtième siècle, le dix-neuvième! L'individualisme absurde.

Alors, par quel bout prendre cette situation ?

D'abord comprendre, analyser. C'est ce qu'essaient de faire les Cahiers. Échanger les arguments, approfondir les alternatives.

Donner des perspectives. Lire dans le réel les points d'appui, les motifs d'espoir. Par exemple dans le progrès scientifique, dans l'évolution des idées, dans les solidarités.

Et puis les luttes: les faire connaître, les soutenir, y participer, rassembler au-delà des différences, des contradictions et des frontières: celles qui sont dans la géographie mais aussi celles qui sont dans les têtes.

Les Cahiers de Santé publique et de Protection sociale s'y emploient grâce à l'appui de la Fondation Gabriel Péri. Sans elle, tout serait plus difficile. Merci.

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

Articles

Coûteuses maladies chroniques

Par le Professeur Antoine Flahault, MD, PhD

*Professeur de bio-statistiques à l'Université Descartes Sorbonne Paris Cité,
membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine, Paris, France.*

Le Professeur Ken Thorpe du département de management et des politiques de santé de l'école de santé publique de *Emory University* à Atlanta, aux USA vient de publier un rapport sur le site de *Alliance for Aging Research* (PDF de 18 pages, disponible en ligne sans restriction en anglais). Il y fait un plaidoyer fondé sur les meilleurs arguments scientifiques disponibles, qui milite de façon convaincante en faveur d'une meilleure coordination des soins associée à une prévention adaptée. Apportées aux patients atteints de maladies chroniques, ces deux interventions peuvent conduire à réaliser de substantielles économies de santé. La combinaison de mesures de prévention et d'une meilleure coordination des soins peut permettre de réaliser au moins entre 5 et 10 % d'économies sur les dépenses totales du programme *Medicare* (système public d'assurance maladie universelle des personnes âgées aux USA). Plus de 90 % des dépenses de *Medicare* sont engagées chez des patients atteints de maladies chroniques, le quart des bénéficiaires étant atteints de diabète (un nombre qui a doublé en 15 ans). Ken Thorpe reproche aux politiques actuelles de ne chercher qu'à limiter les dépenses des services de santé (hospitalisations, consultations, examens complémentaires, traitements): « *ce n'est pas une solution tenable sur le long terme* » explique le chercheur.

La prévention d'abord: il prend l'exemple d'un essai randomisé évaluant un programme fondé sur des changements d'hygiène de vie, qui a montré comment la réduction de poids de 5 à 7 % des participants en pré-diabète avait pu réduire de 58 % le risque de survenue du diabète, avec une persistance de l'effet après 10 ans de suivi (*Diabetes Prevention Program Research Group*, *Lancet*, 14 novembre. 2009, abstract seul accessible sans restriction, en anglais). « *Un tel programme étendu aux seniors pré-diabétiques aux USA ferait réaliser environ 2 milliards de dollars d'économies en 10 ans et 7 milliards vie entière uniquement sur la cohorte qui y participerait!* »

La coordination des soins aussi: lorsque des méthodes de type « *disease management* » sont mises en œuvre, et à nouveau le diabète est un bon exemple pour l'étude et l'intervention: « *le recours aux consultations ambulatoires est plus élevé lorsqu'on institue un programme de disease management, mais les durées d'hospitalisation sont significativement réduites, de même que les soins de suite après séjours hospitaliers* » (Cohen R et coll., *Health Affairs*, Jan 2012, abstract en anglais seul disponible), observe Thorpe, qui ajoute « *si l'on réduisait de moitié les ré-hospitalisations chez ces patients, on permettrait au système des économies jusqu'à 200 à 300 milliards de dollars durant les dix prochaines années* » (Lemieux J, et coll. *Am J Managed Care*, Feb 2012, article en ligne disponible, en anglais). Pour Thorpe, les mesures pour améliorer la coordination des soins envisagées actuellement sont centrées sur des incitations faites auprès des seuls médecins: « *c'est insuffisant!* » s'insurge le chercheur, « *une réelle coordination nécessite l'implication d'infirmières, d'infirmières aux pratiques avancées, de pharmaciens, de travailleurs sociaux et d'autres corps de métiers, tous chargés de mobiliser le patient pour qu'il garde le meilleur niveau possible de son état de santé* ».

Aujourd'hui, 20 % des assurés de *Medicare* sont traités pour plus de 5 pathologies chroniques et engagent la moitié des dépenses du régime. Par ailleurs, 20 % des patients de *Medicare* hospitalisés sont réadmis dans le mois qui suit leur sortie, pour un coût évalué à 500 milliards de dollars sur 10 ans.

« *Passons des études pilotes à la généralisation des expériences réussies à l'ensemble du programme national Medicare!* » réclame l'enseignant-chercheur de l'École de Santé Publique Rollins de *Emory University* à l'agence gouvernementale CMS en charge de *Medicare*.

Atlas des migrants en Europe (2^e édition) Géographie critique des politiques migratoires

Présentation d'ouvrage par Nicolas Lambert, Parti de Gauche, Cartographe au CNRS

« Nous sommes en train de mourir pour un bout de papier, mais personne ne nous entend. Nos deux camarades ont été renvoyés, bouche scotchée et mains attachées, mais ce sont des humains, pas des animaux! » (Saliha, Algérienne en Grève de la faim, Lille janvier 2013).

L'Union Européenne compte aujourd'hui 78 000 kilomètres de frontières extérieures, chiffre qu'il faut doubler si l'on y ajoute les frontières internes entre les États membres. Pour « protéger » un espace aussi vaste face à un prétendu « risque migratoire » en grande partie fantasmé, l'Union européenne n'a eu de cesse depuis le milieu des années 1980, de durcir sa législation, de renforcer ses contrôles et de militariser ses frontières en rendant toujours plus difficiles et dangereux les parcours des migrants dont certains d'entre eux y laisseront la vie.

Dans cette nouvelle édition de l'Atlas des migrants en Europe que je présente ici, et alors que nous fêtons les 10 ans de la fermeture du centre d'hébergement de Sangatte, le Réseau Migreurop (voir encadré 1) propose un diagnostic critique et engagé des politiques migratoires menées à l'échelle européenne. Issu d'un long travail de terrain réalisé auprès des migrants et des populations maintenues en centre de rétention, cet Atlas propose un état des lieux radical ainsi qu'un décryptage nécessaire des politiques européennes d'asile et d'immigration.

L'ouvrage s'organise autour de quatre grands thèmes :

- Des migrations mondialisées mais entravées.
- Les contrôles des migrations internationales : vers un protectionnisme accru ?
- L'enfermement au cœur des politiques d'asile et d'immigration.
- Les effets dans zones de départ de transit.

Pour l'ensemble de ces thèmes, l'atlas rassemble plus d'une centaine de cartes, des graphiques, des textes et des photographies. Ces documents permettent d'appréhender la façon dont les frontières se déplacent, s'« externalisent », deviennent réticulaires, mais aussi de visualiser les infrastructures mises au service des politiques de contrôle et ainsi illustrer le visage de plus en plus sécuritaire de la politique migratoire européenne.

Créé en 2002, Migreurop est un réseau d'associations, de militants et de chercheurs. Né après l'annonce de la fermeture du camp de Sangatte au cours de l'année 2000, le principal objectif du réseau Migreurop a été dès le départ de faire connaître la généralisation de l'enfermement des étrangers dépourvus de titre de séjour et la multiplication des camps, dispositif au cœur de la politique migratoire de l'Union européenne. Aujourd'hui, Migreurop compte 43 associations et 37 membres individuels dans 16 pays du Moyen Orient, d'Afrique et d'Europe.

Pour en savoir plus : www.migreurop.org

Encadré 1 : le réseau Migreurop

I. Des migrations mondialisées mais entravées

Selon l'ONU, le nombre de migrants dans le monde s'élève pour 2007 à 220 millions de personnes. Cela représente 3.3 % de la population mondiale. Contrairement aux idées reçues, parmi eux, seuls 2 sur 5 se dirigent vers les pays de l'OCDE et près de la moitié partent pour un autre pays pauvre ou un pays autocratique comme les Émirats ou Singapour. Il en est de même pour l'asile puisque la majeure partie des réfugiés dans le monde l'est dans des pays en voie de développement. Ce fait souvent mal compris au prisme d'un regard européen centré qui pense les migrations comme un mouvement massif des pays pauvres vers les pays riches montre les limites de l'effet push pull qui est une approche courante pour décrire les migrations. En effet, penser les migrations en termes de zones attractives forcément riches et zones répulsives pauvres ne permet pas de comprendre la complexité des mécanismes migratoires qui s'inscrivent dans le temps long. Sans nier la réalité d'une mondialisation inégalitaire empreinte de fortes discontinuités spatiale qui provoque forcément des déplacements de population dans le sens du gradient de richesse le plus fort, les migrations contemporaines sont aussi liées à des trajectoires historiques, où la proximité spatiale est un facteur

déterminant. Enfin, il n'est pas possible d'écarter la part grandissante de la crise écologique comme un élément central dans les causes des mouvements migratoires. Ce facteur, qui est une composante intrinsèque de la mondialisation, vient se superposer à la carte de la richesse puisqu'évidemment, plus un pays est riche, plus sa capacité d'adaptation au réchauffement climatique est élevée. Le changement climatique devient donc un enjeu majeur en particulier pour les pays pauvres : si, en 2008, on comptait 4,6 millions de personnes déplacées dans leur pays du fait d'un conflit violent, il y en avait 20 millions qui avaient dû quitter leur lieu de résidence à la suite d'une catastrophe naturelle ; les « migrants environnementaux » ont été 15 millions en 2009, 38 millions en 2010.

Les mouvements migratoires touchent donc en premier lieu les pays du sud. Pourtant, en moins de 20 ans, la question migratoire est devenue un thème incontournable imposé par les pays riches dans les relations internationales. En Europe, c'est en juin 2002 à Séville, que les chefs d'états de l'Union européenne ont fait de la lutte contre l'immigration une priorité. Sous un langage convenu et l'invocation d'un « développement » des pays du voisinage, c'est en réalité la hantise croissante des pays riches de se voir envahir par une horde de migrants qui devient la caractéristique des rapports entre l'Europe et ses voisins.

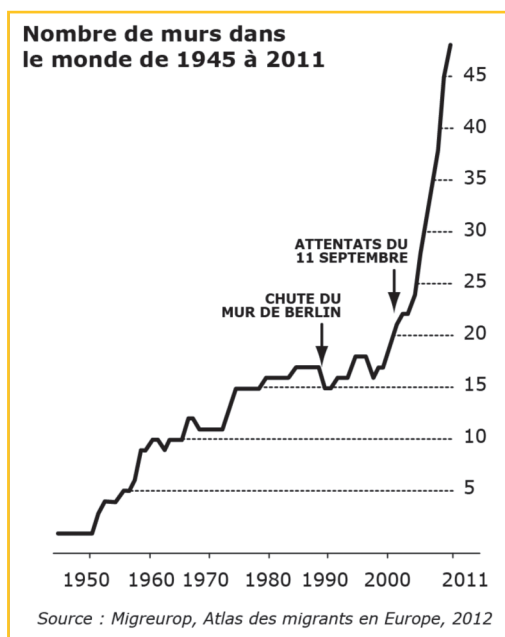


Figure 1 : Toujours plus de murs dans un monde sans frontières

Carte des murs dans le monde disponible ici : http://www.armand-colin.com/upload/map_4_5_murs_typologie_v3_Internet.pdf

Ainsi, alors que l'article 13 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 proclame le droit à chacun à « circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État », et à « quitter tout pays, y compris le sien et à y revenir », l'Union européenne n'a eu de cesse de déployer une myriade de dispositifs pour empêcher, ou plutôt canaliser les flux migratoires. C'est la tentation du mur. Tandis que La Grèce amorce la construction d'un mur le long de sa frontière avec la Turquie, l'Atlas nous apprend que le nombre de murs, barrières et clôtures dans le monde a triplé depuis la chute du mur de Berlin. En 2011, il y avait 48 murs recensés dans le monde, souvent construits dans un but affiché d'empêcher les migrations. Cela représente plus de 30 000 kilomètres linéaires. Comme bien d'autres dispositifs détaillés dans la seconde partie de l'ouvrage, les études montrent que ce dispositif n'empêche en aucun cas les gens de passer. La construction de murs constitue plutôt un aveu de faiblesse et une réponse inadaptée à un risque fantasmé. Comme la plupart des dispositifs mis en place par l'Union européenne dans le cadre de sa politique migratoire, les murs n'empêchent pas les flux, ils les détournent.

II. Les contrôles des migrations internationales : vers un protectionnisme accru ?

Alors que la mondialisation économique produit un accroissement de la mobilité internationale, elle s'accompagne également dans le même temps d'une multiplication des dispositifs visant à l'empêcher. En Europe, la construction de l'Espace Schengen, espace de libre circulation, a été conçue comme un espace étanche, « protégé » à ses frontières extérieures par des politiques de plus en plus dures visant à endiguer l'immigration. On parle alors d'une Europe forteresse (Fortress Europ en anglais). Nous sommes face à une mondialisation contre une autre, une mondialisation qui favorise d'une part la circulation des capitaux et des marchandises et qui d'autre part vise à empêcher la libre circulation des humains. Cette seconde partie de l'Atlas détaille donc la myriade de dispositifs mise en place par l'Union européenne pour canaliser les flux migratoires. Je les reprends ici de façon non exhaustive.

Le système Schengen

Si la première convention de Schengen date de 1985, l'espace Schengen a été institutionnalisé à l'échelle européenne par le traité d'Amsterdam du 2 octobre 1997. Il comprend actuellement 26 États membres. Le traité de Lisbonne, signé le 13 décembre 2007, a modifié les règles juridiques concernant l'espace Schengen, en renforçant la notion d'un « espace de liberté, de sécurité et de justice ». Celui-ci fait intervenir davantage de coopération policière et judiciaire, et vise la mise en commun

des politiques de visas, d'asile et d'immigration. Dans les faits, cet espace de libre circulation interne n'est tangible que si l'Europe est en mesure de protéger efficacement ses frontières extérieures. Pour assurer la pérennité de cette espace de libre circulation et rassurer ses états membres, l'Espace Schengen se construit donc sur une exclusion drastique de ceux qui n'en font pas parti. C'est le revers de la médaille, il faut protéger la forteresse.

Visas et accords de réadmission

Pour cela, l'Europe a mis en place une politique de visas pour tenter de contrôler efficacement les entrées et sorties sur son territoire. En effet, depuis 2001, un règlement européen fixe la liste des pays dont les ressortissants sont soumis à l'obligation de visas pour rentrer dans l'espace Schengen. Cette politique menée dorénavant conjointement par les pays de l'Union européenne, est souvent négociée avec les pays tiers en contrepartie de la signature d'accords de réadmission. Ces accords permettent aux états de l'Union européenne de renvoyer les migrants dans leur pays d'origine ou le pays par lequel ils ont transité. En mettant dans la balance des négociations la délivrance de visas, mais aussi le montant des aides au développement ou toute autre coopération économique, l'Europe est dans un rapport de domination avec les pays du sud qui n'ont pas d'autre choix que d'accepter les conditions qui lui sont posées.

Directive retour

Pour mener sa politique migratoire, l'Europe dispose d'un cadre juridique commun, la directive retour. Adoptée le 18 juin 2009 au parlement européen, cette directive s'inspire des pratiques les plus dures existants en Europe. La directive prévoit notamment le principe du « retour » de tout clandestin en situation irrégulière vers son pays d'origine, un pays de transit ou un autre pays qu'il a choisi pourvu qu'il y soit admis. Un délai de 7 à 30 jours est prévu pour un « retour volontaire » du sans-papier. Dans ce texte, une rétention peut être décidée en cas de « risque de fuite » ou de refus d'expulsion. La durée maximale de rétention est de six mois, mais peut être prolongée jusqu'à 18 mois en cas de « manque de coopération » du sans-papier. En France, la durée est passée de 32 à 45 jours avec l'adoption de la directive. Les expulsions sont suivies d'une interdiction d'entrée de 5 ans maximum, sauf « menace grave. » Enfin, le texte autorise l'expulsion des mineurs non accompagnés (et de malades) vers des pays où ils n'ont ni tuteur ni famille s'il y a sur place des « structures d'accueil adéquates. ». Quelques années après son adoption, on constate que cette directive appelée « directive de la honte » par ses détracteurs a eu pour effet une augmentation générale de la durée de rétention dans la plupart des pays européens.

Frontex

Frontex est le bras armé de l'Europe en termes de politique migratoire. Créée en 2004 et opérationnelle depuis 2005, son rôle est de lutter contre l'immigration clandestine. Elle dispose pour cela d'un budget annuel de pas moins de 80 millions d'euros. Des équipes « mixtes » (composées de polices de plusieurs États membres) sont déployées en permanence aux frontières de l'Union européenne. Environ 20 avions, 30 hélicoptères, 100 vedettes, et d'autres équipements techniques ont également été mis volontairement à sa disposition par les États membres. De 2006 à la fin 2009, Frontex a organisé 61 vols de retour pour 2 859 migrants clandestins.

Dublin II

Entré en vigueur en 2003, le système Dublin II (synthèse de trois règlements européens pris entre 2000 et 2003) vise à répartir entre les États européens la responsabilité de l'examen des demandes d'asile. L'Union européenne a mis en place une politique commune en matière d'asile très restrictive, dont le premier pan consiste à externaliser l'asile, et le deuxième à fichier tout demandeur d'asile et à éviter que les nombreux demandeurs d'asile déboutés ne fassent une nouvelle demande dans un autre pays. Dans les faits, l'Union européenne accueille très peu de réfugiés en comparaison avec les États-Unis ou le Canada : ainsi, selon la Commission européenne, durant l'année 2010, environ 5 000 réfugiés ont été réinstallés dans l'ensemble de l'Union européenne, chiffre à comparer avec les quelque 75 000 réfugiés réinstallés aux États-Unis la même année.

Ficher les migrants

Ce que nous apprend également cet atlas, c'est que la commission européenne est en train de mettre en place progressivement un fichage généralisé des migrants. Ce fait peu connu du grand public et des grands médias passe par les trois dispositifs suivants :

- Le Système d'information Schengen (SIS II). C'est une base de données biométrique pour contrôler les frontières. Elle est constituée d'une base de données centrale à laquelle sont reliés au moins 500 000 terminaux d'ordinateurs dans les états membres, une augmentation de plus de 300 % par rapport à 2003 et de 1 600 % par rapport à 1995.
- Eurodac. C'est est une base de données centralisée (hébergée par la commission européenne) qui contient les scans numériques des empreintes digitales collectées lors des contrôles aux frontières. Il utilise les empreintes digitales pour vérifier si une personne demandant l'asile dans un état n'a pas déjà fait la demande dans un autre état. Le 31 décembre 2010, la base de données contenait 1 704 690 enregistrements.

- VIS. Le système d'information sur les visas (VIS) a été conçu pour "améliorer la mise en œuvre de la politique commune en matière de visas", de faciliter la lutte contre la fraude et faciliter les contrôles aux frontières.

Ces trois dispositifs sont en phase d'être unifiés dans un seul dispositif, ce qui constituerait une base de données unique au monde.

Politique des visas, accords de réadmission, forces militaires, fichage, expulsions, l'Union européenne multiplie les dispositifs pour tenter de rendre infranchissable la frontière de l'eldorado Europe. Mais une fois qu'un migrant a réussi à passer entre les mailles du filet, que faire? Là encore, les pays européens ont trouvé la solution: l'enfermement.

III. L'enfermement au cœur des politiques d'asile et d'immigration

« Chaque année, des milliers de migrants sont enfermés pour quelques heures ou plusieurs mois dans des lieux qui ne sont encadrés ni par le droit ni par le regard de personnes extérieures. Les violations des droits humains y sont fréquentes et les abus peuvent y être extrêmes (conditions hygiène effroyables, tortures, meurtres), des pratiques qui font rarement l'objet de condamnations de la part de la justice. » (www.migreurop.org). Ce qui n'était au départ qu'une réponse administrative improvisée, l'enfermement des migrants, est devenu aujourd'hui le cœur des politiques migratoires européennes. Identifiés en 2003 comme un nouvel outil de la politique migratoire en Europe, les « camps » sont devenus un instrument privilégié de gestion des migrants. En 2009, 570 660 étrangers étaient maintenus en rétention dans l'Union européenne. Parmi eux, 252 785, soit un peu moins de la moitié, ont été expulsés.

Mais tout n'est pas si simple. Dans les camps, la contestation est permanente: incendies, émeutes, manifestations, évasions ou grèves de la faim, ce ne sont pas des cas isolés. Il n'y a pas de grands centres de rétentions qui ne connaissent des grèves de la faim. Ces événements que les gouvernements ne souhaitent pas ébruiter et que les grands médias relaient peu sont pourtant une facette non négligeable de la politique migratoire européenne qui vise à traiter les migrants comme s'ils n'avaient aucun droit. Difficile de déployer une telle politique sur le territoire européen à contre-courant de l'image que l'Union européenne essaye de se donner. Pour cette raison, depuis le début des années 2000, l'Union européenne et ses États membres se sont appuyés sur les régimes du sud de la Méditerranée pour délocaliser leur politique d'asile et

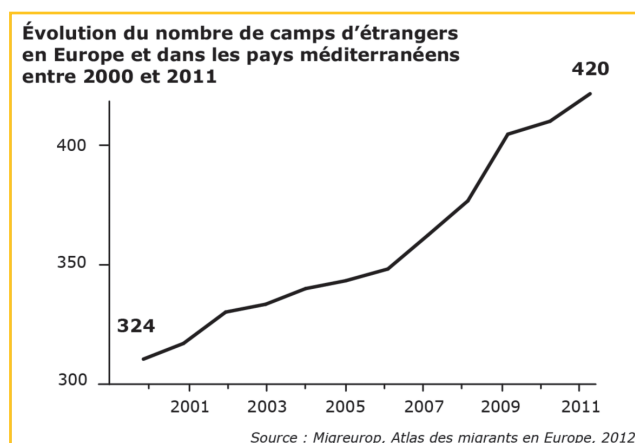


Figure 2: *L'Europe des camps*
Carte des centres de rétentions disponible ici:
http://www.migreurop.org/IMG/jpg/map_18-1_L_Europe_des_camps_2011_v9_FR.jpg

d'immigration et y exporter leur modèle d'enfermement. C'est ce qu'on appelle l'externalisation, et cela quel que soit le régime politique avec lequel il faut traiter. Face aux révoltes populaires en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, l'Union européenne s'est empressée de faire reconduire les accords concernant la politique migratoire qu'elle avait contractée avec les régimes autoritaires qui venaient de voler en éclat. Cette réaction montre que la « défense de la démocratie » et la « non ingérence » ne sont que rhétoriques quand il s'agit de réaffirmer les impératifs d'une fermeture des frontières, même si cela est attentatoire aux droits fondamentaux.

Le phénomène d'externalisation n'a eu de cesse de s'amplifier. Avec le lancement de la "dimension externe" de la politique d'asile et d'immigration en 2004, l'externalisation des politiques migratoires est devenue une pratique de plus en plus répandue en Europe. Faire prendre en charge par des pays partenaires, le contrôle de ses frontières extérieures, telle est la nouvelle stratégie de l'Union européenne en matière migratoire. C'est de facto une sous-traitance de la surveillance des frontières. Ainsi, le renforcement des contrôles frontaliers et leur externalisation contribuent à la multiplication du nombre de centres de rétentions au sud de la Méditerranée. Qu'il s'agisse de camps ouverts pour lesquels la circulation est possible sous certaines contraintes ou de camps fermés, véritables lieux de détention, la tendance est à la multiplication du nombre de camps. Ainsi, des personnes sont enfermées dans des camps uniquement pour avoir eu l'intention de rejoindre clandestinement l'Union européenne. Les pays assignés au rôle de garde frontière n'ont bien souvent ni le cadre juridique, ni la capacité matérielle ni la volonté politique de l'assumer. Mais ils n'ont bien souvent pas d'autre choix.

Alerter l'opinion sur ce que le réseau Migreurop appelle « l'Europe des camps » est bien un élément central de l'ouvrage présenté ici. Réseau militant, Migreurop demande explicitement aux gouvernements des États membres de l'Union européenne et de son voisinage de ne plus utiliser la détention à des fins de contrôle migratoire. Il appelle aussi à cesser de privilégier l'approche sécuritaire des politiques asile et d'immigration pour à la place promouvoir le droit fondamental de circuler. Il faut dire que cette politique qui se révèle finalement assez inefficace, produit des effets dévastateurs. C'est l'objet de la quatrième partie de cet Atlas.

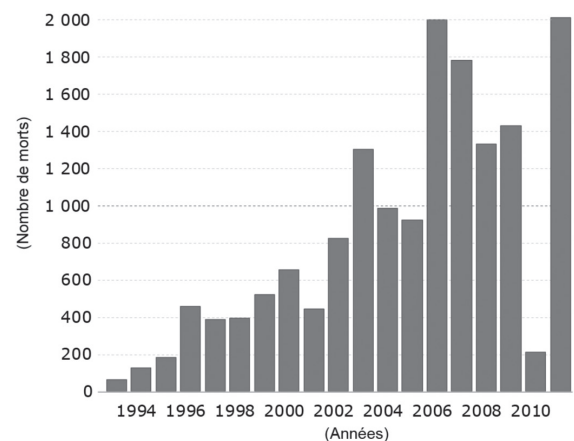
IV. Les effets

Au fur et à mesure que les frontières se ferment, les routes migratoires se déplacent, générant plus de dangers pour ceux qui les empruntent. Les flux migratoires ne sont pas stoppés ou contrôlés, ils sont entravés ou simplement déviés. Ces politiques, dont le visage inhumain n'est plus à démontrer, aboutissent aussi à la mise en place de zones tampons situées en périphérie de l'Union européenne, visant à mettre la distance les migrants, à les rendre invisibles, en faisant porter la charge du contrôle migratoire sur les pays du voisinage. Des zones tampons, des campements sans droits, et de l'errance sans fin pour des migrants dont on ne laisse poser les valises nulle part, tel est l'effet réel de cette politique migratoire.

De plus, malgré le déploiement financier, technique, juridique et géopolitique que nécessitent tous ces dispositifs mis en place par l'Union européenne et dont de nombreuses entreprises privées de plus en plus impliquées bénéficient grassement, ils ont en fait une efficacité assez limitée à long terme. Comme le souligne Claire Rodier, juriste au GISTI et spécialiste des questions migratoires, « Cela fait vingt ans que je travaille dans ce domaine, et que j'entends que les lois ne sont pas adaptées et qu'il faut renforcer les contrôles aux frontières. Sur les dix dernières années, les flux migratoires se sont déplacés d'Ouest en Est, à chaque fois qu'un point de passage était fermé (détroit de Gibraltar, îles Canaries, Lampedusa, etc.). Le trajet vers l'Europe est devenu plus cher et plus dangereux pour les migrants ». Dans le 1^{er} numéro de cette revue (décembre 2010), j'écrivais « les routes changent, mais que les drames subsistent ». Nous recensons à l'époque 13 500 cadavres, dont environ 10 000 en Méditerranée depuis 1993. Depuis, le bilan s'est encore largement alourdi. Même s'il n'existe pas de données officielles pour comptabiliser le nombre de migrants morts aux frontières européennes, selon les ONG qui tentent de cette comptabilité macabre, le nombre de morts depuis 1993 s'élèverait aujourd'hui à 16 250. Pour Migreurop, « ces morts

sans nom et sans nombre en disent long sur le processus de déshumanisation des migrants, réduits à l'état d'individus surnuméraires qui peuvent disparaître sans laisser de trace ». La mort au bout du chemin, tel est le vrai bilan de l'Europe forteresse.

Des morts par milliers aux portes de l'Europe



Source : Migreurop, Atlas des migrants en Europe, 2012

Figure 3 : Compter les morts en migration
Carte des morts aux frontières disponible ici :
http://www.armand-colin.com/upload/map_36_3_Perilleuses%20traversees_Internet.pdf

Conclusion

Cet Atlas est un atlas engagé, une géographie critique. Il décrit les incohérences et (in)conséquences de la gestion des flux migratoires par l'Union européenne. Réussir cela n'a été possible que par la collecte et la mise en cohérence d'informations décrivant une réalité pourtant difficile à saisir, du fait de l'échelle géographique du phénomène, mais aussi d'une volonté de dissimulation des gouvernements européens. Largement illustrée de cartes et de graphiques pour faciliter la compréhension et donner à voir simplement des phénomènes souvent complexes, cet atlas permet comprendre le vrai visage des politiques migratoires européennes. Il appelle aussi à voir enfin cette question avec un peu plus d'humanisme pour enfin remettre l'humain au cœur des politiques européennes.

Références :

Atlas des migrants en Europe : Géographie critique des politiques migratoires
Sous la direction d'Olivier CLOCHARD, ARMAND COLIN, novembre. 2012
<http://www.armand-colin.com/livre/363798/atlas-des-migrants-en-europe.php>

Le rendez-vous des retraites de 2013

Par M^{me} Sylvie Durant, CGT

1. La conférence sociale et le cadre légal du rendez-vous

Le rendez-vous de 2013 a été inscrit à la demande de la CFDT à l'article 16 de la réforme du 9 novembre 2010. Il a donc **un caractère légal incontournable** que l'adoption du « Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance » vient de renforcer. La conférence sociale n'a pas changé l'esprit de l'article 10. Il s'agit d'un rendez-vous beaucoup plus lourd de conséquences que tous ceux qui l'ont précédé depuis 1993 car il s'agit de **faire des choix définitifs**, qu'il ne sera plus question de rediscuter à l'avenir.

La démarche est inspirée de ce que les responsables politiques suédois, essentiellement les socio-démocrates mais de concert avec les conservateurs, ont fait dans les années 1990. Elle participe de la volonté de mettre en place un système qui, pour citer un responsable politique suédois de premier plan à l'origine de la réforme, « va durer jusqu'à la prochaine ère glaciaire ».

Il s'agit d'en finir avec des réformes paramétriques pour opérer une refonte définitive du système. Un nouveau système que le Parlement suédois a adopté en 1998 par 80 % des voix. Les conditions sont réunies pour que ce consensus à la suédoise s'opère également en France, **car pour les partis de gouvernements, d'inspiration socio-démocrate ou de droite, ainsi que pour la CFDT et le Medef, il faut en finir avec les réformes paramétriques.**

- les réformes dites paramétriques agissent sur les 3 leviers qui permettent d'équilibrer un régime de retraite :
 - l'âge de départ en retraite et son corollaire, la durée de cotisation
 - le niveau des pensions
 - les ressources
- Toutes les réformes intervenues depuis la loi dite BALLADUR ont agi sur les deux premiers leviers en organisant et planifiant un décrochage progressif mais à terme drastique des taux de remplacement. Elles ont suscité à chaque fois des mobilisations sociales parmi les plus fortes observées ces 20 dernières années. Les organisations syndicales qui ont soutenu ces réformes l'ont également chèrement payé : souvenons-nous des bataillons de militants qui ont quitté la CFDT en 2003. Il y a donc un in-

térêt objectif entre partis appelés à exercer des fonctions gouvernementales et CFDT à abandonner les réformes paramétriques au profit d'une réforme systémique.

2. L'objet du rendez-vous.

Cette réforme systémique est précisément l'objet du rendez-vous de 2013.

Loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010: Article 16

I. À compter du premier semestre 2013, le Comité de pilotage des régimes de retraite organise une réflexion nationale sur les objectifs et les caractéristiques d'une réforme systémique de la prise en charge collective du risque vieillesse.

Parmi les thèmes de cette réflexion, figurent :

- 1° *Les conditions d'une plus grande équité entre les régimes de retraite légalement obligatoires ;*
- 2° *Les conditions de mise en place d'un régime universel par points ou en comptes notionnels, dans le respect du principe de répartition au cœur du pacte social qui unit les générations ;*
- 3° *Les moyens de faciliter le libre choix par les assurés du moment et des conditions de leur cessation d'activité.*

La proposition est donc celle d'un régime unique fusionnant tous les régimes du public et du privé existants actuellement pour fonctionner selon le système des comptes notionnels suédois. Le MEDEF propose une variante avec un régime universel de base et un régime universel complémentaire fonctionnant l'un et l'autre comme les comptes notionnels.

Que sont les comptes notionnels suédois ? Et d'abord que signifie « notionnel » ? « Notionnel » veut dire virtuel. Premier point important : les comptes notionnels suédois fonctionnent en répartition. L'argent des cotisations est immédiatement redistribué sous forme de pension.

Deuxième idée clef : les comptes notionnels fonctionnent à ressources constantes. Le taux de cotisation est fixé une fois pour toutes, en l'occurrence, en Suède, à 16 % du salaire. Il ne peut pas être augmenté, quelles que soient les circonstances économiques, **il est strictement**

intangibles. C'est cette caractéristique qui a déterminé le soutien du patronat et des libéraux suédois à ce nouveau système.

Concrètement, l'Agence suédoise de Sécurité sociale enregistre, année après année, sur le compte individuel de chaque salarié le montant de sa cotisation. Le salarié se constitue ainsi un capital, virtuel, puisqu'on est en répartition. Lorsque le salarié veut liquider sa pension, à partir de 61 ans, l'Agence additionne, après les avoir revalorisés, tous les montants cotisés puis les divise par l'espérance de vie de la génération concernée. Il en résulte une rente viagère : plus l'intéressé part tard, plus sa rente est élevée, plus il part tôt plus elle est modeste. Ce système satisfait donc à la revendication de retraite à la carte portée par la CFDT et le PS.

Mais la rente ainsi calculée n'est qu'un maximum : le système est en effet conçu pour régler définitivement la question de son équilibre financier en réconciliant en permanence le montant des pensions à verser avec le montant des ressources encaissées.

Concrètement si le régime doit verser 100 euros de rente alors qu'il n'a perçu que 70 euros de cotisations (dont le taux, rappelons-le, ne peut, par construction, augmenter), il applique à la pension un mécanisme d'équilibrage automatique qui prend la forme d'un coefficient en l'occurrence de 0,70.

$$0,70 \times 100 \text{ €} = 70 \text{ €}$$

Ainsi, du jour au lendemain, là où un retraité percevait 100 euros de pension, il ne percevra plus que 70 euros.

Ce mécanisme a amené en 2010 une baisse de toutes les pensions liquidées de 3 % et en 2011 de 7 %. En cumul sur 5 ans, c'est une baisse de 40 % qui est anticipée. Là où un retraité percevait en 2009, 100 euros de rente, il ne percevra plus en 2015 que 60 euros !

Il s'agit donc d'un système de retraite, certes par répartition, mais qui fonctionne « **à cotisations définies** » par opposition au système, également par répartition, que nous avons mis en place en 1945, qui lui a été conçu pour fonctionner « **à prestations définies** », c'est-à-dire pour garantir un taux de remplacement déterminé du salaire par la retraite. Ce taux avait été historiquement fixé à 75 % dans la fonction publique et c'est cet objectif que les régimes du privé ont visé jusqu'à la réforme de 1993.

C'est le **mécanisme d'équilibrage automatique** qui séduit les partis de gouvernement, quel que soit leur bord, et qui a été mis en place pour (citation Karl Gustaf

Scherman, ancien directeur de l'Agence suédoise de Sécurité sociale) décharger les hommes politiques « *de la responsabilité de prendre des décisions difficiles et si sensibles qui consistent à suivre, contrôler et ajuster en permanence les paramètres du système des retraites* ».

Ainsi donc la bataille se pose en termes nouveaux : il ne s'agit plus, dans l'immédiat, de choisir entre répartition et capitalisation, mais entre répartition « à prestations définies » et répartition « à cotisations définies ». Ceci étant, la mise en œuvre d'un système « à cotisations définies » entraînera de telles baisses des taux de remplacement que les citoyens tenteront nécessairement l'aventure de l'épargne retraite pour essayer de compenser le manque à gagner. C'est d'ailleurs là tout le calcul du Medef et de la droite.

Pour éviter de faux débats, je souhaite insister sur le fait que la technique de matérialisation des droits à retraite est neutre au regard de l'enjeu « cotisations ou prestations définies ». Les régimes par annuités comme les régimes par points, peuvent fonctionner « à cotisations définies » dès lors qu'on les dote d'un mécanisme d'équilibrage automatique. Les régimes par annuités et les régimes par points peuvent fonctionner « à prestations définies » dès lors qu'on leur assigne cet objectif politique en définissant un taux de remplacement déterminé du salaire par la pension de retraite. Ainsi, le régime AGIRC, dont la création a été portée à bout de bras par Ambroise Croizat et la CGT (deux camarades résistants de la fédération de la chimie Andréjean et Pascré) a fonctionné « à prestations définies » jusqu'en 1994.

Même chose pour les régimes ARRCO. Relevons au passage que l'AGIRC et l'ARRCO, en dépit des accords signés entre 1993 et aujourd'hui, ne sont pas des régimes « à cotisations définies ». Il est toujours possible d'augmenter les cotisations, ce que les organisations syndicales de salariés ne manquent pas de revendiquer à chaque ouverture de négociation et il y est impossible de diminuer le montant des pensions liquidées, ce que le Medef a tenté de faire en 1994 et ce qui a été sanctionné par la Cour de Cassation en 1999. AGIRC et ARRCO rentrent donc dans la catégorie des régimes « à cotisations négociées ».

3. Où se trouvent les promoteurs et les adversaires d'un système à cotisations définies :

Les promoteurs :

- à l'UMP, au Medef sans réserve ;
- au gouvernement pour ceux qui partagent la sensibilité de Marisol Touraine ;
- dans certains courants du parti socialiste tandis que d'autres y sont résolument opposés ;

- dans l'état-major de la CFDT, les militants éloignés du dossier des retraites ayant tendance à opérer par délégation de pouvoir envers leur direction confédérale, sont pour un trop grand nombre d'entre eux dans l'ignorance des enjeux. Le travail d'information sera donc primordial.

Enfin un certain nombre de cercles de réflexion (think tank) et de groupes de pression font un gros travail de lobbying : Le Siècle, l'Institut Montaigne, Terra Nova, l'iFRAP, l'UMR...

Où sont les adversaires des systèmes « à cotisations définies » ? Ils sont à la CGT, à la CFE-CGC, du côté de Solidaires ; mais aussi, au moins pour le moment, du côté de FO et de la CFTC sachant que le passé a montré que leurs positions sont susceptibles d'évoluer.

4. Comment s'opère la promotion de la refonte du système en France

Elle passe par un changement « de paradigme » c'est-à-dire par un changement du vocabulaire pour décrire les besoins et les attentes vis-à-vis du système retraite. Ce changement s'observe tant dans la rédaction de l'article 16 de la réforme de novembre 2010 que dans la feuille de route issue de la conférence sociale des 9 et 10 juillet.

Très emblématique de **ce nouveau lexical est la notion d'équité** qui tend à se substituer à la notion de solidarité ; cette notion est apparue en 2006 (colloque du COR). Elle participe de l'idée qu'il est équitable que chaque génération récupère au cours de la retraite le total des cotisations versées et rien de plus. Une rente viagère est donc équitable. Une pension de retraite pensée comme la continuité du salaire pour garantir la continuité du niveau de vie n'est pas équitable. Les mécanismes de solidarité ne le sont pas non plus.

La pérennisation de la répartition n'est pas non plus un objectif en soi : les comptes notionnels pérennisent la répartition en organisant un effondrement des taux de remplacement

L'idéologie du gagnant et du perdant, sauf qu'il n'y a que des perdants ; Thomas Piketty et Antoine Bozzio développent une argumentation douteuse en ce qu'elle joue sur la division du salariat, qui tend à dire que leur système favoriserait les carrières « planes » c'est-à-dire les carrières les plus modestes. L'affirmation est assortie d'une démonstration qui s'avère totalement inconsistante.

La stigmatisation de groupes sociaux que les tenants de la refonte du système s'ingénient à opposer les uns aux autres sur la base de considérants erronés ;

La disparition de la notion de taux de remplacement du salaire par la retraite, qui devient un objectif explicite revendiqué par exemple par le Think-tank Économies et Générations, selon le propos même de l'un de ses membres Antoine Delarue : il faut tester la généralisation d'une retraite par points « qui ferait disparaître les sacro-saintes notions de taux plein et de taux de remplacement ».

5. Les grandes manœuvres ont commencé

C'est tout le battage médiatique, organisé par le Medef, autour de l'épuisement des réserves de précaution des régimes AGIRC et ARRCO qui préfigurerait la faillite des régimes complémentaires. Il s'agit d'abord de préparer les esprits à des reculs majeurs sur le niveau des droits à retraite liquidés ou en cours de constitution sous prétexte de sauvegarder la retraite complémentaire. Il s'agit ensuite de fusionner AGIRC et ARRCO pour mettre en place un régime complémentaire unique qui fonctionnerait « à cotisations définies ».

Le Medef voit autour de cette opération l'occasion d'en finir avec le statut cadre et l'un de ses piliers, l'AGIRC qui est aujourd'hui la seule reconnaissance interprofessionnelle et opposable du statut cadre. L'enjeu à terme est de faire exercer aux cadres et assimilés leurs responsabilités tout en les rémunérant comme des employés ce qui permettra de payer les ouvriers et employés comme des précaires. Toutes les grilles conventionnelles de salaire s'en trouveraient remaniées. De surcroît, l'encadrement se verrait renvoyer à la capitalisation pour se financer un espoir de revenu à la retraite... La disparition de l'AGIRC, comme l'a été sa création, est tout sauf une affaire catégorielle. Derrière sa disparition, il y a un effet domino très largement sous-estimé.

Conclusion

Le modèle suédois est en train de s'effondrer. La ligne de clivage entre socio-démocrates et conservateurs passe aujourd'hui en Suède par la question des retraites. Conscients de cela, les partisans des systèmes à cotisations définies font de moins en moins référence à la Suède pour se référer plus volontiers à nos systèmes par points. Ils oublient de dire que AGIRC et ARRCO sont construits pour fonctionner à prestations définies et que ce n'est surtout pas ce qu'ils ont l'intention de faire puisque leur modèle c'est en vérité le RAFF.

Nous nous devons de dire au grand public ce qu'est un système à cotisations définies et nous pourrions gagner la bataille de 2013 si nous faisons une campagne de communication efficace.

Analyse critique du rapport Milon 2012

Par Serge Klopp

Un rapport pour le moins ambigu et contradictoire qui nécessite l'intervention des forces progressistes pour trancher dans le bon sens...

En décembre 2012 est paru le rapport Millon établi dans le cadre de la commission des affaires sociales du Sénat. Enfin un rapport qui semble vouloir remettre sur ses pieds la psychiatrie française! En effet il propose de revenir à une conception de la psychiatrie, resserrée autour des pathologies mentales, au lieu de la diluer dans la santé mentale. De plus, en proposant une conception du soin centrée sur la prise en charge de personnes et non le traitement de symptômes ou de troubles, il renoue par là avec l'approche psychodynamique et ce que l'on a nommé historiquement la psychiatrie à la française – par opposition à la psychiatrie anglo-saxonne. Mais pour y arriver il propose d'appliquer les propositions de tous les rapports précédents que nous avons combattus. Ce qui aboutirait à l'inverse de ce qu'il affirme en attendre!

Ainsi, ce rapport propose d'être plus prudent dans l'annonce des diagnostics. Il montre que le DSM⁽¹⁾ qui a été inventé pour rompre avec cette approche psychodynamique et que l'apport de la psychanalyse est de plus en plus contesté. La critique fondamentale est que l'évolution des critères diagnostics et la catégorisation des maladies seraient moins liées aux connaissances scientifiques qu'aux offres de traitement de l'industrie pharmaceutique.

Concernant les traitements chimiothérapiques il rappelle que de nombreux médicaments ont un effet clinique à peu près équivalent au placebo. Le rapport bénéfice/risque des médicaments psychiatriques devient défavorable. Si les nouveaux médicaments ont des effets secondaires moins importants à faible dose, ils ont des effets secondaires plus graves sur le plan métabolique et cardiaque! Une étude américaine montre que malgré le boom de ces traitements, ils n'ont eu aucun impact significatif sur la morbidité.

De même il souligne (en gras dans le texte!) que l'origine neurologique qui sous tend l'approche anglo-saxonne contemporaine (qui est prépondérante dans la

littérature) est remise en question car aucune causalité n'a pu être établie. Et que par ailleurs, les théories psychiatriques fondées sur la biologie ont, par le passé, été répudiées faute d'assises scientifiques suffisantes. Concluant qu'incontestablement, les dérives de pratiques psychiatriques renforcent l'intérêt des prises en charge non physiquement invasive et donc de la psychanalyse.

La définition de la psychiatrie comme thérapie de l'être et non d'un organe a empêché la focalisation exclusive sur la neurobiologie.

La pédopsychiatrie s'est longtemps caractérisée par la volonté de ne pas fixer un diagnostic sur l'état d'un enfant et de ne pas commencer un traitement médicamenteux trop tôt, préférant la classification française au DSM. L'utilisation de la grille du DSM peut aller jusqu'à multiplier par 200 le nombre de diagnostics d'autisme! Or, dans les centres de références autisme qui se mettent en place, la référence au DSM est quasi la seule autorisée. Et les techniques de soins préconisées y sont de plus en plus de type TCC (techniques cognitivo comportementales) associées à la chimiothérapie. L'apport de la psychanalyse y étant pratiquement interdit. C'est-à-dire l'inverse des conclusions ci-dessus. Tout cela au nom de la qualité des soins, des bonnes pratiques sous le couvert de l'H.A.S.

Mais par ailleurs, selon ce rapport, l'autisme, comme les troubles envahissants du développement et l'anorexie, ne relèveraient plus du champ de la psychiatrie. On voit là l'effet du lobby de certaines associations qui défendent ces techniques, qui si elles ont des effets sur le comportement, ne traitent pas la cause et surtout que dans certaines formes d'autisme dite de haut niveau.

Fort heureusement, la pédopsychiatrie n'a pas entériné cette affirmation et continue à prendre en charge ces pathologies, avec des approches pluri disciplinaires car sinon que deviendraient tous ces enfants? Particulièrement ceux qui ne sont pas de haut niveau.

Pour réaliser ses objectifs le rapport préconise l'inverse de ce qu'il souhaite. Puisque s'il déplore un poids encore trop important des approches théoriques concurrentes, il propose de développer les bonnes pratiques, fondées sur la recherche et l'E.B.M⁽²⁾. Or les recherches universitaires sont quasi uniquement basées sur les orientations des

¹ Guide de classification diagnostic élaboré aux États Unis et qui tend sous l'influence conjuguée, de la littérature « scientifique » anglo-saxonne et des lobbys pharmaceutiques, à devenir la seule classification reconnue sur le plan international comme en France.

² Médecine basée sur les preuves.

neurosciences et des TCC, alors qu'on vient de démontrer qu'elles n'ont pas fait leur preuve.

Les autres recherches ne sont pas validées parce qu'elles refusent de soumettre leur démarche aux critères de l'EBM d'acceptation des grandes revues anglo-saxonnes. Il s'agit notamment d'études portant sur des monographies et non sur des cohortes. Si l'EBM avait existé en leur époque ni Galilée, ni Freud, ni Einstein n'aurait jamais pu développer leurs découvertes. Ainsi encore une fois si l'on préconise de ne considérer comme valides que les théories issues de l'EBM on ne va encore une fois que reconnaître les neurosciences et les TCC.

Le rapport préconise alors de s'appuyer sur l'HAS et les conférences de consensus, censées refléter l'expérience des soignants. Mais la méthodologie y fait une large part à côté de l'expérience de terrain à l'EBM. Ce qui a conduit l'HAS à remettre en cause la technique du « packing » et la référence à la psychothérapie institutionnelle. Cette dernière étant un mouvement défendant exactement les mêmes objectifs que ceux énoncés dans ce rapport!

Concernant le secteur il rappelle son importance, notamment dans sa conception d'articulation de « proximité, continuité, et cohérence des soins, prévention, réinsertion, non stigmatisation ». Le rapport rappelle qu'à l'heure actuelle, avec la loi HPST, le secteur n'a plus de réalité légale. Il souligne également la nécessité d'améliorer l'articulation et la coopération entre le secteur et le médico-social. Ce qui permet de maintenir une continuité des soins, parallèlement à la continuité de la prise en charge.

Or, les rapports Cléry Mélin (2003) et Couty (2009) préconisaient au contraire un séquençage et une segmentation de la prise en charge. Les missions de la psychiatrie devant se limiter au dépistage des troubles et à l'instauration d'un traitement, ainsi qu'au traitement de la crise, puis de passer la main au généraliste pour le soin et éventuellement au médicosocial pour la prise en charge! De même que l'hospitalisation (selon Couty et le rapport Fourcade) ne devrait plus être sectorisée. Le patient nécessitant une hospitalisation étant orienté là où il y aurait de la place par un centre régional régulateur. La mise en œuvre des CHT devant accélérer ce mouvement de déssectorisation, ouvrant la porte du marché de l'hospitalisation au privé à but lucratif (Clinéa,...)

Ce qui permettrait de supprimer encore quelques centaines de lits et de postes soignants supplémentaires. Et de réaliser encore quelques millions d'euros d'économie.

Concernant l'amélioration de la formation des infirmiers, il préconise, là encore pour des raisons budgétaires, d'aller vers une spécialisation. Ceci permettrait de saupoudrer dans chaque équipe quelques postes d'infirmiers spécialisés, en maintenant une majorité d'infirmiers insuffisamment formés, obligeant les établissements à pallier un manque de formation initiale par la formation continue. Alors que c'est chaque soignant qui exerce en psychiatrie qui devrait avoir une formation lui permettant d'appréhender la réalité psychopathologique et la psychodynamique des patients. La solution passe par une formation en chandelier avec un tronc commun puis le choix d'une option (médecine générale, psychiatrie, santé publique...) pour tous les IDE.

On le voit cette question des moyens est centrale et semble bien être une des raisons pour lesquelles ce rapport ne met pas en rapport ce qu'il préconise avec les moyens appropriés.

Puisque lorsqu'il aborde cette question des moyens, il n'envisage de les augmenter qu'en ce qui concerne l'amélioration des locaux. Ceci laisse à supposer que lorsqu'il dit nécessaire de mettre en adéquation les moyens de la psychiatrie avec ses missions, on peut se demander s'il envisage d'y arriver en augmentant les moyens (particulièrement humains en nombre et en qualification). C'est ce qu'attendent tous les acteurs que ce soit les familles, les soignants que les patients eux-mêmes. Ou est-ce en réduisant ses missions? C'est cette dernière option qui serait retenue si on appliquait les recommandations des rapports précédents. Mais ne retrouve-t-on pas là, comme le souligne le communiqué du SPH l'influence du lobbying de FondaMental⁽³⁾?

³ L'association FondaMental dont il est administrateur, vise à promouvoir à la fois la « santé mentale positive » et le développement d'une psychiatrie essentiellement centrée sur les neurosciences et les thérapies comportementales, fortement opposée à l'approche psychodynamique, elle s'inscrit dans le lobbying visant à faire interdire l'apport de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle. On comprend pourquoi il a du mal à suivre l'état des lieux qu'il fait pourtant lui-même. Il est à noter que FondaMental a été auditionnée dans le cadre de ce rapport ainsi que plusieurs de ses membres.

Les vœux de 2013 du nouveau rapport Milon pour la psychiatrie

Communiqué du 8 janvier 2013 du Syndicat des psychiatres des Hôpitaux

Fin décembre, la commission des affaires sociales du Sénat a décidé de se pencher sur la psychiatrie. De quoi faire espérer à la discipline une meilleure année 2013 que les millésimes antérieurs qui ont conduit, contre l'avis de la majorité des usagers et des professionnels, à la réforme des soins sans consentement de 2011.

Espoir qu'il faut immédiatement pondérer lorsqu'on se souvient, comme le rappelle lui-même le sénateur Milon, que ce nouveau rapport « *sur la prise en charge psychiatrique des personnes souffrant de troubles mentaux* » a été précédé d'une vingtaine d'autres au cours des dix dernières années, restés en très grande partie dans les tiroirs. On peut s'interroger sur l'impact qu'auront ses 11 nouvelles propositions sénatoriales dans les votes parlementaires, alors qu'une autre mission d'information sur « *la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » installée cette fois par l'Assemblée nationale a annoncé le même jour son programme de travail. Si on veut bien se réjouir de tant de sollicitude pour la psychiatrie, on est en droit d'attendre de ces missions parlementaires sur le même sujet, un minimum de coordination.

Or on note que le sénateur Milon, bien que penché sur la prise en charge psychiatrique, ne traite pas dans son nouveau rapport de l'application polémique et récente de la loi du 5 juillet 2011, dont pourtant le gouvernement devra se soucier pour répondre à la dernière décision du Conseil Constitutionnel qui l'obligera au minimum à modifier plusieurs articles avant octobre 2013. Et on constate avec consternation que tout le champ de la psychiatrie médico-légale et en milieu pénitentiaire n'y est pas même évoqué, comme si ces questions pouvaient être évacuées de celles des impératifs de santé publique.

En comparaison de son précédent rapport dont il avait été chargé en 2009 par l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé, le rapporteur se garde cette fois de donner une image des soins psychiatriques catastrophique. Il va même jusqu'à souligner les qualités d'une psychiatrie française restée axée vers une « *thérapie de l'être* » et plus nuancée que celle des Anglo-Saxons. Mais il n'abandonne pas pour

autant son analyse selon laquelle la psychiatrie souffrirait d'abord d'être repliée sur elle-même, insuffisante à développer les réseaux de soins et coupée selon lui des autres spécialités médicales comme l'indiquerait la mauvaise qualité de prise charge somatique des malades mentaux.

Persévérant sur ce sujet de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques, la responsabilité de son insuffisance est singulièrement (et paradoxalement s'il s'agit de décroïsonner) imputée à la psychiatrie : est-il prévu un rapport parlementaire pour analyser la qualité de prise en charge des troubles psychiques en services de soins somatiques ?

La critique récurrente du cloïsonnement de la psychiatrie est affirmée sans approfondissement, laissant spéculer qu'il s'agit d'une démarche volontaire des professionnels. On voit là se jouer une nouvelle fois les amalgames et les mauvaises interprétations de nos tutelles, selon lesquelles la permanence de revendications professionnelles pour que soient reconnues les spécificités de la psychiatrie dans la planification sanitaire, conduit nécessairement à l'isolement délétère pour les patients.

Quant aux « *réseaux de soins* », brandis en 3^e proposition comme solutions à tous les cloïsonnements, on reste quand même sur sa faim d'en trouver une définition éclairante, qui expliquerait en quoi le secteur, dont les qualités sont répétées par ailleurs (proximité, continuité, cohérence des soins, prévention et réinsertion), peinerait à y parvenir. De là à imaginer qu'après les GLC du rapport Couty, la commission parlementaire cherche dans les réseaux de soins en psychiatrie, le nouveau Graal d'alternative au secteur plutôt que son complément, il y a peu : c'est bien le trou noir de ce rapport qui soulignant la disparition du cadre juridique du secteur n'en esquisse aucune correction dans ses propositions.

Soumis peut-être à la même ambiguïté et influencé par sa proximité avec l'association FondaMental dont il est administrateur, le sénateur en viendrait à contredire sa critique introductive sur l'excès des théories neurologiques pour expliquer les troubles

mentaux, puisqu'il regrette ensuite la disparition des neuropsychiatres, vante les avancées de la recherche de FondaMental sur la place de la vitamine D dans la schizophrénie et allègue de « l'erreur manifeste » des psychiatres ayant utilisé la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme. Certains excès de la psychiatrie biologique, l'influence marchande de l'industrie pharmaceutique dans la redéfinition des pathologies, les conséquences dommageables pour la santé publique d'une médicalisation trop prononcée de la psychiatrie sont alors vite oubliés dans cet état des lieux.

Roger Gentis pouvait bien affirmer que « *la psychiatrie doit être faite et défaitte par tous* », il serait temps que les rapports parlementaires cessent de traiter la psychiatrie par le petit bout de la lorgnette et tirent les enseignements de ce que la Cour des Comptes soulignait dans son bilan du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 : depuis la circulaire de 1960 sur le secteur, les réformes sanitaires dont la loi HPST n'est pas la moindre ont toutes lissé les spécificités de la psychiatrie en diluant son organisation dans le système général, jusqu'à faire disparaître du Code de la Santé Publique son outil de soins que constitue la sectorisation psychiatrique, à laquelle font référence pourtant tous les intervenants, sans autre modèle alternatif cohérent pour assurer les principes toujours valorisés de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

La supposée résistance des professionnels aux changements n'a pas empêché le précédent gouvernement de mettre en œuvre la réforme très contestée des soins psychiatriques sans consentement, ni la loi HPST de s'appliquer à la psychiatrie comme aux autres disciplines, en dépit des annonces du rapport Larcher, signe de la volonté politique de ne pas tenir compte des spécificités de la psychiatrie pourtant réelles en matière d'organisation territoriale, d'outils d'évaluation, de mode de financement, de la place des soins sans consentement au regard des missions de santé publique, des relations avec la justice, etc.

Plutôt que d'égratigner les professionnels sur leurs divergences théoriques supposées assez puissantes pour expliquer l'absence d'avancée de la politique de santé mentale, il serait temps d'engager un vrai chantier de politique publique sur le sujet, englobant tous les domaines sanitaires et juridiques dans lesquels il est fait appel à la psychiatrie.

On peut remercier le sénateur Milon de considérer que les troubles psychiques et leurs soins méritent d'être hissés à hauteur des enjeux majeurs de santé publique, puisqu'il propose de les faire figurer dans la prochaine loi de santé publique annoncée. Mais leur importance n'est pourtant pas suffisante à ses yeux pour que la santé mentale fasse l'objet d'une loi d'orientation spécifique, sans doute parce qu'il se refuse à reconnaître une spécificité à la psychiatrie.

Face à l'ambition affichée de faire de la psychiatrie française une médecine de pointe et au rappel de l'importance de l'organisation territoriale en psychiatrie, certaines propositions telles que la mise en place de « Case manager » non médecins ou le développement de réseaux de soins dans un rapport qui est dénué d'orientations législatives explicites, font alors figure de gadgets.

L'immense majorité des professionnels publics et privés restent attachés aux principes du secteur psychiatrique. Devant le doute manifeste exprimé quant à cette cohésion, la proposition n° 2 de mener une concertation nationale avec les praticiens et usagers pour « la prochaine loi sur l'accès aux soins », a plutôt des accents d'oraison funèbre pour le secteur, tant l'absence de fondement juridique est y soulignée sans que rien ne soit proposé pour y remédier.

Il serait pourtant raisonnable qu'en ce début d'année 2013, nos parlementaires chargés de missions envisagent bien l'avenir « du secteur », version Sénat, ou « de la psychiatrie » version Assemblée Nationale, plutôt que de presser son enterrement.

Troubles du spectre autistique : approches éducatives et développementales, approches psycho-dynamiques, ce n'est pas la guerre !

Par le D^r Catherine Doyen

*Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier,
Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent,
Centre Hospitalier Sainte Anne*

*« Enfant, j'ai joué à des jeux, les yeux bandés. À présent, je ressemble à l'enfant que j'étais.
Les yeux bandés, je cherche mon chemin à tâtons, sans savoir où je vais,
ni si je suis dans la bonne direction. Un jour quelqu'un ôtera ce bandeau. »*
M. Atwood, « *Captive* »

En dépit des recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé sur le diagnostic et la prise en charge des enfants présentant un trouble du spectre autistique (TSA), les conceptions théoriques du trouble restent empreintes de diversité, qui freine le développement de programmes thérapeutiques adaptés. Les familles qui comptent en leur sein un enfant présentant un tel trouble ont la perception d'être oubliées des pouvoirs publics et des professionnels de la santé mentale et revendiquent l'autonomie du choix de la prise en charge de leur enfant, choix qui tend à rompre avec la psychiatrie et notamment les représentants des approches psycho-dynamiques. L'opposition qui existe encore de façon marquée entre tenants des approches éducatives et cognitives et tenants des approches psycho-dynamiques, attisée par la souffrance des familles, favorise l'exposition à de nouveaux risques : la démedicalisation et l'iniquité dans les soins. Pour les parents, les politiques et les professionnels interrogatifs sur l'exercice de la psychiatrie dans le cadre des TSA, ou s'opposant sur un plan théorique, il nous semble important de rappeler les enjeux passés et actuels ainsi que l'état de l'art dans le domaine de ces troubles du développement.

Les enjeux passés : la nature historique du soin en psychiatrie de l'enfant

La prise en charge des enfants en psychiatrie date de la seconde moitié du XVIII^e siècle avec l'hospitalisation des « *idiots* » et des « *dégénérés* »⁽⁴⁾ dans les deux grands

hôpitaux que sont Bicêtre et la Pitié Salpêtrière. À l'instar de ce qui est réalisé pour les adultes depuis la promulgation de la loi de 1838, l'hôpital propose un hébergement pour les personnes les plus fragiles, en l'occurrence ici les enfants présentant un déficit intellectuel et à partir du XIX^e siècle, la prise en charge hospitalière va s'inscrire dans le registre de l'éducation et de la pédagogie sous l'impulsion de Jean Itard qui prône le changement de condition des « *idiots* ». Persuadé que des modifications d'environnement et de stimulation suffisent à améliorer ces enfants, il connaîtra néanmoins l'échec dans le traitement de Victor, l'enfant sauvage, qui présentait des signes de trouble du spectre autistique : c'est l'échec de la « *sublime tentative* ». L'idée d'un traitement éducatif est donc présente dès les prémices des soins en psychiatrie de l'enfant même si ses modalités sont balbutiantes. Puis au tout début du XX^e siècle, la psychiatrie s'intéresse à l'évaluation des enfants ayant un déficit intellectuel et Alfred Binet va promouvoir le développement de la « *mesure* » des compétences intellectuelles en créant des tests destinés à quantifier les aptitudes cognitives. À partir de la seconde moitié du XX^e siècle, Julian de Ajuriaguerra, partisan de l'objectivité expérimentale, développera la « *biopsychopathologie* », l'étude des troubles psychomoteurs, la continuité théorique de ses travaux étant assurée plus tard par Jean Bergès.

Mais en parallèle de ce courant au sein duquel les psychiatres éduquent et mesurent, Sigmund Freud va montrer l'importance de l'environnement dans la genèse de nombre de troubles psychiatriques du registre affectif, et pointer du doigt l'éducation, garante d'une morale interdicitrice mais génératrice de névroses. Sigmund Freud récuse alors le « *dressage* » et la psychanalyse va enseigner à

⁴ Les termes « *idiots* » et « *dégénérés* » sont les termes consacrés de l'époque et ne sont plus usités de nos jours dans les classifications diagnostiques des troubles mentaux

dispenser « *moins d'éducation* ». Cette œuvre Freudienne reconnue comme acte de naissance de la psychiatrie infantile par nombre d'auteurs, repose sur l'étude de cas uniques et le concept de transfert qui ne peuvent, a priori, avoir de mesures objectives à la différence des mesures de l'intelligence prônées par Alfred Binet. L'empreinte de ce mouvement psychanalytique en psychiatrie de l'enfant va être à l'origine de la réticence des psychiatres d'enfants à « *mesurer* » le développement par crainte de figer l'évolution des troubles de façon péjorative. Prônant ainsi un processus thérapeutique « *psychodynamique* », en opposition à une conception « *fixiste* » et non évolutive ils ne concèdent pas d'intérêt à la mesure. Il en est de même pour la démarche diagnostique, considérée comme fixiste, elle est écartée de la pensée psychanalytique, toujours sous-tendue par l'espoir d'une évolution positive voire d'une guérison de l'enfant. Pourtant, quelques rares travaux et recherches, menés ultérieurement dans le cadre des psychothérapies psycho-dynamiques vont suggérer que l'étude expérimentale et la connaissance des phénomènes inconscients sont possibles grâce aussi au recueil de données quantitatives et donc chiffrées.

Au final, historiquement en France, les enfants présentant des troubles du développement, c'est ainsi que nous pouvons les appeler aujourd'hui, ont été l'objet d'interventions pédagogiques, éducatives et d'évaluations quantifiées. Puis, par souci de relancer un processus de développement entravé, et appliquées par des professionnels soucieux, rappelons-le, de respecter le principe éthique de « *bienfaisance* », les approches psycho-dynamiques vont s'imposer dans le champ des prises en charge du trouble autistique, avec leurs intérêts mais aussi leurs limites qui vont se dévoiler plus tard.

Les enjeux actuels : le processus de soin et les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Médecin et Professeur associé à la Harvard Business School, Richard M.J. Bohmer, un économiste, décrit la nature du soin comme un « *processus de résolution de problème* » qui se trouve au croisement du corpus de connaissances médicales mis à notre disposition et de l'histoire du patient, c'est-à-dire non seulement sa santé mais son environnement, sa personnalité etc.⁽⁵⁾. Par cette définition qui place le sujet au cœur du processus thérapeutique, l'auteur rejoint les conceptions psycho-dynamiques selon lesquelles par exemple, « *l'homme est un être historique et n'a rien de définitif* »⁽⁶⁾. R.M.J. Bohmer nous apprend aussi que le processus de soin est histo-

rique et universel, décrit dans des textes anciens et qu'il comprend quatre phases : la phase de diagnostic, la phase de choix du traitement, la phase de l'exécution du traitement et la phase de surveillance après le traitement. Et qu'il soit somatique ou psychiatrique celui-ci est marqué par une incertitude relative. La psychiatrie est un domaine où la connaissance médicale est marquée de beaucoup d'incertitude alors que d'autres domaines comme l'endocrinologie et le diabète par exemple, sont à un stade beaucoup plus avancé de connaissances et donc de contrôle du trouble. Le processus de soin en psychiatrie est donc comme le suggère la lecture de cet auteur un processus expérimental, incertain et de fait évolutif et dynamique ce que revendiquent d'être aussi les approches psycho-dynamiques. Faire le choix de considérer la prise en charge en psychiatrie des enfants présentant un trouble du spectre autistique comme un processus est donc cohérent et répond au caractère non « *fixiste* » attendu par ces psychothérapeutes. Dès lors, en écho à cette conception du soin, la Haute Autorité de Santé va développer la réflexion autour du « *processus de soin* » dans les TSA : prenant fait des nouvelles connaissances médicales et scientifiques dans ce champ grâce à l'apport des neurosciences et de « *l'Évidence Based Medicine* » (encore appelée médecine par la preuve) et tenant compte du sujet et de son environnement, des recommandations vont être prodiguées pour optimiser le processus de soin. En psychiatrie de l'enfant, cette approche dans les TSA est pionnière et sur les 87 recommandations de bonnes pratiques publiées par l'HAS, les recommandations pour le diagnostic de l'autisme de 2005 constituent le premier référentiel de ce type. Cette approche qui valorise un « *processus de soin* » médicalisé est renforcée par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 qui ne reconnaît plus qu'une seule mission de santé publique spécifique à la psychiatrie, celle de l'hospitalisation sans consentement et énonce 13 autres missions de service public qui confèrent à la psychiatrie un statut de « *médecine comme les autres* ». Les enfants bénéficiant de soins en psychiatrie doivent être traités « *comme les autres enfants* » présentant des troubles somatiques et de fait, les référentiels appellent à considérer le soin en psychiatrie de la même façon que le soin en pédiatrie avec le souci d'une qualité de soin homogène et équitable.

Dans ce contexte, trois publications majeures de l'HAS marquent désormais le parcours des enfants présentant un trouble du spectre autistique et celui de leurs familles⁽⁷⁾ :

- Les recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, publiées par la Fédération Française de Psychiatrie en partenariat avec l'HAS, juin 2005

⁵ Bohmer R.M.J. : Designing care-Aligning the nature and management of health care. Harvard Business Press, Boston, Massachusetts, 2009, 261p

⁶ Corcos M. : L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique, Eds Albin Michel, Paris, 2011

⁷ Ces documents sont consultables sur le site www.has-sante.fr

- Autisme et autres troubles envahissants du développement: État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale, HAS, janvier 2010
- Autisme et autres troubles envahissants du développement; Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, Méthode recommandations par consensus formalisé, mars 2012

Ces recommandations soulignent l'avancée des connaissances dans les troubles du spectre autistique dans son (ou ses) étiologie(s), dans ses modalités diagnostiques et enfin dans ses modalités de prise en charge.

État de l'art dans le domaine des troubles du spectre autistique

L'étiologie des troubles du spectre autistique

Bien que la psychiatrie soit à un stade de développement des connaissances encore « *empreint d'incertitude* », nous savons que les troubles du spectre autistique sont des troubles d'origine neuro-développementale et nous connaissons certaines variables associées à leur expression :

1) C'est un trouble qui témoigne d'origines génétiques

La validité de cette hypothèse est portée par les résultats d'études de jumeaux puisque la concordance chez les jumeaux monozygotes est élevée: chez deux enfants jumeaux homozygotes, partageant le même patrimoine génétique, si l'un d'eux présente un trouble autistique alors l'autre jumeau présentera lui-même un trouble du spectre autistique avec une fréquence estimée entre 36 % et 96 %. Chez des enfants jumeaux hétérozygotes, qui ne partagent pas le même patrimoine génétique, la concordance n'est plus que de 4 à 6 %. Nous savons aussi que dans une fratrie si l'un des enfants présente un trouble autistique alors le risque que les autres enfants présentent le même trouble est également de cet ordre ce qui est supérieur à la prévalence du trouble en population générale estimée aux environs de 2 à 16 pour 10 000. Nous savons également que le trouble autistique peut être associé à des pathologies liées à une anomalie génétique: syndrome du X fragile, sclérose tubéreuse de Bourneville ou erreurs innées du métabolisme. Les hypothèses des scientifiques les plus récentes sur l'origine génétique des troubles du spectre autistique et ses liens avec le développement cérébral sont que les « *voies synaptiques* » de l'enfant présentant un TSA sont altérées. Les synapses qui sont les jonctions entre les neurones et qui permettent le transfert d'informations en libérant des neurotransmetteurs vers des récepteurs localisés présenteraient des anomalies es-

sentiellement en lien avec les neuroligines et les protéines « *d'échafaudage* » du cerveau.

L'épigénétique, c'est-à-dire la connaissance de l'impact de l'environnement sur le patrimoine génétique prend aussi désormais une place importante dans les études sur le développement du trouble: protéger la grossesse, protéger des infections, protéger les liens parents-enfants... sont des facteurs susceptibles d'impacter le développement des troubles du spectre autistique par action sur le patrimoine génétique.

2) C'est un trouble qui témoigne de la vulnérabilité du système nerveux central

Nous disposons de témoignages de la vulnérabilité du système nerveux central chez les enfants présentant un TSA: il existe des anomalies fonctionnelles repérées par l'électrophysiologie notamment l'électro-encéphalographie (EEG) et les potentiels évoqués auditifs (PEA). Environ 25 % des enfants avec TSA souffrent de comitialité, un plus grand nombre d'entre eux encore présente des anomalies à l'EEG et les PEA sont perturbés chez un tiers de ces enfants.

Dès ses premières descriptions, Léo Kanner a constaté l'existence d'une macrocéphalie chez les enfants présentant un TSA et de fait des augmentations du périmètre crânien (PC) sont observées chez ces enfants. Sur un plan anatomoclinique pour les chercheurs, lorsque cette augmentation du PC existe, celle-ci correspondrait à une augmentation de la masse cérébrale et plus précisément de la substance blanche et de la substance grise. L'augmentation de la substance blanche a été observée de façon prédominante au niveau du lobe frontal et l'hypothèse a été faite que cet excès de croissance de la substance blanche, observée préférentiellement dans cette zone mais aussi dans les zones temporales et limbiques (notamment dans l'amygdale) pouvait être à l'origine des signes d'autisme. Cette augmentation a initialement été interprétée comme la conséquence d'un déficit d'élimination de neurones surnuméraires et correspondrait peut-être cliniquement aux hyperfonctions de certains sujets autistes notamment dans le domaine de la mémoire.

Sur le plan des structures cérébrales, la dilatation de la corne temporale gauche du ventricule latéral et d'autres anomalies morphologiques sont décrites. Ces dernières concernent l'amygdale antérieure; le corps calleux; la substance blanche et grise. En 2009, une étude a porté sur l'imagerie cérébrale réalisée au sein d'une cohorte de 77 enfants autistes, âgés en moyenne de 7 ans ± 4,2, et qui a révélé des anomalies pour 40 % d'entre eux dont 27,5 % d'anomalies du signal de la substance blanche; 17,4 % de dilatations sévères des espaces de Virchow-Robin et 29 %

d'anomalies structurelles du lobe temporal, ces anomalies n'existant pas dans un groupe contrôle⁽⁸⁾.

Au final, l'imagerie cérébrale morphologique chez les sujets ayant un TSA est à ce jour en faveur d'anomalies de volume de la substance blanche et de la substance grise, d'anomalies temporales et c'est la qualité de la « connectivité » neuronale qui serait en cause dans l'autisme.

3) C'est un trouble qui témoigne de perturbations du fonctionnement cognitif

C'est avec la neuro-imagerie et le développement des sciences cognitives que les chercheurs ont mis en exergue des perturbations fonctionnelles du système nerveux central chez les sujets présentant un TSA, même si la communauté scientifique s'accorde à interpréter ces résultats avec prudence du fait de la variabilité de la sensibilité et de la spécificité de certains d'entre eux.

L'étude de la réalisation d'un certain nombre de tâches cognitives en imagerie a conduit des chercheurs à développer le concept de « cerveau social » qui pour eux se compose de quatre structures : le cortex frontal, le sillon temporal supérieur, le gyrus fusiforme et les régions temporales internes péri-amygdaliennes. Ainsi, dans les TSA le fonctionnement de ces structures serait altéré ce qui serait à l'origine des difficultés des sujets dans leur représentation mentale du monde environnant. L'accent est mis sur les structures cérébrales associées au développement d'une bonne théorie de l'esprit et de l'empathie (c'est-à-dire avoir une représentation des émotions et pensées d'autrui) ou au développement de fonctions exécutives performantes (la mémoire, la planification, l'attention, la flexibilité mentale) ce qui incite à développer autour de ses enfants un environnement qui favorise la juste stimulation⁽⁹⁾.

La prise en charge des troubles du spectre autistique

La Haute Autorité de Santé par ses recommandations incite à évaluer les enfants présentant un TSA sur un plan médical et fonctionnel afin d'établir un programme personnalisé d'intervention.

1) C'est un trouble qui nécessite non pas un mais des projets personnalisés d'intervention au cours de la vie.

Nous l'avons vu précédemment, historiquement la France a porté un intérêt aux enfants présentant des

troubles du développement selon une perspective initialement éducative puis psychodynamique. L'une n'étant pas exclusive de l'autre puisque les recommandations de l'HAS nous rappellent qu'« aucune approche éducative ou thérapeutique ne peut prétendre restaurer un fonctionnement normal, ni même améliorer le fonctionnement et la participation de la totalité des enfants/adolescents avec TED ». Si la pierre angulaire des prises en charge de ces enfants est sans conteste l'approche éducative et développementale, un sujet présentant un TSA va connaître un parcours de vie qui nécessitera un accompagnement long, qui l'amènera à être confronté à différentes approches, alternative ou complémentaire, mais jamais figées. Aussi si les nouvelles approches éducatives et développementales, dont l'efficacité repose sur le postulat de la plasticité cérébrale, améliorent le fonctionnement de ces sujets, des études chez des sujets devenus adultes témoignent de la nécessité d'élargir le champ de l'arsenal thérapeutique éducatif. Ainsi, les chercheurs⁽¹⁰⁾ nous apprennent que ces approches peuvent avoir une limite dans le temps car les « apprentissages » grâce à celles-ci peuvent atteindre des paliers vers l'âge de 30 ans ; qu'il est nécessaire de les accompagner dans leur vieillissement et leurs troubles somatiques car la mortalité de ces sujets devenus adultes est marquée par les problèmes neurologiques, cardiaques ou encore le suicide et enfin qu'il est important de ne pas oublier que ces sujets pourront aussi souffrir de troubles émotionnels tels que l'anxiété ou la dépression et que pour certains d'entre eux le recours à des approches psychodynamiques reprend tout son sens. Ainsi n'est-il pas exclu que des approches psychodynamiques soient proposées à certains moments d'évolution de ces sujets, de façon complémentaire tout comme des approches plus médicales et qu'au final les sujets qui présentent un TSA ne devront pas bénéficier d'un seul projet personnalisé d'intervention mais de plusieurs projets personnalisés d'intervention.

2) C'est un trouble qui nécessite une évaluation diagnostique et fonctionnelle.

Le diagnostic de l'autisme est avant tout clinique mais l'évaluation permet de structurer les observations complémentaires selon un modèle théorique (par exemple développemental, neurocognitif, comportemental ou éducatif) qui oriente les prises en charge. Les résultats obtenus permettent une comparaison avec les résultats observés au sein de populations d'enfants qui présentent un développement sans anomalies et l'analyse quantitative permet d'illustrer auprès des parents les difficultés de leur enfant. Les résultats obtenus à l'aide des outils

⁸ Boddaert N., Zilbovicius M., Philippe A., Robel L., Bourgeois M., Barthélemy C., Seidenwurm D., Meresse I., Laurier L., Desguerre I., Bahi-Buisson N., Brunelle F., Munnich A., Samson Y., Mouren M.C., Chabanne N. MRI findings in 77 children with non-syndromic autistic disorder, 2009, PLoS ONE, 4, 2:1-7

⁹ Doyen C. : L'apport des neurosciences et l'espoir de la plasticité cérébrale, In Regards périphériques sur l'autisme – Évaluer pour mieux accompagner, Collection Cahiers de Sainte Anne, Eds Lavoisier, Paris, 2012, 186p

¹⁰ Szatmari P., Charman T., Constantino J.N. : Into, and out of, the « Valley of death » : Research in autism spectrum disorders, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 51, 11 : 1108-1112

d'évaluation sont également utiles dans le suivi de la prise en charge car en s'appuyant sur les domaines de développement cognitif préservés, les professionnels aident l'enfant à améliorer son fonctionnement dans d'autres domaines. Ainsi l'indication à la mise en place d'un système alternatif de communication (comme le PECS, « *Picture Exchange Communication System* ») ou la méthode Makaton peut être posée si les tests de développement mettent en exergue la capacité de l'enfant à utiliser des supports visuels dans la communication.

Les principaux outils du *diagnostic clinique* et d'*évaluation du développement* qui sont recommandés par la Fédération Française de Psychiatrie et la Haute Autorité de la Santé sont⁽¹¹⁾ :

- **L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile** (CARS = Childhood Autism Rating Scale)
Cette échelle permet d'évaluer le nombre et l'intensité des traits autistiques en se basant sur des données comportementales. Elle est utilisée depuis 1971 pour observer et évaluer 14 domaines habituellement perturbés dans l'autisme.
- **L'entretien diagnostique pour l'autisme**, version révisée (ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised)
Cet outil de diagnostic est administré dans le cadre d'un entretien parental semi-structuré qui dure environ deux heures. Les questions posées se basent sur la description du comportement actuel du sujet ainsi que les traits qui sont survenus à l'âge de 4/5 ans dans trois domaines qui sont décrits comme perturbés dans l'autisme selon les critères de la CIM-10 : la qualité des interactions sociales, la communication et le langage et la présence d'intérêts restreints et de comportements stéréotypés.
- **Le schéma d'observation diagnostique de l'autisme** (ADOS: The Autism Diagnostic Observation Schedule).
Il s'agit d'un outil d'observation, composé de quatre modules qui correspondent à des niveaux de développement langagier différents. Son utilisation est appropriée à l'évaluation d'enfants à partir de 2 ans, d'adolescents et d'adultes présentant un niveau de développement qui se situe sur un continuum allant de l'absence totale de langage à la présence d'un langage complexe. Les observations portent sur la qualité de la communication, des interactions sociales réciproques, du jeu, des comportements stéréotypés et des intérêts restreints.
- **L'échelle de Vineland - Echelle d'Évaluation du Comportement Adaptatif**

Cette échelle évalue les capacités d'adaptation de l'enfant dans 4 domaines de fonctionnement socio-adaptatif: la communication, l'autonomie, la socialisation, la motricité. Les résultats de cette échelle sont utiles dans la planification des prises en charge car ils permettent l'identification de capacités émergentes qui peuvent être rapidement consolidées (ou acquises) et la définition d'objectifs qui feront partie d'un projet éducatif individualisé.

- **L'échelle de Brunet-Lézine Révisé**
L'échelle de Brunet-Lézine évalue le niveau de fonctionnement de l'enfant dans quatre domaines de développement psychomoteur différents: la posture, la coordination, le langage, la sociabilité. Les âges de développement obtenus dans ces quatre domaines permettent de calculer un âge de développement global et des quotients du développement.
- **La Batterie d'Évaluation du développement Cognitif et Social** (BECS)
La BECS est adaptée pour l'évaluation des sujets présentant un âge de développement dans les domaines de la cognition, du langage et/ou de la socialisation qui est inférieur à 24 mois. Il s'agit d'un outil d'évaluation qui est fondée sur une conception piagétienne du développement et qui permet d'analyser de manière détaillée le fonctionnement de l'enfant dans 16 domaines de développement cognitif et socio-émotionnel. Cet outil permet d'identifier les domaines de force que présente l'enfant, ses difficultés spécifiques et les compétences qui sont en cours d'acquisition. Les données peuvent être présentées en forme de graphique, ce qui permet au psychologue de visualiser les performances de l'enfant en termes de réussites et de capacités émergentes ainsi que l'homogénéité ou l'hétérogénéité de son développement.
- **Le Profil Psycho Éducatif Révisé** (PEP-R)
Le PEP-R est un outil d'évaluation constitué de matériel ludique et pédagogique qui est présenté à l'enfant au cours d'une séance de jeu structuré. À l'aide de cet outil, le niveau de développement global de l'enfant est évalué par rapport à l'âge de développement acquis dans sept domaines de fonctionnement: l'imitation, la perception, la motricité fine et la motricité globale, la coordination oculo-manuelle, la performance cognitive et la cognition verbale. C'est à partir de ces domaines en émergence et de l'analyse du type du profil du développement présenté qu'un projet thérapeutique individualisé peut être élaboré.

3) C'est un trouble qui nécessite des approches éducatives et développementales précoces.

Les recommandations de l'HAS mettent en avant la nécessité de réaliser un projet personnalisé d'interven-

¹¹ Kaye K.: L'évaluation psychométrique de jeunes enfants présentant des troubles du développement, In Regards périphériques sur l'autisme – Évaluer pour mieux accompagner, Collection Cahiers de Sainte Anne, Eds Lavoisier, Paris, 2012, 186p.

tion, qui tient compte de l'enfant, de ses parents et de sa fratrie. Ce projet personnalisé d'intervention repose sur une évaluation pluridisciplinaire qui s'intéresse à l'ensemble des domaines du développement de l'enfant : le développement affectif, cognitif et physique qui va déterminer les objectifs de la prise en charge.

Les objectifs des interventions sont de proposer à l'enfant et à sa famille un cadre relationnel sécurisant ; de favoriser le développement de l'enfant dans différents domaines fonctionnels ainsi que dans sa vie sociale et scolaire ; de développer son autonomie ainsi que ses apprentissages et ses compétences adaptatives. La réduction des obstacles environnementaux augmentant la situation de handicap et concourir au bien-être et à l'épanouissement de l'enfant sont des objectifs également mis en exergue.

Pour atteindre ces objectifs, il est recommandé de réaliser des interventions personnalisées, globales et coordonnées. Parmi les approches éducatives : l'analyse appliquée du comportement (ABA, « *Applied Behavior Analysis* ») ; le programme développemental dit de Denver (ESDM, « *Early Start Denver Model* ») et le programme « Traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication » dit TEACCH (« *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children* ») sont les approches éducatives qui ont témoigné de leur intérêt clinique dans la littérature scientifique pour diminuer l'impact du trouble sur le développement de l'enfant. Et plus ces interventions sont précoces, plus l'évolution est positive.

Les prises en charge intégratives, qui correspondent actuellement à un grand nombre de prises en charge proposées aux enfants en France, sont des programmes globaux d'interventions coordonnées et qui mettent en œuvre un travail indirect auprès des partenaires de l'enfant (informations, échanges) et un travail direct auprès de l'enfant lui permettant de découvrir et d'augmenter ses capacités dans les différents domaines de son développement. En l'absence d'études contrôlées, les experts n'ont pu juger de l'efficacité ou de la sécurité de ces prises en charge intégratives. Néanmoins, certaines, fondées sur une approche développementale sont jugées appropriées par accord d'experts.

Les autres interventions globales, par défaut de données valides issues de la littérature scientifique sont considérées soit « non consensuelles » (c'est le cas des approches psycho-dynamiques et de la psychothérapie institutionnelle) soit « non recommandées », ce qui est donc le cas de toutes les autres approches. Ces approches « non consensuelles » et « non recommandées » ne doivent pas être appliquées isolément.

Interventions complémentaires des approches éducatives

Communication et Langage

Techniques spécifiques qui associent les parents et qui peuvent utiliser des outils de communication alternative ou augmentée (par signe, image, pictogramme, écrit...)

Interactions sociales

Développement des habiletés sociales

Cognition

Développement de l'attention, de la mémoire, de la planification, de la représentation dans le temps et l'espace

Domaine sensoriel et moteur

Prise en charge des troubles visuels, auditifs et moteurs

Émotions et Comportement

Reconnaissance des émotions ; prise en charge de l'anxiété, de la dépression ; prise en charge des troubles du comportement alimentaire, de l'hyperactivité...

Sexualité

Retentissement de la puberté, éducation sexuelle

Domaine somatique

Accompagnement et familiarisation progressive aux techniques et environnements médicaux

Autonomie

Apprentissages scolaires et préprofessionnels

Environnement

D'autres interventions s'adressent aux différents domaines du développement de l'enfant comme : la communication et le langage ; les interactions sociales ; la cognition ; le domaine sensoriel et moteur ; les émotions et le comportement ; la sexualité ; le domaine somatique ; l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ; les apprentissages scolaires et préprofessionnels ; l'environnement.

Quant aux traitements médicamenteux, ils sont indiqués en cas de douleur, de maladies somatiques ou de troubles sévères du comportement après évaluation, en respectant des règles de prescription chez l'enfant et en surveillant attentivement le traitement.

Plaidoyer pour des approches adaptées au développement de l'enfant, médicales et équitables

Ce que nous apprennent les recommandations de l'HAS, c'est que chaque professionnel prenant en charge un enfant présentant un TSA doit faire le choix :

1) D'une approche adaptée au développement du sujet

Choisir une méthode éducative pour la prise en charge d'un enfant avec un TSA c'est prendre en compte et accepter que pour certains troubles, les approches psychodynamiques n'ont pas témoigné d'une efficacité optimale. Ceci est illustré par une étude de Peter Fonagy⁽¹²⁾ qui a évalué le devenir de 763 jeunes enfants pris en charge en psychothérapie d'inspiration analytique, et de façon intensive (4 à 5 séances hebdomadaires pendant 6 mois) au Centre Anna Freud de Londres. Il nous montre que toutes les pathologies ne répondent pas de la même façon au traitement psychanalytique et que les enfants qui souffrent de troubles autistiques témoignent le plus de difficultés à la mentalisation, minimisant ainsi l'efficacité des thérapies entreprises, ce que nous retrouvons particulièrement chez les plus jeunes enfants présentant un TSA. Ainsi, dans une perspective développementale, il semble légitime d'envisager des approches éducatives chez ces sujets avant de les engager peut-être ultérieurement vers des approches plus classiques nécessitant de recourir à l'abstraction, notamment en cas de trouble anxieux ou dépressif associé.

2) D'une approche qui prend en compte les besoins médicaux des sujets

La psychiatrie est une spécialité médicale qui a les mêmes missions de service public que les autres spécialités : l'exercice médical doit répondre à des impératifs de qualité des soins qui met le sujet et sa famille au cœur du dispositif de soin et qui doit avoir accès à l'information. La prise en charge de ces enfants nécessite une connaissance dans des domaines médicaux tels que la co-morbidité psychiatrique, les causes de mortalité, la nutrition, le vieillissement, l'épuisement des familles ou des accompagnants, les interventions pharmacologiques. L'innovation thérapeutique et le développement de la recherche sont de la responsabilité d'équipes médicales, qu'il s'agisse d'équipes cliniciennes ou universitaires.

3) D'une approche qui respecte la démocratie sanitaire

Les enfants présentant un TSA doivent pouvoir bénéficier des dispositifs de psychiatrie intersectorielle ou

sectorielle qui assurent la gratuité des soins, notamment pour les plus précaires, sans exclure la qualité des soins telle qu'elle est attendue dans les recommandations de l'HAS. Les personnels de ces dispositifs de proximité doivent se former aux nouvelles approches et les appliquer. L'application à la lettre des recommandations de l'HAS, à savoir une application de 20 à 25 heures par semaine des interventions, par des professionnels ne participant parfois pas au service public, est à risque de paupérisation et de précarisation de certaines familles, notamment monoparentales, et au final d'exclusion de son champ d'application des familles les plus démunies.

Pour conclure, les nouvelles connaissances dans les troubles du spectre autistique nous enseignent que ces enfants présentent un trouble d'origine neuro-développementale, de forte héritabilité génétique et source d'un handicap ayant un retentissement variable mais souvent majeur sur leur vie quotidienne ainsi que sur celle de leurs familles. Les approches éducatives sont les approches validées sur un plan scientifique et recommandées mais la recherche n'est qu'au début de l'évaluation des traitements, de la co-morbidité, de l'adaptation à la vie quotidienne, du « *burn out* » des familles ou des accompagnants et enfin de la santé physique. Des approches personnalisées complémentaires aux approches éducatives, évolutives et sans exclusive sont nécessaires. Enfin, l'accès aux prises en charge doit associer le médico-social et le médical sans oublier les dispositifs de proximité de psychiatrie qui s'ils parviennent à s'adapter aux besoins de ces enfants et de leurs familles sont un formidable outil de démocratie sanitaire.

Propositions pour une équité de la prise en charge

- Encourager et soutenir le développement de services d'interventions précoces dans le champ sanitaire
- Introduire la médecine somatique grâce aux pédiatres dans les services de psychiatrie infanto-juvénile
- Soutenir les dispositifs de secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui prennent en charge les familles les plus précaires, tant dans leur formation que dans le maintien ou le développement de leurs moyens
- Favoriser le remboursement des prises en charge ambulatoires par des professionnels actuellement non remboursés par des allocations de la MDPH adaptées
- Évaluer et valider la formation des professionnels prenant en charge les enfants TSA
- Créer des maisons de l'autisme

¹² Fonagy P. and Target M. Une perspective développementale de la psychothérapie et de la psychanalyse de l'enfant. In Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, sous la direction de C. Geissman et D. Houzel, Bayard eds, 2003, 1156p.

Mariage pour tous, PMA, GPA : quel est le problème ?

Par M^{me} Simone Fayot

*Infirmière retraitée, secrétaire départementale de la fédération de la Charente,
membre de la commission Santé/Protection sociale du Pcf*

Le projet de loi gouvernemental sur le mariage pour tous et l'adoption qui sera discuté à l'assemblée nationale fin janvier, déchaîne les passions. Il est bien difficile de prendre part au débat dans cette ambiance passionnelle qui nous impose de choisir son camp et nous fait des procès en homophobie ou en conservatisme religieux, à la moindre hésitation. Honte à la droite qui instrumentalise cette question de société à des fins politiciennes.

Dépassionner les débats et envisager les enjeux et les conséquences du point de vue de l'humain !

Il est nécessaire de dépasser l'idéologie compassionnelle qui instrumentalise l'opinion publique par médias interposés, convoquant l'émotion et les passions en lieu et place du raisonnement et de l'esprit critique.

Le sujet est trop délicat, trop complexe pour le traiter de façon binaire et moralisante. Il touche au plus profond de nous-mêmes, de nos représentations symboliques de nos constructions humaines, de nos mythes fondateurs.

Il ne faut pas se tromper de chemin : allons-nous vers plus d'humanité ou vers de nouvelles aliénations, voire de nouvelles barbaries ? La question mérite de prendre le temps d'en délibérer collectivement pour dire dans quelle société nous voulons vivre.

L'état de l'opinion change, évolue au fil de la campagne orchestrée par les médias. Les différents sondages organisés au sujet du mariage pour tous, de l'adoption et de la procréation médicalement assistée (PMA) montrent un décalage entre l'approbation à 60 % du mariage pour tous et le rejet de l'adoption (54 %) et celui de la PMA (53 %). Depuis août 2012, il y a en effet, un retournement de l'opinion des Français, majoritairement inquiets au sujet des liens de filiation. Au demeurant, les questions du mariage homosexuel et de l'homoparentalité sont jugées secondaires par les Français qui attendent le gouvernement sur les problèmes économiques et sociaux. Au moment où le mariage décline, où les enfants nés hors mariage sont les plus nombreux, que signifie la demande de mariage homosexuel ?

En décidant de dissocier la question du mariage pour tous et de l'adoption de celle de la procréation médicalement assistée (PMA) pour les couples homosexuels, le gouvernement marque une distanciation entre ces deux

revendications que les associations militantes ont voulu étroitement lier pour des raisons stratégiques.

La procréation médicalement assistée : quels bouleversements éthiques ?

Actuellement, la procréation médicalement assistée est doublement encadrée. Elle n'a rien à voir avec le code civil car elle est sous la loi du code de santé publique et ne concerne que les couples hétérosexuels pour des raisons essentiellement médicales : stérilité médicalement diagnostiquée, fécondation in vitro ou recueil de gamètes préventivement à tout traitement (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...) susceptible d'entraîner une stérilité secondaire, nécessité d'éviter la transmission d'une maladie grave (sida, maladies génétiques...) à l'enfant ou au conjoint... Les différentes lois de bioéthiques font donc la distinction entre les demandes de convenance et les demandes thérapeutiques.

Si la loi accorde l'accès à la procréation artificielle pour tous sans plus aucune raison médicale, au nom du désir d'enfant, alors s'ouvre pour la médecine procréative un champ d'activité d'une toute autre dimension éthique, sociale, sociétale, économique, anthropologique...

Une telle réforme de la loi autoriserait le droit à l'enfant et bouleverserait nos principes éthiques fondamentaux. Le droit à l'enfant légalisé entrerait en contradiction avec le droit de l'enfant.

Notre société devra s'interroger sur les risques et les conséquences de cette possible nouvelle industrie qui serait un grand système de production d'enfants avec des matériaux humains, tels que les dérives eugénistes, les trafics lucratifs, le droit à l'enfant à n'importe quel prix, la fabrication d'enfants sans père ou sans mère, le secret d'une partie des origines de l'enfant... et y apporter des réponses humanistes en opposition totale aux lois du marché capitaliste. Dans notre société où le modèle ultralibéral anglo-saxon tend à s'imposer à la philosophie des lumières, il y a de quoi être terriblement inquiet !

Le marché en embuscade : aliénation d'un nouveau type !

Les déclarations provocatrices et indignes de Pierre Bergé – homme d'affaires et président du Sidaction – concernant la location du ventre des femmes en faveur d'une gestation pour autrui, à l'instar des prolétaires qui

vendent leur force de travail devraient nous inciter à la prudence et à la plus grande vigilance.

L'argument sans cesse utilisé de l'égalité des droits rencontre bien des contradictions et des invraisemblances. De quels droits s'agit-il? Du droit au mariage et à l'adoption ou du droit à l'enfant? Le droit au mariage homosexuel et à l'adoption tout à fait légitime, ne me semble pas poser problème car il existe une majorité parlementaire pour voter la loi.

La question du mariage et de l'adoption est-elle instrumentalisée et vise-t-elle un autre objectif qui serait le droit à l'enfant? Quid d'un droit à la procréation médicalement assistée pour les couples de lesbiennes et son impossibilité pour les couples gays? Quid de l'inégalité économique d'accès à la PMA qui n'ouvrirait aucun droit à remboursement pour les cas non médicaux? Serait-il légitime que la PMA soit prise en charge par la sécurité sociale hors raisons médicales?

Témoignage et paroles de soignants

Les psychanalystes, les pédopsychiatres, les philosophes ont-ils quelque chose à nous dire?

Jean-Pierre Winter-psychanalyste-dans une tribune du 25 mai 2012 au journal L'Humanité, disait que « comme psychanalystes, nous ne sommes que trop avertis des conséquences anxiogènes à long terme des bricolages généalogiques commis au nom de la protection d'intérêts narcissiques, religieux, économiques ou autres. Jusqu'à présent, ces manipulations souvent secrètes pouvaient être entendues comme des accidents historiques, des conséquences de troubles psychologiques, des effets d'aliénation. Mais voilà que « l'accident » devrait devenir la loi. Voilà que François Hollande veut organiser légalement les arrangements qui priveraient a priori certains enfants de leur père ou de leur mère. Il nous faudrait croire parce qu'on nous l'affirme, que cela serait sans effets préjudiciables alors que nous pouvons constater jour après jour, la souffrance et l'angoisse de ceux que la vie s'est chargée de confronter à de tels manques. Certains, à droite comme à gauche, semblent convaincus qu'un enfant se portera bien du moment qu'il est aimé. Le grand mot Amour est lâché! Cet argument est dangereux! Il est culpabilisant pour les parents qui ont chéri leur enfant et qui néanmoins l'ont vu dériver et s'acharner contre eux dans la colère et dans la haine. Au reste, qui peut dire avec certitude la différence entre amour et allégation d'amour? (...) Pour ma part, je ne vois pas de véritables objections à ce que des enfants soient adoptés par des couples quels qu'ils soient, à condition qu'ils se sachent issus d'un homme et d'une femme, même abandonniques. J'ai les plus grands doutes sur les effets des procréations faisant appel à des tiers voués à disparaître de l'histoire d'un sujet

d'emblée dépossédé d'une moitié de sa filiation avec le consentement de la loi. »

Pour la philosophe Sylviane Agacinski « lorsque l'on veut créer, grâce à la procréation médicalement assistée, une parenté homosexuelle, on décide d'avoir des enfants qui n'auront pas de père ou de mère et qu'à la place, ils seront adoptés par des personnes du même sexe: c'est un choix extrêmement violent ». Elle met en cause le système industriel de production biotechnologique aux USA qui rapporte beaucoup d'argent mais qui aboutit à fabriquer des enfants et à considérer les personnes comme des matériaux biologiques.

La différence des sexes est inhérente à la conception à moins que demain le clonage ne vienne annuler cette différence si essentielle à la diversité et à la richesse du vivant?

Le droit pourrait-il contredire le réel et la différence des sexes en inscrivant l'enfant comme né de deux parents du même sexe ou comme en Espagne occulter le père et la mère par un parent A et un parent B? Où nous conduirait la destruction de nos symboles fondateurs d'humanité?

Depuis les années 1970, 50 000 enfants sont nés d'un don anonyme de gamète. Certains de ces enfants aujourd'hui adultes réclament le droit de connaître la totalité de leurs origines biologiques. Arthur Kermalvezen, conçu par insémination artificielle avec donneur anonyme et auteur d'un livre intitulé « né d'un spermatozoïde inconnu » évoque l'histoire douloureuse de ses parents et la sienne. Privé de la moitié de ses origines, il raconte comment il est constamment renvoyé « à cette étrangeté de soi-même » malgré l'amour de sa famille. Il est devant une porte fermée dont il cherche la clef. Il voudrait bien sortir le donneur de sa vie car il occupe une place trop importante. En définitive, il lui faut retrouver son géniteur pour l'oublier.

Homoparentalité, Procréation médicalement assistée et gestation pour autrui: liberté individuelle ou dignité humaine?

Les techniques de la PMA ouvrent un champ nouveau à l'homoparentalité en rendant techniquement possible le droit à l'enfant mais aussi à une nouvelle aliénation potentielle de la femme réduite à l'état de couveuse et à la marchandisation de l'enfant, objet de transactions commerciales.

La gestation pour autrui représente une nouvelle barbarie par l'instrumentalisation du corps d'autrui à des fins personnelles, un nouvel esclavage spécifique. La femme serait ramenée à des fonctions essentielles: sa capacité procréatrice, gestatrice, cela donnerait des arguments pour légaliser la prostitution sexuelle puisque la location du corps féminin pour autrui serait devenue le droit.

La fondation Terra Nova (la boîte à idées du PS) a produit un rapport justifiant le recours à la gestation pour autrui et de nombreuses personnalités socialistes militent pour sa légalisation au prétexte que c'est autorisé ailleurs ou que le désir d'enfant n'a pas de solution... Il est chimérique de considérer qu'en l'encadrant la GPA pourrait être politiquement correcte, acceptable par la société. C'est ignorer la réalité la plus sordide de cette pratique à l'échelle mondiale et les conséquences délétères sur l'enfant et la mère porteuse.

Pour Catherine Dolto « ce qui est en cause c'est le statut de l'enfant comme sujet. En le traitant comme un objet convoité auquel chacun a droit s'il peut payer, c'est l'humanité même de l'enfant que l'on met en péril! Ce qui constitue une rupture éthique dont nous devons mesurer la gravité, c'est le nouage au même instant d'une procréation manipulée par la technique médicale et d'un abandon programmé. C'est dans l'intention que se joue l'essentiel. Que signifie pour une femme, le fait « d'offrir » son corps pour une transaction économique dont un enfant est l'enjeu? Comment croire que celles qui le feront contre un simple dédommagement, le feront par altruisme, dans la limpidité du don de soi et de l'enfant qu'elles auront porté, dans un acte exempt de complexités névrotiques potentiellement pathogènes pour elles, pour leurs autres enfants et pour celui qu'elles auront abandonnés. (...) C'est nier les avancées qui ont été faites dans la connaissance de la petite enfance durant ces trente dernières années! Vers 1975, le nouveau-né était encore considéré comme un tube digestif vaguement sophistiqué, sans émotions ni sentiments! Chercheurs et cliniciens ont démontré combien cette vision était pathogène! »

Pour la pédopsychiatre Myriam Szejer, l'environnement modifie le génome humain. Tout ce qu'un enfant vit dans le ventre de sa mère fait qu'il ne sera pas le même que s'il était passé par un autre ventre! La sensorialité de l'enfant est en plein développement dans l'utérus. Il mémorise les sons, la voix de sa mère, les battements de son cœur, son odeur. C'est ce qui lui permet d'aller bien à la sortie en retrouvant ce qu'il a mémorisé dans le ventre de sa mère. Ces repères identitaires lui permettent de se rassurer. S'il est abandonné, cela crée une blessure: la blessure primordiale qui ne cicatrisera jamais et se rouvrira à chaque séparation.

Nicole Borvo-Cohen-Seat – ancienne sénatrice, dirigeante communiste – déclarait lors d'une audition parlementaire que « le désir d'enfant, absolument douloureux et légitime quand il ne peut pas être satisfait, ne saurait se confondre avec un droit absolu à l'enfant... (...) L'enfant, pas plus que la gestatrice, n'est une marchandise en l'occurrence un objet que l'on peut obtenir

à tout prix. Un enfant né de l'accouchement d'une autre femme se posera exactement les mêmes questions qu'un enfant adopté à un moment de sa vie et toute sa vie... (...) ce questionnement est douloureux, difficile; lié à l'abandon qui est un moment indélébile dans l'histoire de l'individu. Or, dans le cas de l'adoption, l'enfant a été abandonné et la société lui donne la possibilité d'avoir des parents. Dans le cas de la GPA, la société organise l'abandon de l'enfant par la femme qui l'a porté, après avoir organisé un rapport marchand entre celle-ci et les futurs parents... »

Pour Françoise Dolto « l'enfant est une personne. L'enfant n'est pas la propriété des parents. Tout est langage. Chez l'être humain tout « veut dire », les gestes les plus absurdes ont un sens, font partie d'un langage symbolique à travers lequel se tisse « la fraternité d'espèces ». Le parler vrai, encore faut-il parler avec l'enfant pas seulement à l'enfant; surtout lui parler vrai. On ne peut mentir à l'inconscient, il connaît toujours la vérité. Dès les premières heures, un enfant décèle l'accent de vérité (la coïncidence entre ce que l'on dit et ce que l'on éprouve) et il en a besoin pour ce qui concerne ses origines (l'histoire familiale) afin que vitalité biologique et vitalité sociale concordent (...) L'enfant a toujours l'intuition de son histoire. Si la vérité lui est dite, cette vérité le construit. »

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » : François Rabelais

Les progrès scientifiques ouvrent un espace infini de connaissances et de possibles mais imposent des responsabilités et des choix humains toujours plus complexes. Ils nécessitent une délibération citoyenne de haut niveau éthique, politique, humaniste.

L'ordre capitaliste, au moyen des biotechnologies, offre une réponse marchande inédite aux passions, aux pulsions et aux fantasmes humains, pour de nouveaux profits. Il montre ses limites historiques, ses impasses anthropologiques, ses perversions déshumanisantes et l'urgence d'en sortir.

Sous couvert des progrès de la science, tout est-il possible et souhaitable? Prenons le temps et ayons les moyens d'en décider collectivement. Une autre démocratie est à inventer en lien avec la démocratie représentative et délégataire. Pourquoi pas des États généraux de la bioéthique à l'échelle intercommunale, départementale, régionale et nationale ce qui exclut un projet de loi dans trois mois voté dans la précipitation au nom du politiquement correct.

L'avenir de notre civilisation au cœur de la révolution informationnelle et technologique met la question du dépassement du capitalisme à l'ordre du jour!

Analyse de l'ANI : Accord National Interprofessionnel ou « Accords de Wagram »

Par Gérard Filoche

Inspecteur du travail, membre du Bureau national du PS

Les « accords de Wagram » (l'ANI s'est discuté au siège du patronat) : ne croyez pas les grandes phrases des médias qui les encensent. Ceux qui le défendent font du grand baratin mais ne le citent jamais. Comme avec les contrats d'assurance, il faut bien lire ce qu'il y a de marqué en tout petit. Ils mettent beaucoup de beurre sur la tartine mais c'est en la croquant qu'on découvre qu'elle est moisie. Alors lisez, lisez. Ne vous contentez pas d'une présentation superficielle. Dès qu'on prend le temps de les lire, on perçoit la nature réelle de cet accord, on est effaré.

L'accord est organisé en 28 articles, inégaux. Prenez le temps ci-dessous, on a regroupé en 13 points. Un accord de flexibilisation forcée. Un accord de chantage à l'emploi. Une attaque contre le CDI. Un accord de sécurisation de la délinquance patronale. Lisez. Le diable est dans les détails.

Ce sont des accords régressifs, signés par une minorité de syndicalistes et ils ne feront pas un seul chômeur en moins, pas un emploi en plus. Du point de vue de l'inversion de la courbe du chômage en 2013, ils sont dangereux. S'ils s'appliquent (car rien n'est fait et même ce qui est prévu est étalé dans le temps de fin 2013 à 2016... et l'essentiel des points sont prévus... à renégociation ultérieure) ils donneront lieu à des charrettes empressées de licenciements – comme Mittal, Petroplus, Sanofi. Le Medef veut battre politiquement la gauche, il va le faire avec les armes que lui donne cet accord. Il n'y a pas une seule avancée... sauf pour le patronat.

C'est un accord dont la principale caractéristique est de faciliter les licenciements et de rendre plus difficiles les recours des salariés, des IRP⁽¹³⁾, des syndicats. Mais il s'y ajoute une dizaine d'attaques :

- théoriques (contre la place de la procédure, contre celle du contrat individuel)
- dangereuses (le CDI intermittent, la mobilité interne, le court-circuit des plans sociaux, les « accords de maintien de l'emploi », de compétitivité...),
- en trompe l'œil (contrats courts, temps partiel, formation professionnelle, complémentaire santé)

- ou mesquines (blocage des dommages et intérêts aux prud'hommes, prescription des heures supplémentaires après 3 ans...).

Tout ce qu'il y a dans l'accord va contre les salariés et pour les employeurs.

Il y a 8 syndicats en France : CGT, CFTD, FO, FSU, UNSA, SOLIDAIRES, CGC, CFTC. Seulement 5, CGT, CFDT, FO, CGC, CFTC ont été associés par le Medef aux négociations. Les trois syndicats qui ont signé, sont largement minoritaires. Depuis 2008, la loi établit que ce n'est plus le nombre de syndicats qui signe qui établit la majorité et la validité d'un accord, ce n'est plus un « vote par ordre » mais un vote « par tête ». Il faut donc un seuil de représentativité en nombre de voix de salariés derrière les syndicats pour qu'un accord soit validé : ce seuil était fixé à 30 % jusqu'en 2012 et porté à 50 % en 2013. Les trois directions CFDT, CGC, CFTC, étant totalement minoritaires sur ce coup, auraient dû ne pas faire bande à part, ne pas envisager de les signer. Tous leurs adhérents salariés devraient les pousser à ne pas les ratifier et à revenir dans un cadre d'unité syndicale!

Il faut autant de contrat que possible mais autant de loi que nécessaire. L'accord est présenté comme un « compromis » : oui, mais c'est le compromis d'une minorité. L'ANI étant minoritaire, le Parlement n'est absolument pas tenu de le « ratifier » tel quel, la majorité de gauche doit jouer tout son rôle pour contrer ce qu'a imposé le Medef. Il y va de la lutte contre le chômage! Est-ce qu'il faut interpréter en le transcrivant dans la loi, cet accord de façon « fidèle et loyale » ou bien de façon « optimale » (pour les salariés) en tenant compte des « syndicats majoritaires non-signataires »? Évidemment dans l'intérêt des salariés : il y a déjà tellement trop de flexibilité dans le Code du travail. Ça fait dix ans que la droite passe le Code du travail à l'acide des exigences du Medef. On attend que la gauche corrige et redresse cela par la loi. D'ailleurs le projet socialiste 2011 se proposait de « reconstruire le code du travail ».

La flexibilité, c'est l'ennemi de l'emploi. Plus il y a de flexibilité, plus il y a de chômage et de travailleurs pauvres, ça marche toujours ensemble. En France, chaque fois que les licenciements ont été facilités, le chô-

¹³ Institutions Représentatives du Personnel

mage a augmenté. Partout où la flexibilité a augmenté, le chômage a progressé y compris dans les pays scandinaves pris à tort comme « modèle » : la mise en place de la prétendue « flexisécurité » a permis de passer d'un taux de chômage de 3 à 7,8 % au Danemark, 7,9 % en Finlande, 8,1 % en Suède soit une augmentation moyenne de 3 à 8 % (+ 266 %). C'est quand les salariés sont bien formés, bien traités, bien payés qu'ils sont le plus « compétitifs », pas quand ils sont flexibles !

Ne vous laissez pas décourager, ni démobiliser : la victoire des exigences du Medef contenues dans l'accord n'est pas acquise. Car rien de tout cela n'aboutira avant le mois de mai 2013 : il y faut le temps des ratifications de l'accord, le temps d'écriture des lois, le temps du Conseil d'état, celui du conseil des ministres, et celui des débats aux Assemblées puis des recours. Donc la majorité du salariat de ce pays a le temps d'expliquer, de combattre et de gagner !

Il existe une alternative : reconstruire le droit du travail pour garantir l'emploi, les salaires, l'état de droit dans les entreprises, la santé, l'hygiène, la sécurité sociale, les droits syndicaux et ceux des institutions représentatives du personnel.

Examinons ci dessous 13 points contenus dans les « accords de Wagram » (adoptés) 13 points qui portent malheur.

1°) Les contrats « courts » ? Ils sont maintenus !

Ce n'est ni le chômage, ni les salaires, ni la durée du travail, ni le droit du licenciement, ni la médecine du travail, qui ont focalisé la négociation de Wagram. Le dirigeant de la CFDT Yannick Pierron, avait choisi de tout polariser sur les « contrats courts » : « *Il n'y aura pas d'accord sans accord sur les contrats courts* » (dans le Nouvel Observateur le 9 janvier). Il a donc crié victoire ensuite : « *Contrats courts : objectif atteint* » à l'unisson avec le chef de file du Medef, Patrick Bernasconi. Mais on va le voir, rien n'a été obtenu et derrière ce leurre, ce sont les « accords de compétitivité » ont été concédés sans coup férir au Medef.

Selon l'ANI une « surcotisation » devrait être appliquée aux contrats courts au 1er juillet 2013 :

- 7 % pour les contrats d'une durée inférieure à un mois
- 5,5 % pour les contrats compris entre 1 et 3 mois.
- 4,5 % (au lieu de 4 %) « seulement » pour les contrats d'une durée inférieure à 3 mois pour certains CDD dits « d'usage » (ce sont les secteurs qui empilent le plus de CDD, notamment le sondage, activité préférée de Laurence Parisot). Ce sont les contrats d'une durée inférieure à 3 mois, conclus

dans certains secteurs d'activité définis par décret ou par convention ou accord collectif de travail étendu, dans lesquels il est « d'usage constant de ne pas recourir au contrat de travail à durée indéterminée » donc « seulement »... 15 secteurs dont les exploitations forestières, la réparation navale, l'hôtellerie et la restauration, les spectacles, l'audiovisuel, l'enseignement, les enquêtes et sondages, le bâtiment et les travaux publics à l'étranger, les activités de service à la personne...

Ces sur-cotisations selon le Medef coûteraient 110 millions aux divers employeurs concernés. Pour les compenser, les contrats à durée indéterminée conclus avec des jeunes de moins de 26 ans seront exonérés de cotisations patronales d'assurance chômage pendant 3 mois, 4 mois dans les entreprises de moins de 50 salariés. Selon le Medef, cela rapporterait 155 millions aux divers employeurs soit une bonne affaire de 155 – 110 = 45 millions d'euros. Cela ne fera pas un seul CDD de moins : l'intérim n'est pas concerné ! Or le surcoût d'un contrat d'intérim est de 15 % donc désormais inférieur aux CDD courts... Les CDD de plus de trois mois ne sont pas concernés. Ni les contrats saisonniers, ni les « contrats conclus pour remplacements de salariés absents », ne sont concernés. Seulement 30 % des CDD seront taxés.

En fait, il n'y aucune sorte de limitation des CDD ou des autres contrats précaires. Rien de dissuasif n'a été instauré. C'est une victoire du patronat de l'intérim qui protestait depuis longtemps sur le fait que l'intérim était plus coûteux que les CDD : « objectif atteint » ! Les signataires le savent pertinemment puisqu'ils ont prévu « d'inviter la branche du travail temporaire à organiser un accord collectif » ! (article 4 de l'ANI). En effet ils prévoient que la majoration de la cotisation d'assurance chômage ne concerne pas les contrats des intérimaires, mais que le patronat de cette branche est invité à poursuivre ce qui existe déjà : les contrats d'intérim permanent – articles L.1252-1 du code du travail et suivants – dans le cadre de l'activité des entreprises de travail à temps partagé que peuvent exercer les entreprises de travail temporaire !

Est-ce qu'il y aura remplacement d'un certain nombre des « CDD courts »... par des CDI parmi les moins de 26 ans ? Pas sur du tout. Les employeurs feront peut-être des « CDI courts » pour bénéficier de l'effet d'aubaine de l'exonération des cotisations pendant trois mois. Mais lorsque l'aubaine sera éteinte, ils licencieront sans coup férir. Facile avant la fin des trois mois, les périodes d'essai ayant été allongées.

Aucun, aucun effet contre le chômage !

En alternative, nous soulignerons que les CDD de moins d'un mois, dans le passé, étaient interdits, on pouvait espérer qu'ils le redeviennent. Avec les syndicats nous demandions qu'il y ait des quotas, et qu'une entreprise de plus de 20 salariés ne puisse utiliser plus de 20 % de précaires sans autorisation préalable de l'inspection du travail. Rappelons que les syndicats contestent aussi tous les « contrats dits d'usage » dont la liste n'a cessé d'être injustement et arbitrairement allongée.

Note

Environ 1 700 000 salariés sont en contrat temporaire: 1 200 000 en contrat à durée déterminée (CDD) et 500 000 en intérim selon l'enquête Emploi en continu de l'Insee. Depuis l'apparition du travail intérimaire en 1972 et l'instauration des CDD en 1979, la part des salariés en contrat temporaire a fortement augmenté jusqu'en 2000 pour se stabiliser ensuite. Les emplois en contrat court représentent aujourd'hui 10 % des salariés du secteur privé hors contrats aidés, soit deux fois plus qu'il y a vingt ans. Actuellement, deux salariés sur trois sont embauchés en CDD. Ce sont le plus souvent des femmes, alors que les intérimaires sont majoritairement des hommes, 76 % de ces derniers sont des ouvriers. Les salariés en contrat court exercent deux fois moins souvent des professions intermédiaires et de cadres que les salariés en CDI: respectivement 24 % et 14 % pour les personnes en CDD et en intérim, contre 39 % pour les salariés en CDI. Ils sont aussi plus jeunes: la moitié des salariés en CDD ou en intérim a moins de trente ans, contre 40 ans pour les salariés en CDI. L'usage des CDD est totalement politique et n'a aucune justification économique: il frappe les jeunes, les femmes, les immigrés, et récemment les seniors, tous salariés vulnérables. La preuve en est qu'entre 29 ans et 54 ans, il y a 95 % de CDI. L'économie a tellement besoin de CDI que la durée de ceux-ci s'est allongée de 20 % dans les 30 dernières années. La flexibilité est une anomalie qui sert à faire plier l'échine, à faire pression contre le plein-emploi, contre le CDI, contre la syndicalisation, contre les salaires, contre le droit du travail en général. Les précaires ont davantage d'accidents du travail, de maladies professionnelles, et comptent parmi les 10 millions de pauvres.

La FSU, le 12 janvier 2013 précise: « *La flexibilité et la souplesse réclamées par le MEDEF existent malheureusement déjà et sont largement mises en application, avec un résultat sur le taux de chômage que l'on connaît! Par exemple, en 2010, sur la base des données recueillies par l'ACOSS, sur 19 millions d'embauches, 12 millions ont été des recrutements en CDD de moins d'un mois, 4 millions des CDD de plus d'un mois et 3 millions en CDI. L'intérim est largement utilisé comme période d'essai, variable d'ajustement des effectifs et les ruptures conventionnelles ont explosé.* »

2°) La « complémentaire santé pour tous »? Le jackpot pour les assurances.

On entend beaucoup dire, en message rapide, qu'il y aurait une « couverture complémentaire santé », qu'elle couvrirait 4 millions de personnes qui n'en avaient pas, et que cela coûterait 4 milliards. La vérité, c'est qu'elle sera payée 50/50 par les salariés et les employeurs, que ça rapportera aux grandes compagnies d'assurances qui seront « mises en concurrence » d'ici 2016 avec les mutuelles et la Sécurité sociale, car c'est l'employeur qui décidera où vont les fonds. En fait il s'agit de 4 milliards dans les poches d'AXA ou d'Allianz.

« L'argus de l'assurance » se réjouit, il y a de quoi. Lorsque le Medef lâche 2 milliards, vous pouvez être sûrs qu'il ne s'agit pas d'abonder la « Sécu » ni les Mutuelles mais bel et bien les assurances privées. Cela a été de longue date la position – discutée, votée, confirmée mais pas souvent rendue publique – de la direction CFDT: « mettre en concurrence la Sécurité sociale ». Sauf que cette concurrence comme toutes les autres sera définitivement faussée: après de longues discussions, il a été tranché que c'était le patron qui déciderait.

Article 1 de l'ANI: « *Dans le cadre de futurs accords de branche qui seront signés les partenaires sociaux de la branche laisseront aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix.* »

Ensuite lisez bien, il ne s'agit pas de « couverture santé » mais d'une couverture de « frais de santé couvrant au minimum un panier de soins ». C'est comme dans les contrats d'assurance il faut lire ce qui est écrit en petit caractère, le diable est dans les détails: « le panier de soins » est « défini »: « 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques, et pharmacie en ville » (donc avec tous les tickets modérateurs et déremboursements existants!), le forfait hospitalier, 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et un forfait optique de 100 euros par an (avec des tarifs libres, 125 % de pas grand-chose font peu... et avec un forfait optique à 100 euros le « panier de soins » est tout petit).

Précis et pingre: exemple si une prothèse dentaire est remboursée à 10 % elle le sera de 12,5 %. Et 100 euros par an de lunettes c'est moins que bien des mutuelles aujourd'hui. En moyenne, dans les « complémentaires santé » existantes les patrons paient 57 %. Ce système est un mirifique cadeau pour Axa, Allianz et autres grandes compagnies. Elles vont disposer de 2013 à 2016, avec le patronat, pour récolter cette manne ce que les Mutuelles (et pourquoi pas la Sécu?...) ne récolteront donc pas.

Est-ce que la « portabilité » de cette couverture des frais de santé et prévoyance est facilitée pour les demandeurs d'emploi? L'intention est affichée... mais rien n'est

fait, elle reste à négocier! La durée de maintien possible des garanties prévoyance et santé pour les salariés qui quittent l'entreprise et s'inscrivent à Pôle emploi est portée de 9... à 12 mois. Les partenaires sociaux affichent l'objectif de généraliser la mutualisation du financement de la portabilité, au niveau de la branche et des entreprises, et laissent à ces dernières un délai d'un an pour mettre en place un tel dispositif concernant la santé et une période de deux ans en matière de prévoyance. Aucun, aucun effet pour inverser la courbe du chômage! En alternative, avec des hausses de salaire augmentant du même coup les cotisations à la Sécurité sociale, le remboursement des soins dentaires et de lunetterie pourraient être pris en charge et tous les forfaits qui éloignent des millions de Français des soins, abrogés.

3°) Temps partiels et chômage partiel?

Est-ce que travailler moins et gagner moins va être la « solution » au chômage de masse?

Rien de fond ne semble changer dans l'ANI pour les temps partiels à part un plancher à 24 heures: « Sauf cas particulier et avec un lissage sur l'année, un contrat à temps partiel devra prévoir une durée d'au moins 24 heures par semaine ». Donc les contrats à temps partiel restent lissés à l'année au bon gré de l'employeur s'il a arraché un accord avec des syndicats! Et il y a d'abondantes dérogations prévues aux 24 heures: les moins de 26 ans, les salariés des particuliers employeurs, ou « les salariés qui en feront la demande par écrit » (sic: ils peuvent être nombreux, si l'employeur leur demande à l'embauche) pourront travailler moins! Les salariés déjà employés actuellement pourront demander un « complément d'heures choisies » s'ils souhaitent augmenter leur temps de travail hebdomadaire: mais le taux de ces heures « complémentaires » (qui était déjà majoré de 10 à 25 %) est limité à 8. Mais tout cela est renvoyé... à un « accord de branche étendu ».

Le « lissage sur l'année », cela signifie des périodes hautes et basses qui ne tiennent compte que de l'intérêt de l'entreprise pas du salarié. Des modulations qui vont se terminer en pratique sans délai de prévenance: de quoi gâcher la vie personnelle de la majorité des femmes qui sont concernées!

L'accord mêle de façon obscure des réaffirmations de ce qui existe dans le Code du travail et des « renégociations », du coup inquiétantes: pour les branches professionnelles dont au moins un tiers des salariés est occupé à temps partiel, l'ANI prévoit négociation:

- sur le nombre et les périodes d'interruption dans la même journée (ce pluriel est très inquiétant car la loi Aubry 2 de 1999 L 3123-16 prévoyait une seule coupure au maximum de 2 heures dans une même journée... sauf dérogations par accord collectif de branche étendu).

- la répartition de la durée de travail dans la semaine (normalement c'était des horaires fixes, écrits dans le contrat sinon il était réputé à temps plein!)
- le délai de prévenance préalable à la modification des horaires (inquiétant aussi, car il est de 7 jours voire 3 jours, il est couramment violé au détriment de la vie des salariés)
- la rémunération des heures complémentaires (10 % et à partir d'un seuil de 1/10e de la durée hebdomadaire ou mensuelle, 25 %)
- Les modalités d'accès à un temps plein (possibilité pour un employeur de proposer des emplois à plein temps... de nature différente – sic). Tout cela est reporté à... une autre négociation. On ne voit rien qui change le sort de 3,7 millions de temps partiels subis, à 85 % des femmes et à 80 % des non qualifiés. Aucun, aucun effet sur l'emploi et le chômage. Par contre le chômage partiel est encouragé, simplifié, unifié: « travailler moins pour gagner moins »! C'est l'antithèse des 35 heures sans perte de salaire. C'est la réduction forcée du temps de travail avec baisse de salaire! Nos libéraux dont la grande théorie est « pour sortir de la crise il faut travailler plus » et « C'est le travail qui crée le travail »... n'hésitent pas à pérenniser le système contraire: ils remplacent « chômage partiel » par « retour à l'activité à l'activité partielle ».
- maintien du contrôle préalable existant par l'inspection du travail du contrôle du chômage partiel: mais vidé de sens car réduction du délai de 20 jours à 15 jours: comprendre que le MEDEF tient à cette contrainte étatique à l'ordinaire insupportable quand on lit sur le site public que l'autorisation préalable offre aux entreprises une procédure « davantage sécurisée et plus réactive », euphémisme pour dire qu'en clair l'autorisation sera donnée sans contrôle, car la notification de la décision dans un délai de 20 jours – article R.5122-5 du code du travail – est remplacée par une autorisation « tacite » dans un délai de 15 jours,... en clair sans contrôle;
- maintien d'un contingent annuel d'activité partielle par salarié à 1 000 heures (ici, les signataires de l'accord oublient la limitation du contingent à 100 heures en cas de « modernisation » des installations et, surtout l'annexe discrète de l'accord nous apprend qu'avec 910 heures fois 2, on arriverait à 1 820 heures, l'année complète...). Lisez cela: « - l'allocation spécifique et l'allocation d'APLD sont regroupées et prises en charge dans les mêmes conditions que l'APLD par l'État et l'Unedic » vous n'y comprenez rien hein? Pourtant c'est un superbe coup que ces « mêmes conditions »: l'employeur empocherait 2,90 euros par heure chômeuse en plus des 4,33 ou 4,84 euros suivant la taille de l'entreprise; et l'annexe, discrète, à cet accord historique

nous apprend que l'indemnisation du salarié, hors formation, passerait de 75 à 70 % du brut pour une première période de 910 heures et à 65 % du brut pour une deuxième période de 910 heures... Net recul!

- uniformisation des modalités de calcul des heures indemnisables par l'Unedic et l'Etat (pour ne pas que les patrons perçoivent les fonds avec trop de retard) et: joli piège: pendant les heures d'activité partielle, les salariés peuvent (ah bon?) réaliser toute action de formation (surtout ne pas les payer à rien faire), notamment au titre du plan de formation (le changement de formulation permet de voir qu'on passe ainsi d'une formation facultative dans le décret n° 2012-183 du 7 février 2012 – « susceptibles d'être organisées dans les mêmes conditions que celles relatives à la mise en œuvre du plan de formation » – à une formation obligatoire, le plan de formation étant « à l'initiative de l'employeur »; l'annexe discrète achève de nous convaincre puisque la formation à l'initiative de l'employeur y est bien envisagée; plus encore, des « périodes de professionnalisation » sont prévues dans la formation possible sans que l'accord du salarié requis par l'article L.6324-7 du Code du travail y soit mentionné...). Aucun, aucun effet contre le chômage, évidemment, puisqu'il s'agit de l'aménager, même de le faciliter.

4°) L'ANI ouvre une brèche énorme, celle de la création d'un « CDI intermittent » dans TROIS secteurs!

La presse a annoncé que le Medef renonçait aux « contrats de projets ». Pas que la direction de la CFDT acceptait les « contrats intermittents ». Pourtant le négociateur de la CFDT avait pourtant dit fermement « non »: « Nous sommes formellement opposés à la création de CDI de projet et de CDI intermittents. Nous savons bien que ces contrats deviendraient la norme, et signeraient donc une nouvelle précarisation des salariés. » Yannick Pierron (Nouvel Observateur, 9 janvier). Il a cédé! Yannick Pierron a mangé son chapeau. Or comme il le disait, c'est LA brèche gravissime dans le CDI (des CDD successifs... sans prime de précarité). Il a ouvert la brèche.

L'ANI prévoit: « Une expérimentation d'alternance entre périodes travaillées et chômées serait lancée dans trois secteurs pour les entreprises de moins de 50 salariés ». Dans le chocolat, la formation, les articles de sports.

Les salaires seront « lissés » tout au long de l'année. Magnifique économie pour le patronat de ces secteurs. Ça servira demain partout, hôtellerie, jouets, agro alimentaires, etc.... Pour les embauches effectuées dans ce

cadre dans les entreprises de moins de 50 salariés, afin d'éviter des distorsions importantes en ce qui concerne le montant de la rémunération versée mensuellement, il devrait être ajoutée une mention obligatoire (c'est le mot important) dans le contrat de travail intermittent. Celle-ci préciserait, par référence à l'actuel article L.3123-37 du code du travail, que la rémunération versée mensuellement aux salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent peut être indépendante de l'horaire réel (le tour de passe-passe est là, l'article L.3123-37 du Code du travail cité ne le permet qu'après accord collectif, et non par une mention obligatoire décidée par l'employeur), et notamment être « lissée » tout au long de l'année. (Bonjour le contrôle des heures faites et de leur rémunération, surtout pour les heures d'enseignement dans les organismes de formation, où la convention collective est déjà inextricable sur ce point) Un bilan-évaluation de l'expérimentation sera effectué avant... le 31 décembre 2014 en concertation avec les pouvoirs publics. Aucun effet sinon négatif sur l'emploi: des CDI permanents remplacés par des CDI intermittents!

5°) Un « droit de recharge » de l'assurance chômage « au fil de l'eau »?

Pour que ça ne coûte rien, rien n'a été conclu. Traduction: l'engagement, c'est seulement de s'engager... à négocier. Le troisième article des accords prévoyait la création de « droits rechargeables »: « un chômeur qui reprend un emploi conserve le reliquat de tout ou partie de ses droits aux allocations du régime d'assurance chômage, et peut les faire valoir en cas de retour au chômage ».

L'idée à la base est qu'actuellement une grande partie des privés d'emploi attende d'épuiser leurs droits avant de retourner travailler. C'est un postulat idéologique selon lequel « le chômeur est chômeur parce qu'il le veut bien » constamment démenti par les faits. En fait cette éventuelle mesure annoncée à tort par les médias sera inscrite... dans la future renégociation en 2013 de la convention Unedic. Ce n'est pas cadeau: il faudra que cela ne coûte rien: l'Unedic devra évaluer « les résultats de ce déploiement au fil de l'eau et ex post » est-il écrit dans l'article 3 de l'ANI. Qui comprend cela? Ce barbarisme renvoie à n'en pas douter au suivi mensuel (« au fil de l'eau ») du Taux de Sorties vers l'Emploi Durable (TSED) des allocataires. Le 21 décembre, l'Unedic a obtenu de Pôle Emploi un suivi mensuel du TSED pour les seuls allocataires du Régime d'Assurance Chômage. Il lui sera ainsi possible de vérifier – au fil de l'eau – si les droits rechargeables ont un impact sur la propension des allocataires du RAC à prendre un nouveau contrat court (4 mois ou plus) alors que leurs droits antérieurs ne sont pas épuisés.

6°) Un « compte personnel de formation » prévu tout au long de la vie ?

De grandes annonces dans les médias qui veulent bien se laisser abuser : genre « il y aurait un compte de formation « universel », « individuel » et « intégralement transférable » c'est-à-dire qu'il ne disparaît pas lorsque le salarié quitte une entreprise ».

La vérité, à lire « dans les petites lignes » c'est que ce compte, utilisable aussi par des salariés ou chômeurs, serait transférable, et alimenté... à raison de 20 heures par an dans la limite de 120 heures pour les salariés à temps plein. Rien de neuf, rien : le « DIF » (droit individuel à formation art L 6223-1 et 5 du Code du Travail) qui existait déjà (20 heures par an cumulable sur 6 ans) est inclus dans ce « nouveau » compte personnel de formation ! Ils se moquent du monde ! Mais attention : comment les 120 heures... seront-elles comptabilisées sur TOUTE la vie ? derrière cela il y a la volonté du Medef du contrôle total des salariés et futurs salariés du berceau au tombeau : livret de « compétences », électronique depuis 2010, de la maternelle à l'université, puis dans l'entreprise – équivalent de l'Europass institué en 2004 par l'Union européenne – « passeport formation de l'accord national interprofessionnel du 5 décembre 2003, passeport orientation et formation » de la loi du 24 novembre 2009 et autres livrets et « passeports » divers dans les fonctions publiques. Retour derrière cela du « livret ouvrier » ?

Minute d'étonnement : la seule « nouveauté » serait une « mobilité volontaire sécurisée » : sic. On entend cela dans la bouche de journalistes, voire de ministre sans que personne ne regarde de quoi il s'agit. De quoi s'agit-il ? C'est inouï, en effet ! Dans les entreprises de plus de 300 personnes, les salariés ayant plus de 2 ans d'ancienneté pourront aller « découvrir un emploi dans une autre entreprise » (sic) tout en ayant l'assurance (!) de pouvoir retrouver leur emploi... après. On vous le dit tout de suite : il vous faudra un « avenant au contrat de travail » avec votre employeur ! Ce sera une « suspension » (ANI article 7) de votre contrat de travail à vos risques et périls ! Vous imaginez faire cela... que ce soit accepté... et que vous serez bien accueilli au retour ? (sauf à ramener des secrets de fabrication malgré les règles de concurrence !) L'ANI prévoit que si vous voulez anticiper, votre retour, il faudra un « accord commun » des deux parties ! Si vous revenez vous avez droit à « un emploi similaire » (sic). Si vous choisissez de rester dans l'autre entreprise... ça équivaut à une démission (perte de droits complets) de la première ! C'est presque ridicule. Infinitésimal. Mais il y a aussi la mort, programmée depuis très longtemps, des CIO, la fin de leur gratuité et la soumission des conseillers aux stricts intérêts des entreprises locales : derrière cette phrase qui priva-

tise les services publics d'orientation professionnelle : « L'articulation avec les pouvoirs publics et les dispositifs tels que le service public de l'orientation, devra être discutée avec l'ensemble des interlocuteurs concernés, notamment dans le cadre du débat sur la décentralisation » et le « conseil d'orientation professionnel » public-privé... Aucun, aucun effet sur la courbe du chômage.

7°) On entend claironner qu'il y aurait présence de représentants de salariés dans les « organes de gouvernance de tête » ou conseils d'administration ou de « surveillance » ? Immense avancée ?

Un salarié ou deux salariés (quand le nombre d'administrateurs est supérieur à 12) obtiendraient une voix délibérative dans les organes de décision des grands groupes (5 000 salariés en France ou 10 000 dans le monde). Ayant le même statut que les autres administrateurs, leur fonction serait incompatible avec celle de membre du CE, du CHSCT, de DP ou de DS.

Mais dans 229 entreprises seulement ! Faites confiance aux administrateurs patronaux pour « bien » préparer les réunions où il y aura représentant des salariés. S'il apparaît nécessaire de préciser dans l'ANI que le dialogue doit être « constructif et se tenir dans un climat de confiance » c'est qu'il y a problème. Lequel est aussitôt pointé du doigt puisque ce seront les employeurs qui imposeront aux élus du personnel ce qui sera soumis à confidentialité et pour quelle durée !

En échange, « l'ensemble des informations données de façon récurrente, aux IRP sous forme de rapports ou autres » (article 12 -1) est « remplacé » d'ici un an par « une base de données unique mise à jour régulièrement » (sic). Ce nouveau « truc » à facettes multiples va introduire en pratique plus de confusion que d'informations.

L'ANI insiste : « Les demandes d'information ou d'éclaircissement ne doivent en aucun cas conduire à empêcher la bonne marche de l'entreprise » (sic). Cela va être un recul d'une telle ampleur de l'information des IRP que l'ANI juge bon de préciser que cela se fera « sans remettre en cause les attributions des représentants du personnel ». Ils savent tellement que Ça va aller mal dans les PME/TPE qu'ils prévoient un « truc tordu » : « des adaptations aux entreprises de moins de 300 salariés dans les 12 mois suivants sa mise en œuvre dans les entreprises de 300 salariés et plus » (sic).

En pratique le démantèlement des procédures actuelles d'information/consultation des IRP « remplacé » par une usine à gaz unique mais à facette multiple va être l'occasion pour les employeurs d'un petit bonus : les délais pour mettre en place les CE et les DP sont allongés à un an... (en plus d'avoir obtenu des gouvernements

successifs que le mandat des délégués du personnel passe d'un an à 4 ans, voila qu'ils se donnent un petit bonus de trois mois pour organiser les élections). Rien, rien à voir avec l'inversion de la courbe du chômage avant fin 2013!

8°) Accords dits de « maintien de l'emploi » ou de « compétitivité »

Il s'agit officiellement de « donner aux entreprises les moyens de s'adapter aux problèmes conjoncturels et de préserver l'emploi ». (Titre II de l'ANI). Il s'agit surtout de donner aux employeurs dont l'entreprise est en difficulté les moyens d'exiger des sacrifices de la part des salariés pour la redresser : « chômage partiel » et « nouvel équilibre pour une durée limitée dans le temps – 2 ans maximum! – dans l'arbitrage global temps de travail, salaire, emploi au bénéfice de l'emploi » (article 18 de l'ANI). Il sera possible de faire varier les horaires et de baisser les salaires : c'est une généralisation d'accords qui avaient été signés et rendus célèbres à l'époque dans des entreprises comme Bosch, et Continental, ce qui ne les avait pas empêchés de fermer après avoir essoré leurs salariés!

Une façon de faire plier l'échine aux salariés en prévoyant que lorsque l'entreprise est mise en difficulté, ils sont contraints de s'incliner : l'ANI précise bien, « l'accord s'impose au contrat de travail ». Pas de contestation, pas de recours : en cas de refus du salarié, la rupture de son contrat « s'analyse en un licenciement économique dont la cause réelle et sérieuse est attestée par l'accord précité ». Viré automatiquement, impossible d'aller au tribunal! S'ils sont nombreux à refuser, pas de « plan social » : « l'entreprise est exonérée de l'ensemble des obligations légales et conventionnelles qui auraient résulté d'un licenciement pour motif économique »!

C'est finalement l'application du projet de loi annoncé par Sarkozy le 31 janvier et publié au JO sous le nom de loi Warsmann art 40 le 22 mars 2012 : cf. Article 40 de la loi Warsmann : « Modulation du nombre d'heures travaillées sur courte période sans requalification du contrat de travail : la mise en place d'une répartition des horaires sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année prévue par un accord collectif ne constitue pas une modification du contrat de travail ». Mais en pire : c'est 2 ans! Et les salaires aussi peuvent baisser! C'était déjà possible de signer des accords dérogatoires au Code ou à la convention collective par la loi Fillon du 4 mai 2004. Ça inversait la hiérarchie des sources de droit. Mais le salarié pouvait refuser et il gardait ses droits de recours en cas de licenciement. C'est donc pire que la loi Fillon du 4 mai 2004 : ce dernier n'avait pas osé à l'époque imposer la loi à un salarié qui refusait individuellement la baisse de son salaire. Celui-ci restait dans ses droits!

Là, ce n'est plus le cas, il sera licencié avec une « cause réelle et sérieuse » présumée, le contenu de l'accord. (Cela pourrait être anticonstitutionnel parce que cela prive le juge d'apprécier lui-même la cause réelle et sérieuse).

Sur ce point-là c'est un recul historique d'une ampleur encore inappréciable! Car ça bouleverse un point fondamental du rapport entre la loi, la convention et le contrat de travail! Quel effet sur l'emploi? Là, il peut y en avoir : différer dépôts de bilan et liquidation en faisant payer les difficultés aux salariés. Le chantage à l'emploi est légalisé et le contrat de travail collectif et individuel peut être attaqué dans ses éléments substantiels.

9°) Mobilité interne : une entreprise qui supprime des postes mais « reclassé » les salariés en signant un accord majoritaire sera dispensée de « plan social »

Là, on entre dans un autre univers. Ça franchit des années-lumière de remise en cause du droit du travail. Car il s'agit de « mise en œuvre de mesures collectives d'organisation... se traduisant par des changements de postes ou de lieux de travail au sein de la même entreprise »! (ANI art. 15). Cela peut donc affecter des services entiers d'une entreprise sans plan social. Il est précisé qu'en cas de refus d'un poste, le salarié pourra être licencié « pour motif personnel » pas pour « motif économique »! (un des points les plus fous de l'accord « historique ». Les « partenaires » sociaux signataires s'accordent pour dire que les Prud'hommes ne sont plus juges du motif du licenciement!...et que le salarié est responsable de son licenciement pour refus de mobilité!). Les entreprises auront ainsi la possibilité de restructurer sans plan social en imposant aux salariés la « mobilité ». Les limites « à la mobilité géographique » ne sont pas définies. Elles sont reportées à une autre négociation! D'une société d'un groupe à l'autre? « Au-delà de la zone géographique de son emploi »? On ne mesure pas encore l'ampleur de cet autre énorme recul.

Mais une quantité exceptionnelle de situations de menace de « mobilité » forcée, de changement de contrat de travail, vont s'engouffrer là-dedans. Sauver de l'emploi de cette manière? À quel prix?

10°) Faciliter les plans sociaux : ils pourront donc faire l'objet de procédures dérogatoires s'il y a accord majoritaire avec les syndicats de l'entreprise

Vous lisez bien : le droit du licenciement collectif recule. Il sera possible de déroger par accord avec des syndicats... bienveillants : (énumération article 20 -1 de l'ANI)

- sur le nombre et le calendrier des réunions avec les IRP
- la liste des documents à produire

- les conditions et les délais de recours à l'expert
- l'ordre des licenciements,
- le contenu du plan de sauvegarde

C'est-à-dire quasiment sur tout. Incroyable: si on arrive à obtenir un accord avec des syndicats de l'entreprise, qui négocient dans ces circonstances avec un revolver sur la tempe, plus besoin de contrôle de l'inspection du travail, que du bonheur! On ne contrôle pas les licenciements boursiers, on les permet s'il y a accord... syndical! Ça fait logiquement suite aux « accords de compétitivité » précédents. La loi prévoyait que, dans l'ordre des critères de licenciement, l'ancienneté et la situation sociale arrivaient, de façon protectrice, en premier. Dorénavant selon l'ANI « la compétence professionnelle » sera privilégiée. Vous lisez bien: le critère social est relégué.

Une fois que l'employeur vous aura essoré par « accord » pendant deux ans, sur la durée du travail, sur le salaire sans que vous puissiez dire « non », il pourra mettre la clef sous la porte après « un délai égal à la durée de l'accord qui aura été conclu ». Sans trop de risques administratifs (homologation cf. ci dessous) ou judiciaires (lequel n'aura plus le droit – cf. ci dessous – de juger la procédure), sans avoir de comptes à rendre, il lui suffira de dire au juge qu'il a eu la signature de syndicats de son entreprise pour baisser les droits, mais qu'il n'a pas pu réussir, malgré ça à maintenir des profits suffisants. Avec ça, les employeurs et actionnaires ne seront plus « risquophiles » mais « risquophobes »!

Quel effet emploi en 2013? Peut-être cela peut avoir un effet sur l'emploi en baissant la qualité de ceux-ci et en les différenciant. Peut-être.

11°) Invention de nouveaux plans sociaux « produits par l'employeur » : ils pourront être sécurisés par une « homologation administrative »

Si vous avez du mal à comprendre: en résumé, il ne s'agira pas d'un contrôle administratif des licenciements mais... d'un contrôle des dérogations aux licenciements. La « garantie de l'Etat » serait apportée aux employeurs qui « produisent » eux-mêmes un plan social accéléré, raccourci, arraché à leurs IRP et leurs syndicats. C'est une nouvelle formule de licenciement selon un plan « produit par l'employeur » qui, pareillement fixe les calendriers, modalités dérogatoires, du PSE... Celui-ci le soumet « pour avis » au CE, en une seule fois puis il demande qu'il soit « homologué par le Dirrecte ». (Notez bien qu'il s'agit du directeur pas de l'inspection du travail). Une décision administrative donc, une nouveauté qui pourrait étonner de la part du MEDEF, mais on comprend mieux après... C'est par le Dirrecte. Le Directeur Régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du

travail et de l'emploi, personne dont le seul titre permet de mesurer le degré d'indépendance par rapport au gouvernement, a remplacé par la magie de la recodification du code du travail en 2008 – soi-disant à droit constant – le directeur départemental du travail et de l'emploi issu de l'inspection du travail, institution dont l'indépendance est garantie par la convention 81 de l'OIT; on comprend mieux cet engouement du MEDEF pour l'administration. Imaginez la droite revient!

Lorsque l'employeur recourt à la procédure d'homologation, il établit un document qu'il soumet à l'avis du comité d'entreprise (en une seule réunion), préalablement à sa transmission au Dirrecte: ce document précise le nombre et le calendrier des réunions des instances représentatives du personnel, les délais de convocation donc moins de réunions et des délais plus courts alors qu'actuellement, ce nombre et ces délais sont fixés par les articles L.1233-30 du Code du travail, qui précise même que seuls des délais plus favorables peuvent être prévus par accord collectif, la liste des documents à produire (l'employeur pourra donc faire moins que les informations actuellement prévues par les articles L.1233-30, L.1233-32 et L.1233-62 du Code du travail) ainsi que le projet de PSE. Semblent « oubliés » dans la transmission à l'inspection du travail la liste des salariés visés par le licenciement: les procès-verbaux des réunions des représentants du personnel avec leurs avis, suggestions et propositions; la mention éventuelle du recours à un expert-comptable par le comité d'entreprise; la date de la deuxième et, dans le cas du recours à un expert-comptable, de la troisième, réunion du comité d'entreprise; les noms, prénoms, nationalité, date de naissance, sexe, adresse, emploi et qualification des salariés concernés par le licenciement; les modifications qui ont pu être apportées au calendrier prévisionnel des licenciements et au plan de sauvegarde de l'emploi comme le prévoient les articles L.1233-47, L.1233-48, D.1233-4 R.1233-6 et R.1233-7 du Code du travail. L'administration se prononce dans un délai de 21 jours (au lieu actuellement de 21, 28 ou 35 jours suivant le nombre de licenciements – article L.1233-54 du Code du travail) sur le document et le projet de plan de sauvegarde de l'emploi. Il y a mélange entre le contrôle de la procédure et le contrôle de la consistance du plan de sauvegarde de l'emploi. A défaut de réponse expresse dans ce délai, ils sont réputés homologués. L'homologation devient tacite!

À compter de la date de présentation du document au CE, la procédure s'inscrit dans un délai maximum préfixe (actuellement, les procédures ne fixent pas de délais globaux stricts; en outre les délais existants sont entre les réunions de consultation des représentants du personnel et ils ne partent pas d'une date à la discrétion de l'em-

ployeur comme cette présentation d'un « document » au CE), non susceptible de suspension ou de dépassement :

- de 2 mois pour les projets de licenciements collectifs pour motif économique concernant de 10 à 99 salariés,
- de 3 mois pour les projets de licenciements collectifs pour motif économique concernant de 100 à 249 salariés,
- de 4 mois pour les projets de licenciements collectifs pour motif économique concernant 250 salariés et plus.

La mise en œuvre des reclassements internes peut débiter à compter de l'obtention de l'homologation!!! En cas de refus d'homologation de la procédure par l'administration, celui-ci est motivé. L'entreprise doit alors établir un nouveau document et le soumettre à la procédure d'homologation visée au premier alinéa. Le délai maximum mentionné au troisième alinéa est alors suspendu jusqu'à l'homologation, par l'administration, du document établi par l'employeur. Toute action en contestation de l'homologation doit être formée dans un délai de 3 mois à compter de son obtention. (Il faut sans doute comprendre que les Prud'hommes ne pourront être saisis par les salariés qu'après une procédure au tribunal administratif!) Toute contestation par le salarié visant le motif du licenciement ou le non-respect par l'employeur des dispositions du document ayant fait l'objet d'une homologation doit être formée dans un délai de 12 mois suivant la notification du licenciement. (cf. remarque plus haut sur cette réduction à un an du délai de 5 ans sur le motif du licenciement). Comment aller plus vite et plus loin pour expédier un PSE? L'accord arraché par le patron homologué par le Dirrect pourra déterminer :

- le nombre et le calendrier des réunions avec les IRP (moins, et plus vite sinon on ne voit pas l'intérêt de déroger pour les employeurs); et de plus cette dérogation est hélas déjà inscrite dans le code du travail (article L.1233-21)
- la liste des documents à produire (régression nouvelle, contraire à l'article L.1233-23 du code du travail qui précise que l'accord dérogatoire ne peut déroger sur ce point),
- les conditions et délais de recours à l'expert (régression nouvelle sans doute, car l'article L.1233-35 ne prévoit que des dérogations pour « des délais plus favorables aux salariés »!),
- l'ordre des licenciements (un terrible recul, jusqu'ici l'employeur devait prendre en compte les charges de famille, l'ancienneté, l'âge, les handicaps, et les « qualités professionnelles appréciées par catégorie » – article L.1233-5 – et même si la jurisprudence lui permettait de privilégier un critère, ce n'est pas la même chose, du point de vue du rapport de forces

dans les entreprises que d'inscrire dans l'accord et même dans la loi si l'on en croit les annonces gouvernementales, que le critère qui sera privilégié sera, comme prévu plus loin à l'article 23 de l'accord, la « compétence professionnelle », et d'autant plus que la notion de « compétence » donne plus encore que les « qualités professionnelles appréciées par catégorie » libre champ à l'arbitraire patronal).

- le contenu du plan de sauvegarde de l'emploi. Que va dire l'accord dérogatoire: que les reclassements en Bulgarie à 400 euros sont acceptables? La jurisprudence considère, en toute logique, que le plan de sauvegarde de l'emploi ne peut se confondre avec l'accord de méthode dérogatoire. C'est de la dynamite: il s'agit de court-circuiter toutes les procédures et « dé-judiciariser » les plans sociaux. Il est bien précisé que les délais « sont des délais préfixes, non susceptibles de suspension ou de dépassement ». Toute action en contestation de la validité de l'accord doit être formée dans un délai de 3 mois à compter de son dépôt (Autre terrible recul car c'est au lieu du délai qui est, conformément à l'article L.1233-24 du Code du travail – de 12 mois quand l'accord « détermine ou anticipe le contenu du plan de sauvegarde de l'emploi »! et c'est le cas dans un accord de ce type!).

Le Medef avait peur des syndicats. Il avait peur des contrôles des IRP lors des plans sociaux. Il avait peur de l'inspection du travail. Il avait peur des juges. En fait il a peur de tout contrôle social. C'est bien Laurence Parisot qui affirme que « la liberté de penser commence là où commence le code du travail ». L'ANI réduit le rôle des syndicats. L'ANI réduit le rôle des IRP. L'ANI écarte l'inspection du travail. L'ANI raccourcit les délais, procédures et recours. L'ANI réduit le contrôle des juges. Il avait été réclamé un contrôle des plans sociaux boursiers, ou abusifs. C'est le contraire, dans cet accord, ils sont facilités simplifiés pour les employeurs. Mittal ou Pétroplus, Sanofi auraient pu aller plus vite avec ça. Une fois les délais raccourcis, les PSE facilités, les employeurs vont se ruer dessus. Pourvu que pareil « accord » ne s'applique pas, et pas trop tôt (fin 2013?). Le Medef a obtenu, là, le plus sûr moyen de couler la gauche et de faire le maximum de chantage à l'emploi contre les salariés et leurs syndicats.

Chaque fois que les licenciements ont été facilités (1986, avec la « suppression du contrôle administratif de l'inspection du travail », 2008 avec la « rupture conventionnelle ») il y a eu des pics de licenciements. Par exemple les « ruptures conventionnelles » qui permettent des ruptures de contrats sans motif, il y en a eu 1 million, 250 000 par an depuis 2008, un raz de marée! Cet

accord, si, par malheur, il lui est donné une suite parlementaire, va nuire à l'objectif d'inverser la courbe du chômage avant fin 2013!

12°) Remise en cause de la place des procédures en droit du travail : vers la suppression des motifs pour les licenciements

L'ANI prévoit la réduction des délais d'un plan social. Pas seulement des délais de réalisation mais aussi des délais de contestation! Ça s'appelle « rationaliser les procédures de contentieux judiciaire ». En fait il ouvre la voie à un bouleversement de la place de la procédure en droit du travail. Il s'agit encore de diminuer le temps et le coût des licenciements! Mais aussi la formulation des motifs base des recours.

Pour ceux qui croyaient que « la procédure est sœur jumelle de la liberté », c'est fini... L'ANI demande à ce que la « sécurité juridique des relations de travail ne soit pas compromise si des irrégularités de forme sont assimilées à des irrégularités de fond ». (art. 24). Il s'agit de contrecarrer les décisions des juges de recours des chambres sociales. Après le fond, dérogatoire, rendus possible, ils seront muselés en droit formel du licenciement. C'est une offensive idéologique de fond qui s'engouffre derrière cela : si le « contrat de travail » relève d'un accord entre deux parties, la rupture de ce contrat relève d'un acte unilatéral et dans ce dernier cas, la procédure est indissociable du fond. Le Medef progresse de façon acharnée vers le but qui est le sien : le licenciement sans motif. Le « motif », ce serait la forme, l'économie, c'est le fond. Il faut pouvoir licencier sans se faire embarrasser de motifs... humains!

Alors évidemment l'ANI prend des précautions : il invoque le respect des principes généraux du droit et de la Constitution. Mais il y a aussi l'OIT qui interdit de licencier sans motif!

13°) L'ANI ou « accord de Wagram » termine sur des vraies mesquineries contre les salariés :

La justice est l'ennemi du Medef! Selon Laurence Parisot « *Les Prud'hommes, ça insécurise les employeurs* ». Jusqu'à présent ils ont réussi à bloquer les conciliations, à renvoyer aux juges départiteurs, à diminuer la formation, les crédits d'heures attribués aux conseillers prud'hommes, à différer les futures élections prud'hommes... Un salarié disposait de 5 ans pour se porter aux prud'hommes, le délai est réduit à 24 mois. Jusque-là il était possible à un salarié de réclamer ses heures supplémentaires 5 ans en arrière, que le contrat soit en cours ou qu'il soit rompu. Désormais ce ne sera plus que 36 mois. C'était une vieille revendication du Medef! Il y aura un plafonnement des dommages et intérêts que pourront obtenir des

prud'hommes les salariés en réparation des préjudices qu'ils auront subis. Étrangement cela n'est évoqué que devant le « bureau de conciliation » : parce que sinon, cela aurait pu être anticonstitutionnel de fixer pareil plafond aux juges. Alors l'ANI répète qu'il doit y avoir « conciliation » dans les deux mois. C'était déjà le cas. La conciliation est systématique et a valeur de la chose jugée. Sauf que dans 80 % des cas, les employeurs refusent. Donc l'affaire prospère en audience : à quoi sert alors de mettre un plafond de dommages et intérêts? Sinon pour PLAFONNER la demande des salariés elle-même afin d'obtenir justice dès la conciliation plutôt que d'attendre longuement l'audience? Et si la demande est plafonnée en conciliation il sera difficile de demander davantage en audience. Bien vu, hein? Les parties peuvent, lors de l'audience devant le Bureau de Conciliation, choisir de mettre un terme définitif au litige qui les oppose en contrepartie du versement, par le défendeur au demandeur, d'une indemnité forfaitaire. Les Prud'hommes et la Cour d'appel ne pourraient plus proposer la réintégration du salarié en cas de licenciement pour une cause qui n'est pas réelle et sérieuse, ou en cas de licenciement, pendant la période de suspension du contrat, d'un salarié victime d'un accident du travail, comme le prévoient encore les articles L.1235-3 et L.1226-15 du Code du travail? Que deviennent les nullités des licenciements prononcés pendant la grossesse, les nullités des licenciements liés au harcèlement moral ou sexuel, les nullités des licenciements liés à une action en justice sur la base de l'égalité professionnelle, les nullités des licenciements fondés sur une discrimination (– articles L.1225-5, L.1152-3, L.1153-4, L.1144-3, L.1132-4 du Code du travail –)?

La conciliation intervenue en cette forme a, entre les parties au litige, autorité de la chose jugée en dernier ressort de la chose jugée en dernier ressort. Elle n'est pas belle la vie? Toute demande portée devant les prud'hommes est inscrite au rôle du bureau de conciliation dans les deux mois de son dépôt au greffe. À défaut de conciliation, l'affaire est portée devant le Bureau de Jugement, qui doit former sa conviction au vu des éléments fournis par les parties (les signataires de cet accord « oublie » qu'après avoir pesé ces éléments, le juge peut ordonner des mesures d'instruction complémentaires qu'il estime utiles, et « oublie » surtout que « si un doute subsiste, il profite au salarié » – article L.1235-1 du Code du travail, ainsi qu'à la salariée enceinte, en application de l'article L.1225-3 du Code du travail), et justifier du montant des condamnations qu'il prononce en réparation du préjudice subi par le demandeur.

Pour ceux qui ne savent pas, c'est la deuxième mort de la célèbre lingère de Chamonix : de mémoire, cette femme avait travaillé de l'âge de 16 ans à l'âge de 65 ans

comme lingère dans le plus grand hôtel de Chamonix. Seule et simple, elle avait travaillé 7 jours sur 7, et 12 heures par jour sans savoir qu'elle pouvait se plaindre. Elle a travaillé pour le patron grand père, puis pour le fils, puis pour le petit-fils. Elle logeait même dans une chambre de bonne sous les combles de l'hôtel. Lorsqu'elle a eu 65 ans, le petit-fils l'a viré! De sa chambre de bonne aussi! Un syndicaliste l'a pris en pitié: il a conduit le procès aux prud'hommes. En s'appuyant sur de nombreux témoignages, il a pu invoquer une « prescription trentenaire » pour le « dol » exceptionnel que cette femme avait subi! Elle aurait reçu 360 000 euros d'indemnités. On peut croire au contraire que l'employeur de Chamonix aurait dû payer dix fois plus. Comme inspecteur du travail, il m'est arrivé d'être obligé de donner l'autorisation à un délégué CGC d'une banque parisienne pour une « rupture conventionnelle », lequel avait négocié son départ pour la même somme à 360 000 euros, mais pour... 2 ans et demi d'ancienneté.

Impossible de dire que cet accord est le plus important depuis trente ans. Les accords de 1995 (sur la réduction du temps de travail, nombre d'heures supplémentaires limitées à 91 heures par an, définies comme « exceptionnelles et imprévisibles ») ou de 2008 (sur la représentativité syndicale) étaient plus importants, mais surtout plus progressistes.

Par contre cet accord est minoritaire, il peut, il doit être remis en cause par le Parlement de gauche.

Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 : De la sécurisation de l'emploi à la sécurisation des licenciements

Par Frédéric Rauch

Rédacteur en chef de la revue *Économie et Politique*

Les 9 et 10 juillet 2012, le gouvernement lançait une grande Conférence sociale. Son objectif, la construction sur les deux premières années du mandat présidentiel d'un « *nouveau compromis social historique* ». Prônant la méthode du « *donnant-donnant* », l'ambition gouvernementale travaille ainsi à l'intégration sociale des « *partenaires sociaux* » dans ses choix politiques prioritaires : la lutte contre la dette publique et la compétitivité.

Piège tendu aux organisations syndicales et aux salariés, cette démarche a déjà donné quelques fruits.

Le premier est l'accord « *compétitivité-emploi* », qui se traduit par un allègement de charges fiscales de 20 milliards d'euros pour les entreprises (crédit d'impôt), une hausse de 10 milliards de la TVA et une réduction de 10 milliards de la dépense publique. Cet accord opère clairement un glissement sur les ménages des coûts des entreprises, les ménages prenant à leur charge une partie des contraintes de compétitivité des entreprises, mais sans qu'ils puissent avoir le moindre contrôle ni obtenir la moindre contrepartie en termes d'emplois créés.

Le second est l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier dernier dit de « *sécurisation de l'emploi* », signé par le Medef, la CGPME, l'UPA, la CFDT, la CFTC et la CGC. La CGT et FO, rejoints ensuite par la FSU et SUD-Solidaires, se sont prononcés contre cet accord. Ce texte censé sécuriser l'emploi a abouti à un accord sécurisant la flexibilité dans l'entreprise et les licenciements des employeurs. Il résulte de son contenu une remise en cause significative du code du travail.

Bénéficiant d'une forte couverture médiatique, ce texte a été présenté comme une victoire historique pour la méthode gouvernementale... et pour le patronat ! Par exemple, le Financial Times a vu dès le 12 janvier dans cet accord une victoire historique pour le patronat français.

Et pour cause :

• *L'accord avance d'un pas de plus vers la mort du CDI (article 22 de l'ANI)*

Le patronat avait une grande ambition pour la remise en cause du CDI au début de la négociation. Base de travail pour la négociation suite au refus catégorique du patronat de discuter le texte de la CGT et à l'attitude

du gouvernement renonçant à la demande des syndicats de réécriture d'un texte équilibré comme base de travail partagée pour la négociation, son projet initial visait la création d'un CDI de projet avec le CDI intermittent.

Fort heureusement l'ambition initiale a été contrée. Le CDI de projet a été rejeté par les organisations syndicales. Mais le CDI intermittent est resté avec l'idée arbitraire de son expérimentation dans 3 secteurs d'activité (chocolat, formation et vente d'articles de sport). Or si la proposition de l'accord est introduite dans la loi, elle ouvre une brèche nouvelle dans la norme du CDI. Car rien n'empêchera alors son élargissement aux autres secteurs et à toutes les entreprises.

• *Les contrats courts ne coûteront pas globalement plus chers aux entreprises (articles 4 et 11 de l'ANI)*

Ce point a conditionné la ratification par la CFDT du texte global. Cependant, la proposition ne permet pas de remettre en cause la précarisation de l'emploi par l'utilisation abusive des CDD par les employeurs. Certes, elle fait sur-cotiser les entreprises pour les CDD de moins de 3 mois à moins d'un mois. Pour ces CDD, l'employeur devra respectivement payer 70 % de plus et 40 % de plus. Mais elle oublie d'appliquer la surcotisation aux CDD de plus de 3 mois, aux contrats saisonniers, aux CDD usuels, ainsi qu'aux contrats d'intérim. Ce qui exclue plus de 70 % des titulaires de CDD. Et elle ajoute que le passage de CDD en CDI pour les jeunes de moins de 26 ans s'accompagnerait d'une exonération de cotisations d'assurance chômage pendant les 4 premiers mois du nouveau contrat en CDI.

De sorte qu'au final, si le coût pour les entreprises de la surcotisation représente 110 millions d'euros, le gain réalisé par l'exonération de cotisation chômage pendant 4 mois leur permettra d'empocher 155 millions d'euros. Soit un solde positif pour les entreprises de 45 millions d'euros. Il s'agit donc clairement d'une mesure qui n'incitera pas à la lutte contre le développement des CDD, en particulier en direction des jeunes.

• *L'accord institutionnalise le chantage à l'emploi (articles 7, 15, 18, 20, 23 de l'ANI)*

En fait, l'accord introduit une série de propositions visant, en autres, à affaiblir la portée de la définition du

licenciement économique et à permettre à l'employeur de contourner la procédure des PSE et d'en alléger significativement le coût. Ainsi, l'article 7 prévoit une période de mobilité volontaire des salariés pour aller découvrir un emploi dans une autre entreprise! Au terme de cette période, si le salarié reste dans l'entreprise d'accueil, il est déclaré démissionnaire et l'entreprise est exonérée de toutes les obligations légales et conventionnelles qui auraient pu résulter d'un licenciement économique. On imagine bien les risques de mobilité forcée par les employeurs qui peuvent résulter d'une pareille mesure si elle était introduite dans le code du travail, et tout le bénéfice financier qu'ils peuvent en tirer. De même, l'article 15 sur la mobilité interne des salariés dans les entreprises prévoit qu'une fois définis les termes de la mobilité géographique et professionnelle prévue dans le cadre des négociations triennales sur la stratégie de l'entreprise et sur la GPEC, lorsqu'un salarié refuse une modification de son contrat de travail imputable à une demande de mobilité géographique par l'employeur, quand bien même le périmètre de cette mobilité interne à l'entreprise ne serait pas défini, la rupture du contrat de travail induite ne serait plus qualifiable de licenciement économique mais dite pour motif personnel. De sorte qu'elle n'ouvrirait plus droit à indemnités. Là encore, la possibilité de pression des employeurs sur les salariés est immense pour leur faire accepter des régressions. L'article 18 sur les accords de maintien dans l'emploi prévoit lui aussi que dans le cas d'un refus d'une modification de l'arbitrage emploi/temps de travail/salaire par l'employeur, la rupture de contrat de travail qu'il occasionne qualifiée de licenciement économique est réputée individuelle. De sorte que l'entreprise échappe alors aux obligations légales et conventionnelles d'un licenciement économique collectif pour motif économique. On mesure encore le niveau du chantage à l'emploi qui va peser individuellement sur les salariés en cas de conflit avec leur direction. Ensuite, avec l'article 20 relatif aux règles du licenciement de 10 salariés sur une période de 30 jours dans les entreprises de plus de 50 salariés, le texte introduit deux nouveautés majeures au droit du licenciement collectif pour motif économique très sécurisantes pour l'employeur. D'une part, il introduit la possibilité de dérogations à la procédure du licenciement économique de 10 salariés dans une entreprise de plus de 50 salariés en cas d'accord signé avec une ou plusieurs organisations syndicales recueillant 50 % des suffrages exprimés au 1^{er} tour des élections professionnelles. D'autre part, il introduit une procédure d'homologation administrative du PSE par le Directeur (inspection du travail), qui accélérera et simplifiera de fait la procédure. Mais faute de moyens pour les services en question d'assurer leurs missions, le contrôle ne sera pas opérationnel. Dans les deux cas, le texte fragilise l'intervention du juge sur la procédure et le contenu du PSE, ainsi que les possibilités de recours des salariés concernés.

Enfin, avec l'article 23 concernant l'ordre des licenciements, le texte renforce la possibilité pour l'employeur de sélectionner les salariés qui seront licenciés pour motif économique, en posant un ordre de licenciés non par ancienneté mais par compétence. Ces propositions patronales sont des attaques en règle contre ce qui est encore le pivot du dispositif français d'accompagnement des restructurations: le licenciement pour motif économique. Combinées à la rupture de gré à gré, on peut anticiper sans mal l'impact qu'elles auraient sur l'emploi.

• *L'accord sécurise pour l'employeur les procédures de licenciement collectif en affaiblissant le rôle du juge (articles 24, 25 et 26 de l'ANI)*

Au motif de rationaliser les procédures du contentieux, le texte introduit des dispositions susceptibles de contrecarrer ou de contourner les décisions du juge des chambres sociales. Ainsi, pour réduire le contrôle du juge sur le contenu du plan de sauvegarde de l'emploi et sur le respect de la procédure d'information et de consultation des représentants du personnel, l'accord organise deux procédures, alternatives, de licenciement économique collectif (10 salariés et plus sur 30 jours). La première renvoie aux institutions représentatives du personnel le soin de signer avec l'employeur un accord de méthode dont la contestation est très encadrée. La seconde attribue le pouvoir de contrôle à l'administration du travail, qui n'aura pas les moyens de l'exercer réellement dans le bref délai imparti. Au lieu d'empêcher les licenciements collectifs qui satisfont des intérêts purement financiers, cet accord organise donc, au contraire, la neutralisation du juge judiciaire. Il répond ainsi à une des préoccupations du Medef. Par ailleurs, le texte prévoit de réduire les délais de prescription des recours pour les salariés. Ces derniers n'auront plus que 2 ans pour saisir le juge (ramené à un an en cas de licenciement économique collectif) et 3 ans au lieu de 5 pour faire valoir leur droit à rappels pour leurs heures supplémentaires ou leur salaire. De plus, en fixant un barème d'indemnisation forfaitaire du salarié pour mettre fin à la contestation d'un licenciement, l'accord rompt avec le principe de réparation intégrale des conséquences de la perte d'emploi et dissuade le juge d'exercer son pouvoir d'appréciation sur l'étendue du préjudice réellement subi par le salarié.

• *L'accord n'ouvre pas sur de véritables droits rechargeables à l'assurance chômage pour les salariés (article 3 de l'ANI).*

Conçus comme la possibilité pour chaque chômeur retrouvant un emploi de conserver le reliquat des droits à allocation chômage tirés de son emploi passé, les droits rechargeables à l'assurance chômage auraient pu constituer une avancée sensible. Mais ni le contenu précis de ces droits, ni le niveau de leur financement ne sont avancés. La définition des paramètres du dispositif et leur

mise en œuvre ne sont envisagées que dans le cadre de la renégociation de l'ANI du 25/03/2011, prévue d'ici au 31/12/2013. Pourtant, selon cet accord, le groupe de travail se réunit toutes les 6 semaines depuis le 4^e trimestre 2011 et ne semble pas avoir avancé depuis sur ce sujet qui est pourtant acté au programme de ses débats (annexe de l'ANI du 25-03-2011). Quant au financement, le texte prévoit en préalable de « *ne pas aggraver les déséquilibres financiers du régime d'assurance chômage* ». Le patronat ne veut pas mettre un sou dans le dispositif, pas plus que le gouvernement, englué dans son obsession de réduction des déficits publics. Or l'Unedic vient d'annoncer un déficit de 5 milliards d'euros pour 2013 (multiplié par 2 par rapport à 2012), suite à une révision des perspectives de la croissance française (0,1 % au lieu de 0,3 %), qui entraînera 174 000 chômeurs indemnisés de plus en 2013. Il y a donc fort à parier que dans le cadre de la négociation, pour définir et financer ces droits rechargeables, la pression patronale portera sur une diminution du niveau d'indemnisation de l'ensemble des chômeurs. Ce qui n'est pas acceptable.

• ***L'accord crée une vraie-fausse complémentaire santé (articles 1 et 2 de l'ANI)***

Point de l'accord mis en avant comme une avancée pour les 4 millions de salariés concernés, la proposition est en réalité une charge contre notre système de sécurité sociale et son système de financement solidaire, contre le pouvoir d'achat des salariés, et un point d'appui en faveur de la profitabilité du monde assurantiel. Sous prétexte de généralisation de la couverture santé aux salariés, cette complémentaire santé est une attaque contre le principe d'une couverture à 100 % par la sécurité sociale des dépenses de santé. Elle hypothèque une remontée progressive de la part employeurs dans le financement de la sécurité sociale (-16 points depuis 1990) potentiellement applicable dans le cadre de la future réforme du financement de l'assurance maladie et de la sécurité sociale prévue en 2013. Totalement maîtrisée par les employeurs (« *les partenaires sociaux de la branche laisseront aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix* »), la mise en œuvre de la mesure ouvre en grand la porte aux assureurs. Il y a fort à parier que dans cette négociation employeurs-assureurs, les employeurs profiteront de l'aubaine pour renégocier leurs contrats d'assurance généraux avec leurs assureurs dans le cadre de cette négociation sur la complémentaire santé de leurs salariés, cela sur le dos de leurs salariés. Une pratique bien connue des négociations entreprises-assureurs Outre-Atlantique, à l'avantage partagé des assureurs et des entreprises, où les salariés et leur couverture santé complémentaire sont des variables d'ajustement dans la négociation. De plus, en cas d'absence d'accord d'entreprise, le panier de soins pris en charge obligatoirement par la complémentaire sera en dessous de celui de la CMU-C. Ce ne sera donc pas un progrès social. Plutôt que d'ouvrir de nouveaux droits,

cet accord va, en fait, installer toute une partie de la population dans un carcan de soins minimum remboursés. Ce sera une augmentation du renoncement aux soins de qualité, au droit aux soins en dehors du panier pris en charge... Enfin, le financement de cette complémentaire obligatoire sera assuré à parts égales par les employeurs et les salariés. Le coût annuel approximatif de la mesure est de l'ordre de 4 milliards d'euros, soit un prélèvement supplémentaire de 2 milliards sur les salaires des 4 millions de salariés concernés. À l'heure où le pouvoir d'achat des salariés est profondément impacté par les mesures d'austérité budgétaires et salariales, cette nouvelle ponction sur les salaires pour une couverture santé à minima va alourdir la barque des ménages.

• ***L'accord place les représentants des salariés dans les CA des entreprises, mais sans pouvoirs nouveaux sur leurs choix de gestion (articles 12 et 13 de l'ANI).***

L'accord ouvre aux représentants des salariés la possibilité d'intégrer les Conseils d'administration des entreprises de plus de 10 000 salariés, ou d'au moins 5 000 salariés œuvrant sur le territoire national. Soit une représentation salariale dans pas plus de 200 entreprises françaises. Mais il accompagne ce droit nouveau de restrictions fortes (clause de confidentialité sur les sujets abordés) et de contreparties lourdes (modification de l'information des salariés sur la marche générale de l'entreprise) qui en réduit de beaucoup la portée potentielle. Néanmoins, la proposition ne doit pas faire illusion. Avant qu'elles ne soient privatisées par L. Jospin ou N. Sarkozy, les entreprises nationalisées comptaient 1/3 de leurs administrateurs parmi le personnel de l'entreprise. Si cette mesure a bien permis une meilleure information des salariés, elle n'a pas pour autant permis aux salariés d'influer sur les choix stratégiques de ces entreprises. Pour preuve, leur privatisation malgré un avis négatif de la majorité des organisations syndicales.

En réalité, cet accord est l'incarnation d'un compromis social construit sur la méthode du « *donnant-perdant* » pour les salariés. S'il était transposé en l'état dans la loi, seul le patronat en sortirait grand gagnant.

Reste que si la bataille est mal engagée, comme en témoigne la déclaration du Ministre Michel Sapin annonçant la transposition intégrale du texte, l'ampleur des dégâts attendus d'un tel texte pèse aujourd'hui au sein du Parti socialiste où les désaccords sur son contenu sont de plus en plus visibles. Il y a donc un débat à gauche qu'il faut impérativement rendre public et matière à épauler le travail des organisations syndicales non signataires pour une prise en compte des revendications syndicales dans la transposition du texte dans le projet de loi qui devrait atterrir sur le bureau de l'Assemblée entre le 6 et le 13 mars prochain. Tout n'est pas joué.

Le financement de la Sécurité sociale aujourd'hui : état de la question

Par Frédéric Rauch

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a été adoptée le 13 novembre dernier. Les parlementaires communistes et partenaires ont voté contre. À juste titre. Ce PLFSS pour 2013 n'est pas revenu sur les attaques portées par la droite au pouvoir depuis 10 ans, alors même que des amendements régulièrement déposés durant ces 10 années par la gauche étaient votés par l'ensemble des parlementaires de gauche. Mais en plus, il reste inscrit dans la politique de réduction des dépenses de Sécurité sociale antérieure. Loin de chercher à répondre aux besoins sociaux de la population, ceux apparus du fait de la baisse du niveau de la prise en charge socialisée ou ceux relevant des nouveaux défis à surmonter, il les amplifie avec des objectifs de dépenses par branche plafonnés par les moyens financiers de la Sécurité sociale. Pire, selon son annexe B, il inclut dans la politique de réduction de la dépense publique du gouvernement, les dépenses de Sécurité sociale. Cette dernière devant participer explicitement au retour à l'équilibre des comptes publics à l'horizon 2017.

Ce traitement du premier PLFSS du nouveau gouvernement de gauche du pays après 10 ans d'une politique de droite dévastatrice pour notre système de Sécurité sociale soulève plusieurs questions, dont une en particulier qui a trait aux travaux de notre commission : la problématique du financement de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un point essentiel pour la bataille politique que nous avons à mener durant cette année qui va ouvrir sur une grande réforme du financement de la Sécurité sociale. Or nous le savons tous, le choix de financement de notre système de Sécurité sociale est le cœur du débat sur l'avenir de notre système de protection sociale. Les caractéristiques de ce choix répondent à un choix de société.

L'état des lieux

- Pas de déficits abyssaux des comptes de la Sécurité sociale

Que la Sécurité sociale soit en déficit est incontestable. Selon les données de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, le bilan des régimes obligatoires de base affichera au 31 décembre 2012 un solde négatif de 15,2 milliards d'euros toutes branches confondues. Dans ce solde, le régime général y comptera pour 13,3 milliards d'euros. Et pour avoir une mesure complète de la situation, il faut ajouter le déficit du fonds de solidarité vieillesse (qui finance les prestations non contributives de la

branche vieillesse) qui alourdit la balance de 4,1 milliards d'euros. Soit un déficit total de 19,1 milliards d'euros. S'agit-il de déficits abyssaux comme le prétend la droite ? Si leur réalité ne doit pas être niée, il faut garder le sens de la mesure pour les appréhender.

Tout d'abord, pour significatifs qu'ils soient, ils n'en demeurent pas moins faibles au regard du budget de la Sécurité sociale et de l'évolution des déficits des comptes sociaux. Comparées à la totalité du budget de la Sécurité sociale pour 2012, soit 454,7 milliards d'euros de dépenses, ils n'en représentent que 4,2 %. Le déficit du régime général ne représentant quant à lui que 2,9 % de la dépense. Soit un niveau de déficit largement inférieur à celui de l'État. Mais surtout, ces montants restent inscrits dans la moyenne des déficits des 12 dernières années. Certes, il s'agit de la moyenne haute, mais sans démesure. Il n'y a donc pas péril en la demeure. Néanmoins, leur récurrence, malgré des batteries de mesures censées les enrayer, soulève la question de leur origine. Et par conséquent celle de l'efficacité des mesures engagées jusqu'ici pour les combattre.

• D'où viennent ces déséquilibres ?

Les experts déclarés s'accordent traditionnellement à dire que les déficits des comptes de la Sécurité sociale résulteraient d'un excès de dépenses : excès de dépenses des hôpitaux publics et assimilés, excès de consommation de médicaments des Français, excès de soins, excès de retraités par rapport aux actifs, ... Ces dépenses seraient excessives parce que croissant plus rapidement que le PIB. C'est l'argument du « nous vivons au-dessus de nos moyens ». Et donc logiquement, ils en déduisent qu'il faut maîtriser les dépenses de Sécurité sociale et préconisent des mesures de réduction du niveau de la prise en charge socialisée des assurés sociaux. C'est l'essence des arguments des réformes qui ont touché l'ensemble des branches de la Sécurité sociale sur les 20 dernières années.

Et d'une certaine façon, on peut dire que la démarche a porté ses fruits, en partie du moins. Selon le rapport du 24 février 2012 de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, entre 2002 et 2012, le rythme de croissance des charges nettes des régimes de base est passé de 5 % à 3 %. Un ralentissement particulièrement marqué pour la branche maladie et la branche vieillesse, toutes deux sujettes à des réformes structurantes. La croissance

des dépenses en volume de la branche maladie est passée de 3,5 % en 2002 à 1,9 % en 2012. Celle de la branche vieillesse qui devait exploser suite au « choc démographique du papy-boom », a été en fait marquée par un net ralentissement. La croissance en volume des prestations vieillesse chute à 1,9 % en 2012 contre 7 % en 2003. Quant à la branche famille, moins sensible compte tenu de la nature des prestations servies (prestations familiales et aides au logement), la croissance de ses prestations a quand même été contenue sur l'ensemble de la période dans une fourchette de 0 % à 2 % (0,1 % en 2003, -0,5 % en 2012).

On peut donc en déduire de manière assez triviale que ces politiques de pression sur la dépense de Sécurité sociale ont bien fonctionné. Le niveau des dépenses de Sécurité sociale n'a pas évolué au rythme des besoins réels de la population. Désormais, dans le champ de la maladie, le niveau de remboursement des soins ambulatoires (hors ALD) par la Sécurité sociale ne dépasse plus en moyenne les 50 % (73,4 % avec ALD). La croissance des dépenses hospitalières de Sécurité sociale est inférieure à ce qui permettrait son renouvellement à l'identique d'une année sur l'autre (ONDAM PLFSS 2,6 % contre attente d'un ONDAM à 3,2 % pour la FHF). Et elle est largement inférieure à ce qu'il faudrait pour répondre réellement aux besoins des malades (4,4 %). Une situation qui se traduira paradoxalement avec la T2A, par de nouveaux déséquilibres financiers, et donc de nouveaux plans de retour à l'équilibre budgétaire, et donc de nouvelles suppressions de postes de personnels de soins et fermetures de services hospitaliers. De même dans le champ de la branche vieillesse, le taux moyen de remplacement des pensionnés retraités a chuté de 16 points depuis 1993. Etc.

Ce qui n'est pas sans conséquences sanitaires et sociales. Notamment dans le risque de régression qu'elle comporte. Rappelons par exemple que l'on observe depuis quelques années une stagnation des indicateurs de santé nationaux, ou encore qu'avec l'explosion du reste-à-charge des malades, ces derniers sont de plus en plus nombreux à renoncer aux soins (de 15 à 29 % des assurés sociaux selon les études).

Mais ce qu'il y a d'encore plus notable encore, c'est que cette politique de réduction de la dépense n'a en rien permis de résorber les déficits de la Sécurité sociale. Objectif principal qu'elle s'était pourtant donné publiquement. Pire même, sur les 20 dernières années, la croissance des dépenses s'est ralentie, mais le niveau du déficit de la Sécurité sociale s'est accru. Le solde du régime général était de -2 milliards d'euros en 1990, il est de -13,3 milliards d'euros en 2012. Or il n'y a qu'une seule explication à cette évolution. La lutte contre le déficit de

la Sécurité sociale s'est bâtie sur une lutte contre ses dépenses, alors que le problème réside dans l'insuffisance de ses recettes. Insuffisance imputable conjointement, d'une part, aux effets de la crise sur l'emploi et la masse salariale, aux effets de la politique d'austérité conduite en France et en Europe, et d'autre part, aux logiques de financiarisation des gestions d'entreprise qui privilégient la valorisation actionnariale au détriment de la production et de l'emploi, en particulier qualifié.

Il faut bien mesurer l'ampleur de la situation. On nous parle de déficits excessifs, mais on oublie volontairement que la crise financière de 2007-2009 a contribué à une chute du PIB de l'ordre de 2,6 % qui n'est toujours pas rattrapée. Les dernières perspectives de croissance pour 2012 ne dépasseraient pas 0,3 % selon le FMI. Or moins de richesses produites, c'est moins de recettes potentielles pour la Sécurité sociale.

On oublie encore que cette crise financière a supprimé 720 000 emplois entre 2009 et 2010 qui n'ont eux aussi pas été récupérés en totalité depuis et qu'elle a enrayé le rythme des créations d'emplois. En une seule année (octobre 2011 à octobre 2012), l'INSEE enregistre la perte de près de 64 000 postes dans le secteur marchand. Le taux de chômage atteint aujourd'hui 10,7 % de la population active. Le niveau de la précarité de l'emploi explose littéralement, le nombre de contrats à durée déterminée représente désormais 85 % des déclarations d'embauche, dont 70 % sont des embauches à moins d'un mois. Une situation qui pèse très lourd sur la masse salariale du pays, en particulier sur la masse salariale du secteur privé. Et donc sur le niveau des recettes de la Sécurité sociale. En 2000, la croissance annuelle de la masse salariale était de l'ordre de 6 %, elle est en 2012 de 2,2 %, après une chute magistrale jusqu'à un taux négatif entre début 2008 et fin 2009 durant l'épisode de la crise financière. Or un point de masse salariale perdu correspond à 1,9 milliard d'euros de recettes perdues pour le régime général.

A cela s'ajoutent bien sûr les politiques d'austérité mises en place en France, et dans toute l'Europe. Ces cures d'austérité encouragent la réduction de l'ensemble de la dépense publique utile au nom de la lutte contre les déficits publics et sociaux. Ce qui se traduit par une nouvelle remontée du chômage, de la précarité, une baisse de pouvoir d'achat, et de nouvelles attaques contre la protection sociale et les services publics qui fragilisent *in fine* le financement du système de protection sociale dans son ensemble.

Crise et politique d'austérité, deux phénomènes qui amplifient les effets régressifs des logiques structurantes de financiarisation des entreprises opérées par les marchés financiers et les actionnaires. Elles s'accompagnent

d'une explosion des prélèvements financiers sur les entreprises pour rémunérer le capital contre le travail. Il s'agit des logiques du capital qui ont travaillé habilement et avec une certaine efficacité sur les 30 dernières années à réduire la part des salaires dans la création de richesses et donc à peser sur le niveau des ressources de la Sécurité sociale. C'est l'origine du fameux glissement depuis 1983 en France des 8 à 10 points de PIB passés de la rémunération du travail à la rémunération du capital modifiant le partage de la valeur ajoutée. Soit l'équivalent de près de 150 milliards d'euros par an qui ont changé de main, passant des salaires aux profits. L'explosion de ces prélèvements financiers pèse d'ailleurs aujourd'hui très lourd. La comptabilité nationale évalue ces revenus financiers (intérêts + dividendes) à 309 milliards d'euros fin 2010. C'est-à-dire plus de deux fois le montant des cotisations sociales patronales versées par les entreprises la même année (145 milliards d'euros).

Or jusqu'à présent, aucune politique publique ne s'est attaquée véritablement aux problématiques d'insuffisance de recettes de la Sécurité sociale. Aucune mesure politique sérieuse de lutte contre ces logiques financières n'a vu le jour. Au contraire même, tout semble avoir été fait pour encourager ces stratégies des marchés financiers et dépouiller les pouvoirs publics des outils économiques pour le faire. La dernière illustration en est le dernier traité européen qui verrouille le cadre budgétaire des États, dernier instrument en main des gouvernements après l'abandon des instruments de change et de la monnaie (Traité de Maastricht et de Lisbonne sur l'indépendance de la BCE) pour mener leur politique économique. Dans cette guerre du capital contre le travail, qui organise le siphonage des dépenses salariales et de la dépense publique et sociale par les marchés financiers, nous jouons la survie de notre système de Sécurité sociale et l'avenir de notre protection sociale. Il est donc temps de changer de cap!

Les moyens existent pour le faire (cf. propositions partie IV), qui vont de la modulation des cotisations patronales en fonction de la politique salariale de l'entreprise jusqu'à la cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers des entreprises en passant par la suppression des exonérations des cotisations patronales. Mais pour engager cette bataille, il faut être au clair sur un certain nombre de débats.

Évolution de la structure du financement de la Sécurité sociale et enjeux de la bataille fiscalisation versus cotisation sociale

Les données tirées du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale 2012 et du PLFSS pour 2013 montrent que la structure des recettes de la Sécurité sociale a connu de profondes modifications depuis le

début des années 1990, avec la politique d'exonération des cotisations sociales patronales, la création de prélèvements exclusivement dédiés au financement des prestations sociales (CSG, prélèvements sur le capital, forfait social,...) et des réaffectations au bénéfice de la Sécurité sociale d'impôts et taxes existants.

Cette diversification des recettes s'est traduite par une diminution de la part des cotisations sociales dans le financement de la Sécurité sociale, et en particulier pour le régime général. De 93 % des ressources du régime général de la Sécurité sociale en 1983, la cotisation sociale a reculé à 59 % en 2012 et 2013. Parallèlement, la part fiscale du financement est passée de 3 % en 1983 à 33 % en 2013 (PLFSS), dont 20 % imputables à la CSG. Imposition basée sur une assiette très large et affectée exclusivement au financement de la protection sociale et au remboursement de la dette, la CSG créée en 1991 occupe une place singulière dans les ressources des régimes de Sécurité sociale, qui a été constamment croissante. De fait, ses taux ont été progressivement relevés et son assiette élargie.

Les impôts et taxes affectés représentent quant à eux près de 13 % des ressources du régime général en 2011 contre à peine plus de 2 % au début des années 1990 (y compris les recettes faisant l'objet de transferts). On peut distinguer plusieurs types de recettes fiscales qui contribuent au financement de la Sécurité sociale: les contributions dues par les entreprises (contribution sociale de solidarité sur les sociétés et contribution additionnelle à la CSSS, taxe sur les salaires), les contributions dues par l'industrie pharmaceutique et celles portant sur les organismes complémentaires, la fiscalité indirecte liée à des objectifs de santé publique (droits de consommation sur les tabacs et alcools), d'autres taxes notamment sur les produits d'assurance (taxe sur les primes d'assurance automobile).

En complément des cotisations, de la CSG et des impôts et taxes affectés, la Sécurité sociale bénéficie du rendement d'autres prélèvements sociaux qui sont assis sur des revenus non assujettis ou partiellement assujettis à la CSG et aux cotisations sociales (revenus du capital, accessoires de rémunération...). Depuis 2008, de nouveaux prélèvements sociaux ont été instaurés en plus du prélèvement social sur les revenus du capital (prélèvement sur les stock-options, contributions sur les avantages de préretraite et de retraite en 2008 puis forfait social en 2009 et prélèvement « au fil de l'eau » sur les supports en euros en 2011). En 2011, ils représentent à peine plus de 1 % des recettes du régime général. Leur part est amenée à progresser suite aux mesures de la LFR pour 2012.

Au final, le poids de l'ensemble de ces recettes dans les comptes de la Sécurité sociale (ensemble des régimes de base obligatoires + structures associés), y compris la CSG, est passé de 2 % au début des années 1980 à près de 37 % en 2011. Or les conclusions de la partie sur la structure du financement des comptes de la Sécurité sociale du rapport de la CCSS de 2012 s'achèvent sur une phrase lourde de conséquence dans l'approche de cette évolution pour la bataille politique et pour la façon dont il faut que nous l'abordions: « [...], *malgré la profonde modification de la structure juridique des recettes qui en résulte, les recettes de la Sécurité sociale restent principalement assises sur les revenus d'activité, l'assiette de la CSG étant composée à près de 70 % par des revenus d'activité* » (p. 80). Cette conclusion postule que les ressources de la Sécurité sociale, selon qu'elles soient assises sur la fiscalité sur les revenus du travail et des transferts, ou selon qu'elles soient assises sur des cotisations sociales, relèvent de la même logique car de la même assiette: les revenus d'activité. Le choix de l'un ou de l'autre ne répondrait qu'à l'opportunité économique et politique du moment, et donc au pragmatisme.

Dans la droite ligne de cette démarche, le gouvernement a annoncé une Conférence sociale en juillet dernier visant à faire valider un « nouveau compromis social historique » par les « partenaires sociaux », à partir duquel, dans un contexte économique de crise ou la recherche de la compétitivité des entreprises et des territoires seraient le cœur de la politique publique, s'opérerait notamment un glissement massif du financement de la Sécurité sociale de l'entreprise vers les revenus des ménages. Fort heureusement, cette première tentative a échoué, bien qu'elle ne soit pas du tout abandonnée (cf. les propositions du rapport Gallois), dans la mesure où elle aurait modifié radicalement le visage original de notre système de protection sociale français.

En effet, la question de la nature du financement de la Sécurité sociale est une question politique majeure, et pas une question pragmatique de réponse au financement de la Sécurité sociale. Elle qualifie le choix de civilisation porté par la protection sociale dans son ensemble. Pour bien le comprendre, il faut revenir sur les notions habituellement discutées de la Sécurité sociale et les comparer avec l'esprit des fondateurs de la Sécurité sociale.

Lorsqu'on parle des prestations de la Sécurité sociale, il est habituel d'entendre parler de « salaire différé » pour ses critiques ou de « salaire socialisé » pour une partie de ses défenseurs. Ces deux expressions reposant sur l'argument commun qui fait de la cotisation sociale salariale et patronale un complément du salaire inscrit sur nos fiches de paie. Pourtant cette conception pose un problème, lié

à la définition du salaire et à sa nature. En effet, la particularité d'un salaire est d'être la contrepartie contractuelle d'une location de notre force de travail pour une tâche donnée. Il pose un principe marchand fondamental, à savoir une équivalence marchande entre la valeur estimée par le travailleur de sa force de travail et celle requise par l'employeur pour exécuter les tâches. C'est le salaire qui incarne ce rapport d'équivalence marchand. Or ce salaire est, à la fois, contractuellement défini par les cocontractants sans intégrer dans la négociation le niveau de la contribution sociale, et conventionnellement défini par des grilles salariales, qui n'intègrent pas de part supplémentaire constituée pour la rémunération des prestations de Sécurité sociale. L'employé comme le salarié ne négocient pas le niveau des cotisations sociales dans le contrat qui les lie. Ces dernières ne sont donc pas définies comme des parties du salaire dans le contrat de travail.

Par ailleurs, l'idée de « salaire différé » ou « salaire socialisé » renvoie aussi à l'idée d'équivalence marchande entre la valeur des prestations sociales que peut acheter la part supposée différée ou socialisée de mon salaire et la valeur de ces prestations. À niveau de pouvoir d'achat constant, de même que 1 euro de mon salaire me permet d'acheter une baguette à 1 euro, dans le champ de la protection sociale, 1 euro de salaire différé ou socialisé doit me donner 1 euro de prestation sociale. Or il apparaît dans les faits, que ce n'est pas le cas. Quel que soit le niveau de ma contribution en cotisation sociale, lorsque je suis malade, je suis pris en charge par la Sécurité sociale, quel que soit le coût de ma maladie. Mieux, même lorsque je ne suis pas malade, je paie quand même. Dès lors, il n'y a pas d'équivalence entre la valeur de ces cotisations sociales et la valeur des prestations que je reçois.

Ces deux remarques précédentes ne sont pas sans conséquences. Si les cotisations sociales, salariales et patronales, ne sont pas du salaire, que sont-elles ?

La réponse a été donnée par les fondateurs de la Sécurité sociale: *la cotisation sociale est un prélèvement sur la richesse créée par le travail dans l'entreprise, qui n'est affecté ni aux salaires ni aux profits, mais mutualisé pour répondre aux besoins sociaux des travailleurs résultant des aléas de la vie, indépendamment de l'État et de la négociation collective. Et dont le montant est calculé à partir des salaires versés.* Déconnecté de tout rapport marchand salarial, ce prélèvement et son affectation ne répondent donc à aucune équivalence marchande. Il n'y a pas d'équivalence entre ce qui est versé et ce qui est reçu, c'est l'adage: « à chacun selon ses besoins et chacun ses moyens ». Et il n'y a pas de lien entre celui qui donne et celui qui reçoit, c'est le principe de la solidarité universelle intra- et intergénérationnelle.

En revanche, partie prélevée de la valeur ajoutée produite par les salariés soustraite du profit, la cotisation sociale ainsi définie fait du financement de la Sécurité sociale un enjeu essentiel de la bataille de classes pour l'appropriation des richesses produites, qui accompagne la bataille pour les salaires sans se confondre avec elle. Assise sur les salaires versés dans l'entreprise qui lui servent de base de calcul, elle postule que ce financement s'inscrit dans une dynamique économique qui lui assure une croissance régulière, à partir de l'emploi et des salaires qui en sont le levier. Ce qui justifie de fait le droit d'intervention des salariés sur les choix et critères patronaux de gestion de l'entreprise pour la défense et la promotion de l'emploi et des salaires, au nom de l'intérêt collectif.

Dans ces conditions, pas surprenant que le patronat ait fait de la remise en cause du financement mutualisé de la Sécurité sociale un cheval de bataille et de la suppression de la cotisation sociale sa cible. Ni d'ailleurs qu'il ait appuyé les gouvernements qui ont cherché à fiscaliser ce financement en transformant un prélèvement sur le profit en prélèvement sur les revenus du travail (TVA-sociale de l'UMP, CSG du PS ou CRDS du RPR) et qu'il appuie aujourd'hui (Accords compétitivité-emploi) de tout son poids pour transférer sur la fiscalité, notamment des ménages, la source du financement de la protection sociale.

Or, dans cette bataille fondamentale entre le capital et le travail pour l'appropriation de la richesse produite et son utilisation, la CSG joue le rôle du cheval de Troie. Là où les propositions en matière de hausse de TVA ou de taxation écologique apparaissent dans leur finalité sans détour (faire payer plus les ménages), la CSG est l'instrument masqué de cette fiscalisation du financement de la Sécurité sociale ne reposant principalement que sur les ménages.

Dans cette bataille, les partisans de la CSG avancent plusieurs arguments pour justifier son développement dans le financement de la Sécurité sociale :

1. La CSG est plus juste car elle fait participer tous les revenus et elle est plus efficace car son rendement est plus puissant.
2. Les prestations de Sécurité sociale sont universelles depuis la CMU, leur financement relève donc de la solidarité nationale, et donc de l'impôt. La CSG faisant office à cet effet.
3. Assises sur les salaires, les cotisations sociales pèsent sur le coût du travail et la compétitivité des entreprises, ce qui contribuerait à maintenir un taux de chômage élevé. Le basculement de la cotisation vers l'impôt (CSG) du financement de la Sécurité sociale permettrait alors d'améliorer la compétitivité des entreprises et de lutter contre le chômage.

Ces trois arguments récurrents dans les discours sont synthétisés dans la note de Terra Nova (Think Tank du PS) du 14 décembre 2011 intitulée : « *Sécurité sociale : pour un financement plus solidaire* », qui les reprend à son compte.

En réalité aucun des arguments avancés ne tient :

1. Si la CSG a effectivement un rendement élevé, elle n'en est pas pour autant un mode de financement plus efficace que la cotisation sociale pour notre système de Sécurité sociale. D'abord parce qu'elle est foncièrement injuste. Prélevée sur les revenus des ménages, elle repose à hauteur de 88 % sur les seuls revenus du travail ou de remplacement (salariés et retraités). Les revenus financiers et du patrimoine n'y contribuent que pour 11 %, et ce ne sont que des revenus des ménages. Elle ne touche pas le capital. Or c'est justement ce qui la rend inefficace. Car déconnectée du lieu de création des richesses, elle reste donc d'un rendement faiblement dynamique, parce que tributaire des politiques salariales des entreprises.
2. Les prestations de Sécurité sociale ne sont pas des allocations, elles résultent de droits ouverts suite à cotisation sociale. Bien que certains puissent par dérogation en bénéficier sans avoir cotisé (CMU), il n'en reste pas moins que c'est la capacité contributive de chacun qui ouvre ces droits sans restrictions. À l'inverse, la fiscalisation remet en cause ce principe de solidarité des travailleurs entre eux qui s'appuie sur une mutualisation de la richesse produite, au profit d'une solidarité nationale, et donc d'État, qui s'appuie sur une mutualisation des revenus d'activité et reste tributaire des arbitrages budgétaires des pouvoirs publics. Cotisation sociale et CSG sont donc bien deux modes de financement différents en nature et en pratique. Passer de l'un à l'autre n'est pas sans effets de fond.
3. Quant à l'argument de la compétitivité des entreprises et du coût du travail, il suffit de se référer aux statistiques de l'OCDE ou de reprendre le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2010 qui traite de la comparaison France/Allemagne.

Sur la comparaison France/Allemagne : Au-delà des limites mêmes de la comparaison internationale de données qui ne se recoupent pas, il est intéressant de constater que « *le salaire brut annuel moyen des salariés de l'industrie et des services est largement plus élevé en Allemagne qu'en France (en 2008, 43 942 euros contre 32 826 euros, soit un différentiel de 34 %). L'écart se réduit mais reste substantiel au niveau du coût du travail annuel par salarié (52 458 euros contre 46 711 euros, soit 12 % de différence).* »

Il est sensiblement plus faible, mais toujours positif, pour le revenu net après impôt (25 167 euros contre 23 694 euros, soit 6 %). Au final, le coin socialo-fiscal [c'est-à-dire la part des prélèvements sociaux et de l'impôt sur le revenu dans le coût du travail] est supérieur en Allemagne qu'en France. En rapportant le coût annuel du travail pour les seuls travailleurs à temps plein au nombre d'heures effectivement travaillées, le coût horaire du travail au niveau du salaire moyen demeure supérieur en Allemagne (24,60 euros contre 23,60 euros), même si cette différence se réduit sur la période 2000-2008 : le coût horaire français représentait 87 % du coût allemand en 2000, il est désormais de 96 % ». Ainsi, si l'écart tend à se réduire, le coût du travail allemand restait supérieur au coût du travail français en 2008. Or cela n'a pas empêché les entreprises françaises à perdre des marchés entre 2000 et 2008, et le solde de la balance commerciale française de se dégrader progressivement, prouvant clairement que la question du coût du travail et donc des cotisations sociales patronales n'est pas le cœur de la différence de compétitivité entre l'Allemagne et la France. Et qu'il faut aller en chercher la raison ailleurs, notamment dans les caractéristiques de l'économie productive allemande (compétitivité hors-prix et R/D, structuration industrielle, coûts du capital,...), même si cela est de moins en moins vrai.

Il y a donc un enjeu politique essentiel derrière la nature du financement de la Sécurité sociale. La cotisation sociale renvoie à une conception de la société mettant en valeur la maîtrise de la régulation sociale par les travailleurs eux-mêmes, et donc une civilisation où les travailleurs sont eux-mêmes auteurs et acteurs de leur devenir. Tandis que la fiscalisation, qu'incarne la CSG, renvoie à une régulation sociale maîtrisée par l'État, et aux rapports de forces et de classes dont il est le lieu, c'est-à-dire à la civilisation occidentale libérale telle qu'elle est aujourd'hui. Une nature de la CSG qui disqualifie en outre toute tentative d'en faire un instrument positif de financement de la Sécurité sociale. Même rendue progressive⁽¹⁴⁾ et donc potentiellement plus juste, elle ne sera jamais progressiste parce que construite au service de l'État et soumise à ses objectifs politiques, sociaux et économiques.

Les positions des partenaires et des organisations syndicales

Dans le cadre de la bataille pour un changement de cap concret en matière de financement de la Sécurité

sociale, il n'est pas inutile d'étudier l'état du rapport des forces au sein de la gauche et de ses composantes, et des organisations syndicales.

Or de ce point de vue les données ne sont pas simples, à en juger par les prises de position sur le sujet.

Le 11 juin dernier, par exemple, CFDT-CFTC-CGC-Medef-CGPME-UPA sortaient un document de réflexion commun de plus de 50 pages intitulé *Approche de la compétitivité française*, dans lequel la réforme du financement de la protection sociale est abordée dans les termes suivants (p. 53) : « *Repenser l'assiette du financement de la protection sociale : Le taux des prélèvements sur le travail peut rester un frein au développement de l'emploi et à l'amélioration de la compétitivité des entreprises, malgré les dispositifs d'allègement mis en œuvre depuis près de 20 ans. Il ne s'agit évidemment pas de remettre en cause la protection sociale, mais de réfléchir aux moyens de substituer d'autres sources de financement à une partie des prélèvements reposant actuellement sur les salaires.* »

Une analyse qui fait largement écho aux prises de positions qui ont eu lieu lors de la mise en place en janvier dernier de la « TVA-sociale » par le gouvernement Sarkozy. À cette époque, la CGC réclamait ouvertement la mise en œuvre de la « TVA-sociale ». De son côté, la CFDT revendiquait un « choc de compétitivité » par la suppression de 10 points de cotisations sociales patronales et l'augmentation de 7 points de la CSG. Cette substitution d'une partie de la cotisation par l'impôt est considérée par la centrale comme « plus juste parce qu'elle fait cotiser les revenus du capital, financiers et du patrimoine ». Elle est aussi jugée « plus intéressante parce que l'assiette de la CSG est la plus large ». Et de son côté, la CFTC, « défavorable à une baisse des charges patronales qui n'alimenteraient plus la Sécurité sociale », proposait de baisser les charges pesant sur les salariés en contrepartie d'une hausse de la TVA sur les produits importés (« TVA-emploi »).

Certes, le changement de gouvernement a permis à la CFDT de mettre un peu d'eau dans son vin, puisque face aux 30 milliards de transferts de cotisations sociales patronales invoqués par les conclusions du rapport Gallois au motif d'un Choc de compétitivité, le syndicat propose un étalement dans le temps de la bascule de la charge pour éviter la récession économique !

Reste que la remise en cause des cotisations patronales au nom de la compétitivité est partagée par la majorité des organisations syndicales. En témoigne encore la position de l'UNSA qui, sans annoncer une réduction des cotisations patronales, propose le transfert des dépenses relevant de « la solidarité nationale » directement dans le budget de l'État au moyen d'une augmentation de la CSG, qu'il faudrait réformer pour être progressive.

¹⁴ À noter que la tentative de rendre la CSG progressive par le gouvernement Jospin en 2000 (suite aux accords électoraux entre les Verts et le PS) a déjà été rejetée par le Conseil d'État dans sa décision n° 2000-437-DC (du 19-12-2000) au motif de l'égalité des contribuables devant l'impôt (la CSG étant qualifiée d'impôt de toute nature) qu'introduisait l'article 53 du PLFSS pour 2001 (exonération de certains contribuables et progressivité de la CSG appliquée aux salaires). D'où la volonté du PS, reprise par les Verts, de fusionner impôt sur le revenu (progressif) et CSG.

L'intérêt de la CSG pour le syndicat étant qu'il est une fiscalité fléchée. Ou bien encore FO, qui d'un côté déclare que le coût du travail n'est pas à l'origine de la perte de compétitivité des entreprises (la part des cotisations patronales dans le financement de la Sécurité sociale a diminué de 17 points en 20 ans), mais appelle d'un autre côté à la mise en place d'une réforme de la fiscalité qui assure un rendement progressif de l'impôt dans le financement de la Sécurité sociale.

Et cela jusque-là CGT qui est déstabilisée dans l'offensive, puisqu'elle en vient à s'interroger sur le rôle à faire jouer à la CSG au travers d'un débat de la CE-confédérale qui a duré du mois de janvier au mois de mars de cette année 2013 au sujet d'une réforme du financement de la Sécurité sociale qui introduirait « *un mode innovant de prélèvement basé sur les richesses créées, mais qui ne serait pas indexé sur le travail* ». Fort heureusement, le débat de la CE-confédérale a atterri le 13 mars dernier sur des orientations éloignées de l'intention de départ. Mais ces éléments de clarification ne lèvent pas tous les questionnements sur les conséquences de ce positionnement. En effet, partant d'un constat juste de la situation économique globale (une crise de la dette publique imputable en partie à une insuffisance de recettes fiscale et sociale) et d'une définition de la notion de protection sociale (régime de droits sociaux relevant du non-marchand), le rapport propose une « *nouvelle dynamique de financement de la Sécurité sociale et plus largement de la protection sociale* » qui développe 3 axes :

- l'affirmation justifiée de la cotisation sociale comme « *la clé de voûte et le mode de financement prépondérant de la protection sociale, et en l'occurrence de la Sécurité sociale* », avec introduction de la modulation de la cotisation sociale patronale en fonction de la politique salariale de l'entreprise (rapport masse salariale/valeur ajoutée)
- la réforme de la contribution sociale généralisée qui en changerait la nature. Il s'agirait de réduire progressivement la part de la CSG sur les revenus du travail et de remplacement, et créer une CSG sur les revenus du patrimoine et les revenus financiers, qui se substituerait à la première. Cela en tenant compte de l'impératif que la CSG ne soit pas qualifiée d'impôt mais bien de cotisation sociale afin qu'elle garde son caractère de « *prélèvement affecté* » et qu'elle n'aille pas abonder le budget de l'État.
- la réforme nécessaire du système fiscal en général, de telle sorte que la fiscalité soit porteuse d'efficacité économique et sociale en contribuant au développement de l'investissement productif, de l'emploi et des salaires, du développement durable, et in fine au financement de la protection sociale et de la Sécurité sociale.

Si la proposition est globalement satisfaisante, on s'interroge en revanche sur l'opportunité d'une CSG sur les revenus du patrimoine et les revenus financiers. On comprend bien la volonté de faire contribuer les actifs financiers à la protection sociale inscrite derrière la mesure. Et on ne peut que conforter l'intention. Mais n'aurait-il pas été plus simple d'imposer une cotisation sociale patronale sur les revenus financiers des entreprises et une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers des ménages en leur appliquant les taux de cotisation sociale imputés au travail? Car la proposition de la centrale syndicale pose un problème de taille, qui va au-delà du flou juridique quant à la nature de la CSG (impôt ou cotisation). Car dans les faits la CSG est un impôt affecté qui tend à fiscaliser une partie des recettes de la Sécurité sociale et dont le montant est croissant dans le temps. Une part qui, dans un contexte d'austérité budgétaire et salarial, ne s'éteindra pas par elle-même et risque même de croître (cf. l'épisode TVA-sociale).

Institutionnaliser une CSG sur les revenus financiers aurait alors une double conséquence. D'une part, cela reviendrait à pérenniser la fiscalisation des recettes de la Sécurité sociale, notamment celle de la branche maladie, et contribuer indirectement à la politique de « *réduction des charges patronales* » et donc de baisse du coût du travail. Avec un effet contre-productif sur la revendication d'élections à la Sécurité sociale, puisque renforçant le principe d'une étatisation du financement de la Sécurité sociale et délégitimant d'autant la représentation syndicale dans les CA des caisses de Sécurité sociale. D'autre part, cela reviendrait aussi à pérenniser le principe de financiarisation de l'activité économique pourtant contradictoire avec le développement des capacités humaines et le développement de l'investissement productif revendiqué par ailleurs dans la note, et donc avec le développement de la cotisation sociale. Ce serait faire le lit de la concurrence entre les recettes de cotisation sociale et celles de la fiscalité, en fabriquant la légitimité de la financiarisation de l'économie, au lieu de la combattre, au nom de la protection sociale et d'une réponse aux besoins sociaux! Enfin, et ce n'est pas le moindre des effets, cela agrandirait le chemin vers la refonte d'une fiscalité des entreprises organisant la fusion de l'ensemble des impôts qui les concernent, ouvrant ainsi le chemin vers un prélèvement fiscal à la source, généralisable ensuite à la fiscalité des ménages, et faisant sauter la spécificité d'impôt affecté à la Sécurité sociale de la CSG (arrêts du Conseil d'État et de la Cour européenne en faveur de la qualification d'impôt) et réduisant d'autant à terme le financement de la Sécurité sociale.

Une position de la direction nationale du syndicat qui, au fond, ne s'écarterait pas significativement des

tendances lourdes tirant vers une fiscalisation des recettes de la Sécurité sociale. Rappelons tout de même que le 12 avril dernier, dans une interview à Médiapart, Marisol Touraine alors candidate potentielle au poste de Ministre de la santé et de la protection sociale, donnait les grandes lignes de la future politique du gouvernement Hollande-Ayrault. Pour garantir dans la durée de son socle solidaire, il faudrait continuer de « *restructurer* » notre système de protection sociale. On a commencé à en voir les premières traductions dans le PLFSS pour 2013. Et ce n'est pas fini. Quant à la question du financement, elle appelait clairement à un basculement progressif ou partiel des cotisations sociales vers la CSG : « *c'est autour de la CSG qu'une éventuelle évolution doit se faire* ». Il s'agit là d'une démarche du PS qui travaille, comme la droite avant lui, à une modification de l'architecture de notre système de Sécurité sociale solidaire afin de le subordonner à l'État, à ses objectifs et contraintes budgétaires et financières, et de l'enfermer dans l'organisation d'une solidarité garante de la seule cohésion sociale et démocratique. Il s'agit ni plus ni moins pour le gouvernement que de remettre fondamentalement en cause les grands principes de 1946.

C'est pourquoi, si les propositions de financement nouveau contenues dans la note de la CGT ne doivent en aucun cas être mises au même niveau que les propositions des autres organisations syndicales, elles n'en demeurent pas moins porteuses de contradictions importantes qui risquent de peser lourd dans les négociations de la Conférence sociale débutées les 9 et 10 juillet derniers et qui se poursuivront jusque-là grande réforme annoncée du financement de l'assurance maladie et des retraites prévues initialement dans le courant de l'année 2013. Elles nécessitent de faire l'objet d'échanges constructifs entre le PCF et la CGT, dans l'intérêt de la Sécurité sociale et des assurés sociaux.

Les solutions alternatives du PCF (et du Front de Gauche) au financement de la Sécurité sociale

Face à cette évolution, il est nécessaire de rappeler les alternatives proposées par le PCF, dans le Front de Gauche, pour un financement renouvelé de la Sécurité sociale, et de la protection sociale en général. L'enjeu est fondamental au regard des besoins sociaux auxquels il est nécessaire de répondre, tout particulièrement en période de crise. Mais aussi parce qu'une protection sociale renouée, parce qu'une refonte profonde, en dynamique, du financement de la protection sociale contribueraient à une issue de progrès à la crise systémique que nous traversons.

- **Promotion du principe des cotisations sociales et nécessité d'une réforme de progrès et d'efficacité économique et sociale pour une dynamique du financement**

Nous réfutons la théorie économique dominante, qui présente le financement de la protection sociale, notamment les cotisations sociales, comme un frein à la croissance, à la compétitivité des entreprises, à l'emploi, dans la mesure où elles élèveraient le coût du travail. Au contraire, les cotisations sociales contribuent au développement des ressources humaines, à un autre type de progression de la productivité et de croissance. Il s'agit d'un financement lié à l'entreprise, lieu où les salariés créent les richesses. Les cotisations sociales sont fonction des salaires versés dans l'entreprise et constituent un prélèvement sur la valeur ajoutée créée par les salariés. Les salariés cotisent en fonction de leur capacité contributive et peuvent recevoir des prestations et des soins en fonction de leurs besoins. Les cotisations servent à financer des prestations qui développent leur capacité contributive. Au contraire, la fiscalisation croissante de la protection sociale tend à la réduction des cotisations sociales notamment patronales, du coût du travail et de la part des salaires dans la valeur ajoutée.

- **Pour une réforme efficace de l'assiette des cotisations patronales**

Les limites de l'assiette actuelle des cotisations patronales sont liées au type de politique économique et de gestion des entreprises. Les entreprises de main-d'œuvre (BTP, métallurgie, etc.), les entreprises qui ont un rapport masse salariale/valeur ajoutée élevé, qui embauchent, accroissent les emplois et les salaires, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus élevé. Inversement, les sociétés financières et les entreprises qui licencient, réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée, qui jouent les placements financiers contre la croissance réelle et l'emploi, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus bas. Cela exerce des effets pervers sur l'emploi et la promotion des salariés, au profit des entreprises capitalistiques et des sociétés financières, au détriment des industries de main-d'œuvre et des emplois correctement rémunérés. Nous proposons au contraire de corréliser les nouvelles rentrées de cotisations sociales, avec le relèvement de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite (développement de l'emploi, des salaires, de la formation, de la qualification des salariés). Cela exige de mettre en cause le type de croissance et de gestion des entreprises, notamment les critères de gestion visant la rentabilité financière contre le développement des ressources humaines. Nous voulons rompre avec la fuite en avant dans les exonérations de cotisations patronales, qui ne créent pas d'emploi et tendent à tirer tous les salaires vers le bas. Nous voulons au contraire accroître la masse et le taux des cotisations patronales, et inciter à la croissance du rapport masse salariale/valeur ajoutée, c'est-à-dire de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite. Ainsi garderait-on l'assiette salaire mais en corrigeant ses limites actuelles liées

au type de gestion des entreprises et de politique économique. L'objectif serait de viser de nouvelles rentrées de cotisations articulées au développement de l'emploi, des salaires et de la croissance réelle. Il s'agirait aussi de dissuader les entreprises de la course à la croissance financière, aux économies massives sur l'emploi et les salaires. Les entreprises qui, en liaison avec l'intervention des salariés dans les gestions, relèvent la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée (emploi, salaires, formation, qualification, promotion des salariés, fonds sociaux) seraient assujetties à un taux de cotisation relativement abaissé, mais l'accroissement des salaires, de l'emploi, de la croissance, permettrait une masse de cotisations accrue. Inversement, les entreprises qui licencient et réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée, seraient assujetties à un taux de cotisation beaucoup plus lourd.

• **Un autre débat : assiette VA ou assiette salaires ?**

Certains proposent le remplacement de l'assiette salaire par une assiette VA (valeur ajoutée). Cependant, une assiette VA serait beaucoup moins fiable qu'une assiette salaire, beaucoup plus fluctuante et facilement fraudable. En outre, une assiette VA ne dit rien des interventions des salariés dans les gestions des entreprises, à la racine de la production des richesses, pour un accroissement de la part des salaires dans la VA, le développement des fonds pour la protection sociale, la formation. Se pose aussi la question des toutes petites entreprises, des artisans... Il s'agirait de les aider autrement que par l'incitation à réduire les salaires et lesdites charges sociales. Cela pose la question d'une nouvelle fiscalité, d'un nouveau crédit à taux abaissé.

• **Des propositions immédiates : une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières**

Il serait nécessaire de sortir des effets pervers des réformes libérales. Celles-ci font exploser les inégalités sociales et renforcent la crise d'efficacité du système. Face à l'urgence, nous proposons une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises, ceux-ci ne sont pas soumis aux contributions sociales et se développent contre l'emploi et la croissance réelle. Il existe en 2010, selon nos calculs effectués à partir de la publication des Comptes de la Nation, 317,9 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises et des banques. 218,4 milliards d'euros au titre des produits financiers des sociétés non financières (dividendes reçus + intérêts perçus, inclus les revenus des investissements directs étrangers). Et 99,5 milliards d'euros de revenus financiers des sociétés financières (dividendes reçus + solde des intérêts versés/perçus).

Ainsi sur une base de revenus financiers de 317,9 milliards d'euros en 2010, on pourrait dégager, en les soumettant aux taux actuels de la cotisation patronale :

- 41,645 milliards pour la maladie (13,1 %)
- 26,386 milliards pour la retraite (8,3 %)
- 17,167 milliards pour la famille (5,4 %)

Ceci permettrait de faire face dans l'immédiat au déficit de la Sécurité sociale mais surtout de mener une politique sociale dynamique visant à répondre aux nouveaux besoins sociaux. Cela contribuerait dans le même temps à réorienter l'activité économique vers un autre type de développement social et écologique, un autre type de production des richesses réelles, au lieu d'alimenter la spéculation. L'objectif serait de participer au financement de la solidarité en incitant à une autre utilisation de l'argent pour viser un nouveau type de croissance réelle. Le développement des ressources humaines constituerait le moteur de ce nouveau type de développement économique et social. Celui-ci à son tour permettrait de dégager des moyens pour financer une nouvelle Sécurité sociale, elle-même articulée avec la sécurisation de l'emploi et de la formation. Il s'agirait aussi de remettre en cause les exonérations massives de cotisations patronales qui ne créent pas d'emploi et tendent à tirer tous les salaires vers le bas.

• **Un nouveau crédit**

Il viserait à encourager réellement la création d'emplois en articulation avec la promotion des salariés (formation, qualification, salaire). On pourrait proposer des Fonds régionaux et nationaux pour l'emploi et la formation. Il s'agirait aussi de changer les rapports entre les banques et les entreprises afin de favoriser un nouveau crédit avec des taux d'intérêt très abaissés sélectivement pour les entreprises et leurs investissements réels productifs d'autant plus qu'elles développent les emplois et la formation. Et cela jusqu'à la BCE dont les missions devraient être réorientées.

La proposition est ambitieuse, puisqu'il s'agit ni plus ni moins que de jeter les bases d'un nouveau modèle social en France, exportable dans toute l'Union européenne, en rupture avec la fuite en avant dans les politiques d'austérité et qui contribuerait à sortir de la crise systémique.

Les dépenses de santé en France : principaux indicateurs

Par M^{me} Catherine Mills

Le système de santé est malade des réformes libérales mises en œuvre pour tenter de l'adapter à la gestion de la crise systémique, en France, en Europe et dans le monde. Ces réformes marquées par le sceau du libéralisme redoublent dans la phase actuelle où les pouvoirs dominants veulent administrer aux peuples de nouvelles et graves politiques d'austérité. En France actuellement, l'obsession d'une réduction de la dette publique et sociale touche les dépenses de santé. On peut ainsi relever la non-rupture avec les réformes antérieures menées par Nicolas Sarkozy et la persistance de dogmes concernant le prétendu excès des dépenses de santé. D'où l'exigence d'une montée des batailles idéologiques et des luttes avec des propositions alternatives, pour promouvoir une réforme de progrès et d'efficacité du système de santé.

1. Mesure et structure des dépenses de santé en France

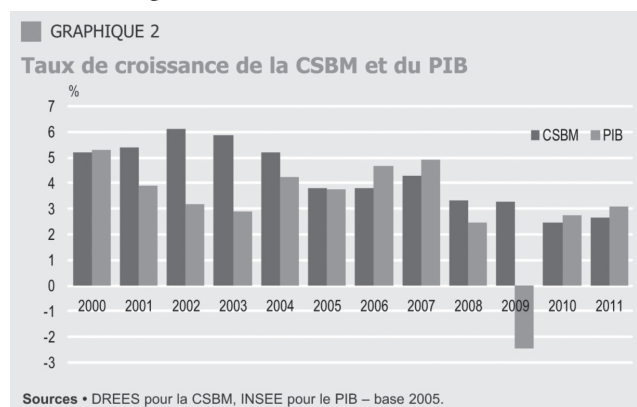
Selon les *Comptes nationaux de la santé*, en 2011 différents agrégats permettent de mesurer les dépenses de santé [*Études et Résultats*, Drees, n° 809 septembre 2012].

La dépense courante de santé mesure la somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé : la Sécurité sociale, l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection complémentaire et enfin, la part restant à la charge des ménages. La dépense courante de santé a atteint 240 milliards d'€ en 2011. Tandis que la **dépense totale de santé** agrégat utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales atteint en France, en 2010, 11,6 % du PIB. **La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** atteint 180 milliards d'€ en 2011. Pour la première fois en 2010 et en 2011 on note un ralentissement de la tendance à la croissance de la CSBM et de sa part dans le PIB. Elle comprend en premier lieu **les soins hospitaliers** en hôpital public et privé ainsi que les soins en maisons de retraite médicalisées. Ceux-ci représentent 46,4 % de la CSBM. Ils s'élèvent à 83,6 milliards d'€ (63,8 pour le public et 19,8 pour le privé). Le secteur public a connu un taux d'accroissement des dépenses de 2,7 % en valeur, le secteur privé de + 2,5 %. La tendance globale est au ralentissement, en effet le taux d'accroissement annuel était des 5 % en valeur en moyenne entre 2000 et 2005. La part de l'hôpital dans la CSBM s'est considérablement réduite depuis 1983 où elle atteignait 52 %.

Le deuxième poste de la CSBM est celui des **soins de ville** : honoraires des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux et laboratoires d'analyses s'élèvent à 45,7 mil-

liards d'€ en 2011, soit 25,4 % de la CSBM. La part relative des soins de ville tend à diminuer, puisqu'elle atteignait 29 % en 1990. En 2011, le taux de croissance de ce poste s'élève notamment pour les médecins tant en volume qu'en prix : +3,9 % en valeur.

Le troisième poste : les biens médicaux. Ceux-ci s'élèvent à 46,9 milliards d'€ en 2011. Les médicaments représentaient 34,7 milliards d'€, soit 19,3 % de la CSBM. Leur taux de croissance en valeur et en volume restait en permanence le plus important, et donc le facteur principal de la croissance des dépenses de santé. Mais cela tend à se ralentir. Ainsi, le taux d'augmentation des dépenses de médicaments en 2011 est-il à 2,6 % en volume et 0,5 % seulement en valeur. Cependant la croissance en valeur reste très rapide pour les autres biens médicaux : +5 % en 2011. Depuis 2008 et plus encore en 2011 la croissance du poste médicaments en valeur est inférieure à la croissance globale de la CSBM, cela peut s'expliquer par les forts gains de productivité dans ce secteur devant entraîner une baisse du prix moyen des médicaments. Cela ne peut masquer les graves problèmes concernant la course aux profits financiers de ce secteur. Ceux-ci nourrissent l'importante consommation de médicaments en France et l'absence d'une politique du médicament efficace. L'industrie pharmaceutique constitue une activité à très hauts profits, puisque le prix d'un médicament remboursé peut représenter dans certains cas 300 fois son coût de production. Quant aux génériques, leurs prétendus « avantages » sont à relativiser.



Caractères, structures et problèmes du système de santé français : Une mixité entre mécanismes publics et privés. Une tendance croissante à la domination des critères du privé.

Tandis que l'hôpital public, mais aussi le secteur hospitalier privé sont financés par l'assurance-maladie, les critères de gestion du privé continuent à s'imposer, y compris au sein de l'hôpital public. Concernant la médecine de ville, la médecine libérale est prédominante. Le principe était, jusqu'à 2004, de laisser au patient le libre choix du médecin, celui-ci ayant la liberté de prescription dans le cadre d'un paiement à l'acte. Cette mixité entre public et privé, de plus en plus soumise à la prédominance des mécanismes privés, est souvent considérée comme un facteur d'inflation des dépenses de santé. Le système de rémunération des médecins libéraux en France est fondé sur le paiement à l'acte. D'autres pays ont opté pour une rémunération forfaitaire par patient inscrit auprès du médecin, système dit de capitation, comme le Royaume-Uni, ou mixant la capitation et le paiement à l'acte, notamment dans les pays scandinaves. Le paiement à l'acte présente des inconvénients: il est inflationniste sans garantir un suivi des patients satisfaisant. Il tend aussi, en liaison avec les tarifs de la nomenclature des actes médicaux, à amplifier l'échelle des revenus entre praticiens. Ainsi, parmi les spécialistes, ce sont les radiologues qui bénéficient des revenus les plus élevés, en moyenne sept fois le revenu des pédiatres qui se situent au bas de cette échelle. Le principe selon lequel plus l'acte serait technique, plus il doit être rémunéré, ne justifie pas ces importantes disparités. Un débat sur une juste rémunération de l'acte médical s'impose. La médecine de ville est cependant encadrée par **une convention** annuelle signée entre les syndicats de médecins libéraux et la CNAM. Les médecins conventionnés (plus de 98 % des médecins libéraux) ont le choix entre le secteur 1, où les honoraires sont fixés par le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) dans le cadre conventionnel, et le secteur 2, où les médecins peuvent appliquer des dépassements d'honoraires, les patients qui les consultent n'étant remboursés que sur la base du TFR. Depuis 2004, on institue un parcours de soins dit coordonné et l'obligation de choisir un médecin traitant.

Le numerus clausus et la crise de la démographie médicale. Le principe du numerus clausus (établi dès 1971) limite le nombre de médecins par la fermeture à l'accès aux études de médecine. Ce principe tendait à accréditer une des hypothèses centrales de l'économie libérale de la santé selon laquelle un nombre trop important de médecins accroîtrait les dépenses de santé. C'est la *théorie de la demande induite par l'offre*, cela crée une crise de la démographie médicale qui explose avec le départ en retraite de nombreux praticiens nés pendant le *baby-boom*. De nombreuses spécialités médicales sont ainsi particulièrement sinistrées, notamment l'ophtalmologie, la gynécologie, la pédiatrie... L'évolution de la démographie médicale est également très préoccupante

concernant les chirurgiens et les médecins urgentistes. Le desserrement des règles du numerus clausus ces dernières années ne suffira pas à résoudre une chute du nombre de médecins spectaculaire à l'horizon 2020. En outre, les **inégalités régionales** en termes de densité médicale explosent.

La France compte plus de médecins spécialistes que de généralistes, ce qui constitue un facteur d'émiettement des soins, de coûts plus élevés et d'un moins bon suivi des malades. L'évolution de la **démographie médicale** est très préoccupante sur le plan des inégalités régionales de santé et de l'accès aux soins. Ainsi la Picardie a une densité médicale de 2,6 médecins pour 1 000 habitants, l'Île de France ou PACA, 4 pour 1000 habitants, les généralistes notamment sont peu incités à s'implanter dans certaines zones, notamment rurales. Les inégalités régionales en matière d'implantation des médecins généralistes sont considérables de 1 à 3 entre IDF et Picardie par exemple. Face cette crise de la démographie médicale, les incitations fiscales et sociales ou d'aides à l'installation et au rachat de clientèle ne peuvent suffire. Cela compromet l'accès égalitaire aux soins sur tout le territoire.

TABLEAU 1

La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1- Soins hospitaliers	79,2	81,4	83,6	3,9	2,8	2,6
publics	60,5	62,1	63,8	3,9	2,7	2,7
privés	18,7	19,3	19,8	4,0	3,1	2,5
2- Soins de ville	43,3	44,1	45,7	2,9	1,7	3,7
médecins	18,6	18,5	19,2	2,1	-0,8	3,9
dentistes	9,7	10,0	10,3	1,9	2,6	2,6
auxiliaires médicaux	10,4	11,0	11,5	5,9	5,4	4,8
analyses	4,2	4,3	4,4	2,2	1,7	2,6
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,1	3,4	1,4
3- Transports de malades	3,6	3,8	3,9	6,4	5,4	3,0
4- Médicaments	34,1	34,5	34,7	2,0	1,3	0,5
5- Autres biens médicaux	11,0	11,6	12,2	2,9	5,6	5,0
CSBM (1 à 5)	171,1	175,4	180,0	3,3	2,5	2,7

Sources • DREES, Comptes de la santé - Base 2005.

TABLEAU 2

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

	En %											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité sociale de base (1)	76,7	76,7	76,8	77,0	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5
État et CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,4	12,3	12,6	12,7	12,9	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7
• mutuelles (2)	7,6	7,4	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5
• sociétés d'assurance (2)	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7
• institutions de prévoyance (2)	2,1	2,3	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,7	9,7	9,3	8,9	8,8	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,6	9,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

2. Comparaisons internationales. Le rapport de 2012 de l'OCDE¹⁵

Le niveau des dépenses de santé en France est important, mais sans qu'on puisse parler « d'excès ».

L'OCDE plaçait en 2010 la France au 3^e rang mondial pour la **dépense totale de santé**, avec 11,6 % du PIB soit plus de 2 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (9,5 %). Les États-Unis sont de loin les plus dépensiers avec 17,9 % du PIB, la privatisation des dépenses de santé conduit à la hausse de leur coût. Les Pays Bas voient la part des dépenses de santé passer à 11,9 % du PIB. L'Allemagne se situe à 11,6 % du PIB, comme la France, le Canada avec 11,4 % se situe à peine au-dessous comme la Suisse, mais il convient aussi de signaler que le Danemark considéré longtemps comme très économe se situe aussi aujourd'hui à 11,4 % du PIB à peine au-dessous de la France. Dans la crise systémique, aboutissant à un recul du PIB en 2009, les pays de l'OCDE voient cette part des dépenses de santé augmenter relativement. Il convient de **relativiser l'importance de la dépense de santé en France**. La part de la dépense totale de santé dans le PIB dépasse 10 % et plus pour au moins 13 pays de l'OCDE.

Concernant **les dépenses de santé par habitant**, exprimées en dollars, en parité de pouvoir d'achat, la **France**, se situe seulement au 9^e rang mondial, avec 3 974 USD, elle se situe à un niveau supérieur de 20 % à la moyenne des pays de l'OCDE avec 3 268 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies). Cela reste cependant inférieur de plus de la moitié aux États-Unis, où elles s'élèvent à 8 233 USD par habitant. Mais elle est aussi dépassée par la Norvège, la Suisse, les Pays-Bas, le Luxembourg, le Danemark, le Canada, l'Autriche et l'Allemagne. Un ralentissement historique de la croissance des dépenses de santé en 2010 et de la part des dépenses de santé, en France, en Europe et dans de nombreux pays de l'OCDE.

Ainsi, on ne peut affirmer que la France connaîtrait une progression exceptionnelle des dépenses de santé. La croissance des dépenses de santé a été longtemps plus rapide que celle du PIB, notamment aux États-Unis où elle était 2,3 fois supérieure. Dans les autres pays de l'OCDE, la progression des dépenses de santé a été 1,7 fois celle de l'activité économique. Le taux de croissance annuel entre 2000 et 2009 dans l'OCDE se situait à 5 % en termes réels. Parmi les grandes puissances économiques, c'est aux États-Unis que cette progression a été la plus forte. D'autres pays ont connu une forte progression en raison d'un effet de rattrapage, l'Irlande et les pays du

sud de l'Europe, même le Royaume-Uni essaie de rattraper son retard et atteint une croissance annuelle de 3,7 %. Cependant l'OCDE souligne qu'avec l'explosion de la crise et des politiques d'austérité, on obtient une **croissance zéro pour les dépenses de santé en 2010 et même pour certains pays une baisse en termes réels**. L'OCDE montre que cela va peser pour comprimer la croissance de l'économie réelle. Le taux de croissance des dépenses de santé en termes réels même très ralenti aux États-Unis avec 3 % par an reste néanmoins le plus élevé de l'OCDE.

Le nombre de médecins pour mille habitants : La France compte 3,3 médecins pour mille habitants, un chiffre un peu plus élevé que la moyenne de 3,1 dans les pays de l'OCDE, cela la place en 6^e position, en dessous de l'Autriche (4,8), de la Norvège et de l'Espagne avec 4,1, de la Suède avec 3,8, de l'Allemagne avec 3,7. Mais au dessus des États-Unis et du Royaume-Uni avec 2,8 ainsi que du Japon avec 2,2. Tandis qu'avec 8,5 infirmières par millier d'habitants, cela la situe en dessous de la moyenne de 8,7 dans les pays de l'OCDE. **Le nombre de lits d'hôpitaux** est de 6,4 lits par millier d'habitants, en France alors qu'il s'élève à 8,3 % en Allemagne. Il est cependant très inférieur au Danemark 3,5, au Royaume-Uni avec 3,4, aux États-Unis 3,1 et surtout en Suède : 2,7. Comme dans la plupart des autres pays développés, cet indicateur a diminué au cours des 20 dernières années, en relation avec la réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et l'augmentation du recours à la chirurgie de jour.

La diffusion des **technologies médicales** modernes est l'un des facteurs de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour diagnostiquer de nombreuses maladies a plus que quintuplé en moyenne dans les pays de l'OCDE depuis le début des années 1990. Bien que le nombre d'IRM et de scanners CT ait aussi augmenté en France, leur nombre par habitant y est moins élevé que dans la majorité des pays de l'OCDE. Le pays qui dispose, de loin, du plus grand nombre d'IRM et de scanners CT par habitant est le Japon (43,1). La France en revanche détient le plus grand nombre d'appareils de mammographie par habitant.

Le **financement public** et la gratuité ne représentent pas un facteur de surconsommation médicale. Selon les critères de l'OCDE, les financements publics constituent la principale source de financement des dépenses de santé, et ce dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et du Mexique. En **France**, 79,7 % des dépenses de santé sont financées par des fonds publics, dont 75,5 % pour la Sécurité sociale de base et 1,3 % par

¹⁵ *Panorama de la santé*. OCDE, 2012

l'Etat et la CMU complémentaire et base, un niveau sensiblement plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE (73 %). Parmi les pays européens, la part du financement public des dépenses de santé est plus élevée en France que dans des pays comme l'Autriche, l'Espagne et la Suisse, mais plus faible que dans la plupart des pays nordiques la Suède 85 %, la Norvège 83,7 %, l'Islande, 83,5 %, ainsi que le Royaume-Uni 83,4 %, et le Danemark 83 %. Il est inexact de dire que la France serait le pays au monde qui rembourse le mieux les dépenses de santé : le taux de la couverture de base par la sécurité sociale est passé de 80 % à environ 77 %, en 2004, il diminue encore régulièrement depuis. En 2011 il n'est plus que de 75,5 %, taux qui place la France au 12^e rang des pays de l'OCDE. La part des dépenses de l'Etat avec notamment la CMU complémentaire et de base à 1,3 % en 2011 est finalement assez stable. La part des dépenses remboursées par les complémentaires-santé (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance) était en 2011 de 13,7 %, en augmentation régulière, particulièrement depuis 2007, cela concerne particulièrement les assurances avec une accélération depuis 2007. Le reste à charge des ménages était de 9,6 % en 2011, en forte augmentation depuis 2004. Certains pays ont un système de santé performant, eu égard aux résultats de santé, alors que la part des dépenses de santé dans le PIB est relativement contenue, ainsi dans les pays nordiques, le système public couvre plus de 83 % des soins, l'accès aux soins de ville est gratuit, sans paiement à l'acte, ni avance de frais. La part des dépenses de santé dans le PIB y est plus faible qu'en France, 9,6 % en Suède. Ceci montre qu'un système public n'est pas forcément plus cher et peut être efficace, notamment grâce à une coordination des soins qui évite la répétition des actes. Par exemple, la consommation de médicaments au Danemark est six fois moins importante qu'en France. Mais ceci peut aussi signifier une politique restrictive, d'autant que des réformes libérales sont aussi à l'œuvre. **Aux États-Unis**, une très large part des dépenses de santé est financée par des assurances privées près des deux-tiers. En outre, les services publics *Medicaid* et *Medicare* s'appuient très majoritairement sur des fournisseurs de soins privés, et les libéraux prônent la généralisation de la privatisation du système de santé. C'est un système coûteux, qui engendre d'énormes inégalités, puisque 17 % de la population, soit 45 millions de personnes, ne bénéficie d'aucune forme de couverture maladie. Ce pourcentage ne cesse en outre d'augmenter, puisque de plus en plus d'entreprises renoncent à participer à une assurance maladie en faveur de leurs salariés en raison de la cherté des tarifs. Ces fortes inégalités sociales contribuent à dégrader les indicateurs de santé, en moyenne très médiocres, notamment pour la mortalité infantile où les États-Unis se placent dans les tout derniers pays de l'OCDE. Ceci explique l'urgence d'une réforme efficace

et solidaire, rendue très difficile pour Obama par le poids de l'idéologie libérale.

Forces et faiblesses comparées du système de santé français. Certains indicateurs de santé démontrent les réussites de notre système.

L'espérance de vie des femmes à la naissance. En 2010 la France est au 2^e rang, 84,7 ans devancée par le Japon, 86,4 ans. Mais un certain nombre de pays sont très proches de ce niveau. En outre certains facteurs peuvent contrarier cette progression, ainsi la canicule de 2003, en France, ou la dégradation des conditions de travail. **L'espérance de vie à la naissance (femmes et hommes)** a augmenté de plus de 10 ans entre 1960 et 2006, ce qui est proche des gains enregistrés en moyenne dans les pays de l'OCDE. Malgré une stagnation en 2003 en raison de la mortalité exceptionnelle due à la canicule, les progrès certes ralentis se consolident. La France se situe au 8^e rang mondial avec 81,4 ans en 2010, elle est dépassée par le Japon (83 ans) l'Espagne (82,2 ans) mais aussi notamment par la Suède (81,5 ans). En revanche, elle fait mieux que la Norvège (81,2), les Pays Bas (80,8), le Royaume-Uni (80,6), l'Allemagne (80,5) et surtout les États-Unis (78,7).

Concernant **l'espérance de vie à 65 ans**, en 2009 dans les pays de l'OCDE elle s'élevait à 20,5 ans pour les femmes et 17,2 pour les hommes. Elle était la plus élevée au Japon avec 24 ans pour les femmes et en Suisse avec 19 ans pour les hommes. En France, elle s'élevait à 22,5 ans pour les femmes et 18,2 ans pour les hommes. Pour les années de vie en bonne santé celles-ci s'élèvent en France à 9 ans pour les femmes et 8,8 ans pour les hommes soit un peu au-dessus de la moyenne de l'OCDE. Il faut d'ailleurs souligner que les inégalités d'espérance de vie en bonne santé sont encore plus considérables selon les catégories sociales. **Le taux de mortalité infantile**, rapport du nombre d'enfants décédés entre sept jours et un an, était en France de 3,6 pour mille en 2010, (3,5 en 2011). Ceci nous situe au 7^e rang derrière le Danemark (3,4) la Norvège (2,8) la Suède (2,5), le Japon et la Finlande (2,3) et l'Islande (2,2). En revanche ce taux est beaucoup plus élevé dans de nombreux pays notamment aux États-Unis (6,1) un des plus mauvais taux de l'OCDE ainsi qu'au Royaume-Uni (4,2). Le taux de mortalité périnatale est défini par le nombre de morts nés plus le nombre de décès entre zéro et sept jours rapportés à 1 000 naissances totales. Ce taux s'est amélioré depuis 1998, en France, mais il est encore aux environs de 7 pour mille, les résultats sont bien meilleurs dans les pays scandinaves tous en dessous de 5 pour mille, si bien que la France ne se situe qu'en treizième position concernant cet indicateur. **Les indicateurs de morbidité** : on assiste à une baisse régulière du taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, le plus bas des pays européens. Le nombre de décès

par cancer tend à devenir stationnaire, les guérisons sont de plus en plus nombreuses, pratiquement dans deux-tiers des cas, notamment si le traitement est précoce, sept personnes guéries d'un cancer sur dix retrouvent une espérance de vie identique à celle de l'ensemble de la population.

Les faiblesses de notre système de santé : inégalités sociales et régionales de santé.

L'inégalité d'espérance de vie entre hommes ouvriers et cadres supérieurs est de 7 ans. La morbidité prématurée des hommes entre 35 et 65 ans est importante et pour un ouvrier la probabilité de décéder entre 35 et 65 ans est de 16 %, alors qu'elle n'est que de 8 % pour un cadre. En France, la surmortalité des hommes qui exercent un travail manuel est de 71 %, alors que dans d'autres pays, elle se situe entre un tiers et 50 %. La probabilité pour les hommes ouvriers de mourir d'un cancer est plus forte en liaison avec l'insuffisance de la prévention et de la reconnaissance des risques professionnels.

L'espérance de vie des hommes à la naissance reste plus basse que celle des femmes, 78 ans en 2010 (contre 84,7 ans pour les femmes), ce qui nous situe au 13^e rang des pays de l'OCDE, au même niveau que l'Allemagne, nous sommes dépassés par le Royaume-Uni (78,6), les Pays-Bas, les États-Unis se situent à des niveaux inférieurs.

Les inégalités d'accès à la prévention reproduisent et aggravent les inégalités devant l'espérance de vie. Les cadres ont des comportements de santé plus préventifs. Plus le niveau d'études s'élève, plus le recours à la prévention est important.

Les inégalités régionales de santé sont fortes, notamment entre le Nord-Pas-de-Calais et la région PACA. Concernant le nombre d'actes médicaux consommés, l'écart est en moyenne de 20 % en défaveur de la région Nord-Pas-de-Calais, ce qui se traduit par de moins bons indicateurs régionaux. Le nombre de médecins par habitants en Picardie est de 110 spécialistes pour 100 000 habitants, soit la moitié de la densité médicale de la région PACA. Des disparités du même ordre se retrouvent au niveau du nombre de lits d'hospitalisation et du nombre de généralistes par habitants.

Le renoncement aux soins pour raisons financières : l'IRDES, a pointé ce phénomène de renoncement aux soins dès le milieu des années 90. Celui-ci s'est largement développé avec le rationnement comptable organisé par des réformes centrées sur *la baisse du taux de remboursement par la couverture de base*. Avec la création de la CMU en 2000, le renoncement aux soins diminue mais concernait encore entre 11 % et 14 % des Français en 2003, dans la mesure où ils n'ont pas accès à une couver-

ture maladie complémentaire. Mais les chômeurs étaient 30 % à déclarer renoncer à des soins pour raisons financières. Ce renoncement aux soins tend à s'aggraver depuis la réforme de 2004, en particulier pour les plus modestes et il concerne désormais 26 % de la population (Irdes, 2008).

La crise du financement est liée à un type de politique économique et de gestion des entreprises, elle exprime aussi l'échec des plans de rationnement des dépenses de santé.

On assiste dans la nouvelle phase de la crise systémique à une remontée historique du déficit en liaison avec les politiques de déflation des salaires et des dépenses publiques et sociales, qui dépriment la croissance et l'emploi et limitent les ressources de la protection sociale. Le couple : inflation des prélèvements financiers et compression des prélèvements sociaux, avec le refus de dégager un financement à la hauteur des besoins nouveaux contribue à l'enfoncement dans la crise systémique. D'où l'exigence de bataille pour un nouveau financement à la hauteur des besoins sociaux nouveaux et d'une nouvelle logique de sortie de crise à partir du développement humain.

Mouvement social et situation politique : l'exemple du mutualisme

Par Daniel Le Scornet

Que s'est-il passé? La mutualité jusqu'ici perçue comme LE rempart essentiel pour la solidarité, l'accès de tous à la santé a pu être ciblée publiquement par une frange active, voir activiste, des médecins, des professionnels de santé comme LE principal danger pour la solidarité, pour le modèle sanitaire français, voir pour la Sécurité Sociale elle-même!

Y compris avec des manifestations de rue contre elle. Et ceci sans que la mutualité puisse retourner l'opinion publique en sa faveur lors de l'examen d'une proposition parlementaire pourtant très simple, favorable aux assurés sociaux comme aux professionnels de santé: donner une base légale à ce que la mutualité pratique dans les faits depuis longtemps, à ce que tous les autres opérateurs ont déjà le droit légal de faire pour des conventionnements **complémentaires** à la sécurité sociale en termes d'accès facilité, de tarifs et de qualité. Enjeux décisifs dans une période où la pauvreté tape si fort. Qu'elle détermine et multiplie toutes les formes de nonaccès aux soins les plus élémentaires!

Les mutualistes ne se sont pas mobilisés en tant que mouvement social. Les autres partenaires de l'économie sociale et solidaire, secteur pourtant actuellement valorisé, au moins par des campagnes de promotion officielles, n'ont pas même moufté. L'inter-coopération entre les différentes familles, mutualistes, coopératives et associatives est toujours aussi nulle, même en matière défensive. L'attaque vis-à-vis d'une forme n'est pas perçue par les autres formes comme une attaque du secteur tout entier!

Mais c'est tout le mouvement social qui est resté sans voix. Pire des voix émanant du « camp progressiste », de la gauche politique aussi, développent depuis un certain temps « l'idée » que la mutualité serait désormais, à son corps plus ou moins défendant, le cheval de Troie de la privatisation de la Sécurité Sociale. Ces voix ont trouvé les plus ultra libéraux des professionnels de santé pour faire chorus! Du coup le Parlement transige, fait dans la demi-mesure, recule même par rapport à des marqueurs du « changement » sanitaire et social.

Il faut situer cela dans une analyse globale de la situation actuelle. L'élection de F. Hollande à la présidence de la République n'a pas, en soi, modifié la situation pour le

moins délicate, depuis longtemps, du mouvement social français. Un mouvement très fragmenté, sur la défensive, profondément déstructuré par sa mise en concurrence directe, sous impulsions publiques nationales et européennes, avec des opérateurs marchands jusqu'en ses fonctions propres. Même les organisations qui n'avaient « pas d'illusions » s'attendaient à trouver dans le nouveau pouvoir non pas les solutions toutes faites mais un point d'appui assez net, tout au moins un répit et des accroches pour pouvoir se recomposer. Mais cette conjoncture si traditionnelle à l'arrivée de la gauche aux pouvoirs, n'a pas lieu. On sous estime encore le phénomène de déstabilisation qui s'en suit pour des acteurs sociaux déjà si fragilisés.

Réciproquement pourtant la faiblesse du mouvement social organisé n'est pas pour rien dans les positions gouvernementales actuelles. C'est un peu la poule et l'œuf mais sans la poule et sans l'œuf. Le mouvement syndical, en des bras de fer pourtant autrement médiatisés, n'a pas réussi lui aussi, pas même essayé, de mobiliser nationalement.

Tant au niveau politique qu'au niveau social il n'y a aucun déterminisme qui ferait qu'en réponse à une mobilisation organisée des secteurs les plus libéraux et conservateurs, qu'en absence d'aide explicite de l'Etat le mouvement social se remobilise. Que les idées « plus à gauche » progressent. En fait les déstabilisations issues de la longue durée peuvent tout à fait s'aggraver. Le « camp conservateur » est bien plus organisé dans la société civile que le « camp progressiste » ne le pense traditionnellement. Ceci y compris avec des structures propres et pas seulement des lobbys plus ou moins secrets. Et, le champ de la santé en témoigne, avec aussi des syndicats, des collectifs pouvant fonctionner en réseaux, pouvant peser à des moments choisis. Cette « modernité » organisationnelle n'est pas l'apanage, il s'en faut, des collectifs citoyens. La forme partie politique peut être très à la peine sans pour autant empêcher la société civile de continuer à vivre pleinement, profondément, avec ses propres rapports de force. La formidable crise des partis politiques, sur tout l'échiquier, conduit à un regard plus cru, plus vrai sur l'état réel de la société française. Seuls ceux qui ont une vision principalement politique (je ne dis pas même politicienne) de la vie en société sont surpris que cette crise ne

débouche pas sur un renforcement des partis politiques aux extrêmes. Ce sont les formes conservatrices organisées de la société civile, très représentatives des milieux les plus riches qui marquent le plus de points.

Donc la mutualité qui pensait peut être avoir fait le plus dur grâce à la présence, et le soutien affiché, de deux ministres et du Président à son Congrès national a l'ardente nécessité de compter d'abord sur elle-même, sur son travail d'alliance, sur son rapport à l'opinion publique c'est-à-dire déjà d'ailleurs à ses propres adhérents. Or ce rapport, c'est considérablement détérioré sur la longue durée. Le très discuté, et illisible, accord contre ou pour (on ne sait pas) les dépassements de tarifs dans le domaine de la santé n'en est pas l'explication essentielle.

La décision de la Mutualité Française – plus ou moins contrainte il est vrai – mais sa décision, dès le début des années 90, sous gouvernement de gauche, d'entrer dans les directives assurances européennes, d'être traitée comme un assureur, d'être soumise à la concurrence assurantielle, de se comporter de plus en plus en assureur de moins en moins « militant », pèse et pèsera longtemps très lourd. Et puis l'affaire de la MNEF, le « dossier » récurant des mutuelles étudiantes, des frais de gestion, des publicités, les réserves financières qu'il faut sur-accumuler pour être assureur alors qu'on ne gère presque exclusivement qu'un risque, la maladie, aux engagements courts. La confusion aussi avec les mutuelles de biens et leurs puissances financières, les taxations financières publiques à répétition, la flambée des cotisations et leurs inégalités, tout concourt à nourrir cette idée bien implantée désormais d'une richesse, d'une opulence des mutuelles... au moment de l'appauvrissement des populations!

Même le peu d'empressement à se revendiquer comme étant les porteurs de la CMU a permis à l'État de se retirer totalement (50 % au démarrage en 2000) de son financement sans pour autant que l'opinion publique voit dans la Mutualité l'acteur qui a obtenu le principal acquis social, universel, de ces trois dernières décennies! Je suis bien placé pour savoir qu'on porte plus facilement aux nues « l'inventeur » du très discuté et pauvre RSA que « l'inventeur » de la CMU! L'absence du mutualisme à la conférence nationale de ces jours-ci contre la pau-

vreté en dit long, comme elle en dit long sur le cloisonnement généralisé des acteurs.

La question d'une offensive populaire du « plus grand mouvement social français », en débats (il en faudra tant le flou des progressistes est immense à ce sujet) avec tout le mouvement social organisé, avec les progressistes, semble plus que jamais nécessaire. Et déjà avec l'économie sociale et solidaire car sinon quelle sera la réalité populaire et le poids politique de ce secteur?

Certes il faut démontrer que la mutualité est un atout pour une meilleure efficacité générale du système de santé. Mais si cette démonstration apparaît sous des dehors techniques, gestionnaires, technocratiques, sous le seul mot d'ordre de « régulation » du système, il est fort à parier que la mutualité ne sera pas audible (ou trop mais dans un sens technocratique mettant y compris en cause des libertés essentielles). D'autres acteurs privés, non lucratifs, à « lucrativité limitée! », lucratifs, et mêmes publics (les tenants du fameux panier de biens et de services remboursables) développeront la concurrence en prônant les mêmes finalités. En faisant valoir qu'ils sont plus économes, avec un « impact social » et même environnemental eux aussi! Or c'est bien de cette mise en concurrence de tous contre tous qui aggrave toutes les inégalités qu'il faut sortir. Certes en compétition sur le marché, puisqu'on s'y est mis, mais sur un marché dont il faut desserrer l'étau. Ceci en organisant, et dopant par cet apport, une alliance large, afin de « spécialiser » aux niveaux national et européen la santé et les autres biens communs. Nul ne peut attendre seulement des pouvoirs publics ce qu'ils ne veulent et/ou peuvent pas donner. Sauf à risquer que l'État se détourne de solutions solidaires, démocratiquement définies et gérées, qui seraient vues comme un peu... romantiques?

Les réseaux financiers de santé en débat au Parlement : une fausse bonne idée contraire aux intérêts des patients !

Par le D^r Michel Limousin

Daniel Le Scornet dans l'article précédent s'étonne de ce que les médecins se soient prononcés et mobilisés contre les réseaux de soins mutualistes. Ce point mérite réflexion et approfondissement. Les mutuelles veulent le droit de créer des réseaux de professionnels de santé : en échange de limitation des dépassements de tarifs, elles draineraient leur clientèle vers ces médecins. Les députés socialistes ont repris mot pour mot un projet déposé antérieurement par un député UMP pour autoriser ces systèmes financiers et l'ont mis en débat. À première vue, cela pourrait être un bon plan : des achats groupés pour tirer les prix ! Effectivement, si on se place dans la perspective d'un marché et d'une concurrence financière entre organismes commerciaux de remboursement, il y a une logique dans cette « affaire ». Mais les lois du marché doivent-elles être celles qui régissent l'accès aux soins ?

Alors, bonne idée ou danger ?

Le système de soins français est régi par des règles d'un autre ordre : la médecine n'est pas un commerce. La première règle est le libre choix par le malade de son médecin : ce n'est pas l'organisme financeur auquel il est affilié qui peut le lui imposer ; c'est la base de la confiance indispensable. La seconde règle est la responsabilité du professionnel. Quel que soit son mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié), le médecin reste maître de ses décisions ; il ne peut donc se lier les mains par un contrat avec un organisme financier. Il doit seulement pratiquer selon les règles de la science et de l'éthique. L'Etat garantit son indépendance et sa responsabilité : les lois, les règlements, la déontologie sont décidés par les pouvoirs publics. Le principal financeur est un organisme régi par des règles publiques universelles basées sur la cotisation obligatoire : la Sécurité sociale. Cette Sécurité sociale négocie des tarifs de remboursement avec l'ensemble des professionnels et solvabilise les patients grâce à la convention. Tous les professionnels, sans exclusive, peuvent être conventionnés. Malheureusement les honoraires libres ouvrent le chemin pour les organismes complémentaires à vocation commerciale. Mais tout de même on peut dire que le système social reste le fait majeur, dominant et apprécié de tous.

Si les assurances complémentaires, commerciales ou mutualistes créent ces contrats de réseaux, inévitablement, elles auront des moyens de pression sur les prescriptions. En vertu de quel savoir ? Le leur, celui de la finance, pas celui de la médecine ! Il y aura conflit d'inté-

rêts et donc perte de confiance, limitation de liberté. Est-ce l'intérêt bien compris des malades ?

Le système de soins mis en place à la Libération a fait ses preuves : le cloisonnement entre l'acte de soigner et l'acte de financer a permis le progrès sanitaire, l'allongement de la vie et a situé le système français en tête des performances y compris dans le domaine des économies. Par exemple le système américain basé sur des réseaux de soins sous la coupe des assureurs est parfaitement dispendieux (17 % du PIB là où notre pays dépense seulement 11 %) ; il est inégalitaire et peu efficace sauf pour les très riches.

Oui bien sûr, notre système est imparfait et même se dégrade sous les coups de boutoir de la crise économique. La crise de la démographie des professions de santé est là, les réseaux ne la résoudront pas. La prévalence des maladies chroniques, le contexte social, le nombre croissant des besoins de santé, nécessitent des moyens nouveaux : les réseaux n'apporteront rien. « *La désorganisation de notre système de santé est telle, aujourd'hui, que beaucoup craignent que les assureurs finissent par prendre la main* » dit le Président du Collectif interassociatif sur la santé.

Pourtant d'autres réseaux sont possibles et mériteraient d'être mis en avant

Ce ne sont pas les réseaux financiers : ce sont les réseaux de coopération autour du malade. Il s'agit de lui prodiguer les soins dont il a besoin en faisant coopérer les professionnels, en développant la médecine d'équipe. L'essor d'une conception large de la santé, plus seulement associée à la maladie, mais qui renvoie plus généralement à un état de bien-être nécessite une approche globale des patients. L'enjeu est de permettre de se recentrer sur le malade plutôt que de fonctionner spécialité par spécialité ou pathologie par pathologie. Il s'agit de rompre la tradition du travail isolé et d'encourager la coordination des acteurs de la santé.

Il est essentiel de comprendre la frontière entre ce qui relève de la mystification avec les réseaux assurantiels dont le seul but est de créer des filières de soins demain cotées en bourse, et ce qui relève du fonctionnement des réseaux de santé dont le but est l'amélioration de la réponse aux besoins de santé des citoyens.

Entendons ce que disent les jeunes médecins qui viennent de se mobiliser contre les réseaux financiers. Les professionnels¹⁶ considèrent que le conventionnement

¹⁶ Comme l'écrivait le Pr Grimaldi dans le Huffpost du 16 décembre :
... les mutuelles sont moins égalitaires, moins solidaires et moins efficaces que la Sécurité sociale.

Moins égalitaires : leurs tarifs augmentent souvent en fonction du risque du patient. Ainsi, les tarifs des personnes âgées sont souvent deux à trois fois plus élevés que ceux des personnes jeunes.

Moins solidaires : à part quelques exceptions, les tarifs ne sont pas progressifs en fonction des revenus des assurés.

Enfin et surtout, moins efficaces : leurs frais de gestion comprenant la masse salariale, les frais de publicité, les frais de contentieux, les frais de représentation, etc. se situent entre 15 et 20 % du chiffre d'affaires et plutôt 25 % pour les assureurs privés lucratifs. En réalité, les mutuelles ont évolué avec le temps. Soumises aux règles de la concurrence, elles se comportent comme des assureurs privés à but lucratif, même si elles ne versent pas de dividendes à des actionnaires. Mutuelles et assureurs sont d'ailleurs associés depuis 2004 dans l'Union Nationale des Organismes Complémentaires de l'Assurance Maladie (UNOCAM) et défendent ensemble leurs intérêts et leur place par rapport à la Sécurité sociale. Or, si ces assurances dites « complémentaires », veulent bien participer au financement du système de santé, elles entendent l'organiser en négociant leurs tarifs avec les professionnels, et en intervenant dans l'organisation des soins. Il suffit de voir ce qui se passe dans les pays où le système de santé est sous la tutelle des assureurs privés pour comprendre que les financeurs chercheront à sélectionner les patients à bas risques ne serait-ce qu'en n'adressant leurs publicités concurrentielles qu'à ces populations ciblées, à remettre en cause la liberté de choix du médecin par les patients et à empiéter sur l'autonomie professionnelle en particulier sur la liberté de prescription.

Si cette question des réseaux de soins mutualistes se pose de façon récurrente dans notre pays, c'est que depuis près de vingt ans, la Sécurité sociale n'a cessé de se désengager des soins courants au point de ne rembourser aujourd'hui que 50 % du coût. Elle prend en charge à près de 100 % les patients ayant droit à la CMU et les patients ayant des pathologies sévères (ALD). Pour se soigner aujourd'hui en France lorsqu'on n'a ni la CMU ni une ALD, il faut donc avoir et la Sécurité sociale et une assurance complémentaire. Les tarifs des assurances complémentaires augmentent chaque année de 5 à 7 %, si bien que 5 millions de Français ayant de petits revenus, n'ont pas d'assurance complémentaire. C'est dans cette population que l'on observe le plus de renoncements aux soins, atteignant 30 % pour les soins dentaires ou d'optique. De plus, l'existence d'un secteur 2 à honoraires libres (avec tact et mesure) pose le problème de sa régulation. Si la moyenne des dépassements d'honoraires reste modérée à 60 % du tarif de

individuel qui en découle présente un risque majeur pour la qualité des soins en donnant aux complémentaires de santé les moyens d'agir sur les pratiques des professionnels via une pression tarifaire. C'est tout l'avenir notre protection sociale solidaire qui en filigrane, se joue derrière ce théâtre d'ombres !

la Sécurité sociale, il existe en réalité une hétérogénéité absolument injustifiable du point de vue médical, puisque pour des soins de chirurgie courante tels que les varices, l'extraction de la cataracte, la chirurgie de la prostate, les dépassements peuvent aller de 1 à 10 (de 150 à 1 500 euros).

Certains, comme l'ancien Ministre Luc Ferry, se résignent à la situation et proposent « de passer de l'égalité à l'équité en réservant la solidarité nationale à ceux qui en ont le plus besoin, aux revenus les plus modestes et en invitant tous ceux qui le peuvent à recourir davantage à l'assurance ». « On le fait bien pour les voitures, pourquoi pas face à des risques autrement plus menaçants... » (Tribune publiée dans le Figaro le 29/11/2012).

Il y a deux raisons pour s'opposer à cette vision assurantielle de la médecine. La première est qu'en matière de santé, la concurrence ne permet pas d'obtenir la qualité au moindre coût. Au contraire, elle augmente les coûts et bien souvent elle dégrade la qualité, pour la bonne raison que contrairement à la personne qui achète une voiture, la personne qui est malade ou qui se croit malade, est une personne angoissée, qui n'achète pas une prestation mais recherche une confiance. Tous les médecins connaissent des personnes fort riches, payant fort chers pour leurs soins, et pourtant fort mal soignés. De la même manière, lorsque les assureurs présenteront différents contrats à des prix variables, la personne angoissée, si ce n'est pour elle, du moins pour son enfant ou pour ses parents, aura tendance à prendre le contrat le plus cher. Enfin, il est une autre raison : si les citoyens doivent payer à la fois une assurance privée pour se soigner eux-mêmes et la Sécurité sociale pour soigner les pauvres et les patients très graves au titre de la solidarité, inévitablement arrivera un moment où les classes moyennes estimeront qu'elles en ont assez de payer deux fois. La solidarité pour les pauvres deviendra alors très vite une pauvre solidarité. C'est ce qu'on observe aux USA, où dans nombre d'états Medicaid (la Sécurité sociale des pauvres) a décidé de ne plus rembourser les greffes d'organes à ses assurés. Autrement dit, vous avez 30 ans, vous êtes au chômage, vous faites une leucémie, vous pouvez mourir. Chacun n'a qu'à se payer sa santé, comme il se paie son loyer ou sa voiture ! En la matière, l'éthique médicale et l'idéal républicain se rejoignent pour défendre l'égalité de tous les citoyens à l'accès à des soins de qualité. Il faut donc faire le chemin inverse de celui qui a été parcouru depuis 20 ans : moins d'assureurs privés mutualistes ou lucratifs pour plus de Sécurité sociale !

Risques psychosociaux à la SNCF : une politique qui dénie le travail réel

Par Dominique Durand

Écrivain, journaliste

À la demande du Comité d'établissement régional de la SNCF Nord-Pas-de-Calais, les experts d'Emergences viennent d'établir un rapport sur la prévention des risques psychosociaux mise en œuvre par la direction régionale. Elle en souligne la principale limite : le déni du travail réel par la direction.

En 2007, le Comité d'établissement régional de la SNCF Nord-Pas-de-Calais avait confié au Cabinet Emergences une mission d'études sur « *l'impact des restructurations sur la santé au travail* ». Cette étude se concluait sur l'affirmation que les liens entre les restructurations, nombreuses et rapides, et les atteintes à la santé physique et mentale des agents étaient visibles, connus et analysés par l'ensemble des acteurs de l'entreprise « *qu'il s'agisse des médecins du travail qui produisent de nombreuses informations alarmantes sur le sujet depuis plusieurs années, qu'il s'agisse des organisations syndicales, qui, via leurs experts, ont amassé de nombreuses connaissances sur les mécanismes et l'ampleur des dégradations touchant les conditions de travail et la santé des personnels, qu'il s'agisse enfin de la/ des directions qui, en affirmant le besoin d'une « nécessaire adaptation » de la SNCF à son nouvel univers concurrentiel, reconnaissent au moins l'ampleur des mutations à opérer.* »

Popularisée par la publication des principales observations recueillies sous la forme d'un livre (*Gare au Travail* - Éditions Jean-Claude Gawsewitch, 2008), cette étude poussait la direction régionale de la SNCF à confier une nouvelle démarche d'évaluation à un autre cabinet, évaluation dont les résultats confirmaient l'existence de risques d'atteintes à la santé mentale du fait du travail et de ses bouleversements d'ordre productif, d'ordre organisationnel, et d'ordre culturel.

Il s'en est suivi diverses initiatives, régionales ou nationales, et, depuis 2010, les risques psychosociaux (RPS) font l'objet d'une préoccupation affichée de la SNCF sous la forme d'une politique spécifique de prévention dite « *Démarche sur l'amélioration de la qualité de vie et sur la prévention du stress* » que les directions régionales et diverses branches de la SNCF sont invitées à déployer dans l'ensemble des établissements de l'entreprise.

Au terme des deux premières années de mise en œuvre de cette « démarche », le Comité d'établissement régional du Nord-Pas-de-Calais a souhaité procéder à son évaluation, évaluation dont les résultats, accompagnés de recommandations, ont été présentés à la Direction en novembre 2012. L'étude confirme dans un premier temps que les risques psychosociaux sont désormais reconnus par l'entreprise, mais que ce déni disparu « un autre déni » s'observe dorénavant : celui du travail comme source des difficultés rencontrées et ressource pour agir en faveur de la santé. Il s'ensuit qu'au final, les dispositifs déployés sont surtout des dispositifs de *gestion* des personnes atteintes, ou des dispositifs managériaux qui ne visent pas un but de prévention. Plutôt que de renforcer le *pouvoir d'agir* des agents, ils s'orientent vers le renforcement du *pouvoir de subir*, avec prescription à la médecine du travail d'intervenir lorsque l'atteinte à la santé est repérée...

Mais loin de prévenir les risques à la source, comme le prévoit la réglementation, poursuit l'étude, ces actions en arrivent aussi à constituer un voile supplémentaire sur les problèmes rencontrés par les agents (à tous les niveaux hiérarchiques) dans leur travail. Comme ils ne sont pas suffisamment contrebalancés par les CHSCT, les représentants du personnel, la médecine du travail ou les acteurs de la prévention, dont l'action est compliquée par les évolutions en cours, cette « prévention des risques » est aussi une « prévention à risques ». C'est-à-dire faisant courir le risque qu'en bout de course, des drames surviennent – mais dans l'incompréhension du plus grand nombre comme cela s'est vu ailleurs.

La SNCF a effectivement mis en place une sensibilisation aux risques sociaux à destination de ces managers à travers deux dispositifs. Le premier s'intitule « *dialogue stress* » et vise à « *améliorer la vigilance de l'encadrement quant aux maladies psychiques, en comprendre les mécanismes, détecter les signes avant-coureurs chez les agents en difficulté, partager les pratiques managériales pouvant avoir un effet réducteur du stress.* » Les sessions sont animées conjointement par un psychiatre, un médecin du travail et un dirigeant. Elles s'appuient sur trois films supports, chacun portant sur un thème particulier : la dépression, le surmenage et le stress. Dialogue stress a été suspendu fin 2010 et remplacé par un second dispositif, « *Comprendre*

pour agir », construit autour de trois films, trois histoires individuelles : le stress de Nathalie, le surmenage de Xavier, la dépression de René auxquels s'ajoute un documentaire intitulé « *paroles de DPX* », les DPX étant les agents d'encadrement en charge des missions de prévention. Trois messages clés sont transmis par leur intermédiaire aux managers. Le premier les incite à prendre au sérieux les risques psychosociaux, dont les conséquences économiques sont loin d'être négligeables. Le second les invite à appréhender les RPS comme des pathologies médicales individuelles, comme des « effets » sur la santé. Le troisième enfin montre la difficulté d'agir sur les causes, et, a contrario, la possibilité de repérer et traiter les effets, soigner les agents atteints.

Globalement, souligne l'étude, les films présentés dans le cadre de ces sensibilisations présentent des écueils majeurs :

- Ils concentrent leurs propos sur des logiques de souffrance individuelle, en dehors de toute réflexion sur le travail : organisation, contenu, qualité, sens et les conditions dans lesquelles il est réalisé.
- Ils évacuent la question pourtant centrale du travail dans la survenue des RPS et, de ce fait, masquent la réalité.
- Ils participent au manque de lisibilité de ce que sont les RPS et de ce que doit être une politique de prévention adaptée.
- Ils déplacent la question des RPS plutôt que de la traiter et contribuent à noyer l'intelligibilité de cette notion. Le rédacteur de l'étude ajoute même que ces films sont « dangereux parce qu'ils rajoutent une couche d'opacité au lieu d'éclairer la compréhension de ces risques professionnels spécifiques que sont les RPS ; parce qu'ils font porter une responsabilité écrasante sur les DPX ; et parce qu'ils reconvertissent une exigence de débat sur le fonctionnement social de l'entreprise, en un problème d'ordre sanitaire. »

Corollaire au dépistage des agents « en difficulté », des dispositifs d'accompagnement et de gestion du stress ont été mis en place. Il s'agit essentiellement du soutien psychologique fourni par un appel à un numéro vert accessible 24 h sur 24. En 2011, la permanence téléphonique pour la France a recensé 7 800 appels. Parmi ces appels, 2 800 étaient des appels spontanés et 5 000 étaient des appels passés par les psychologues pour des entretiens, prendre des nouvelles, pour des orientations extérieures... L'analyse des événements à l'origine des appels sur le numéro vert indique que 43 % ont pour origine une « situation problématique au travail » (telles que démotivation, inquiétude sur l'avenir, difficultés relationnelles, mobilité professionnelle, épuisement professionnel...), 19 % des « violences et agressions »,

17 % des « accidents de personne ». Pour 11 %, il s'agit de « problématiques personnelles » et 10 % de « situations de crise ». Nous ignorons ce que cette dernière catégorie illustre comme type de situation. Globalement il apparaît qu'au moins 79 % des appels (voire peut-être 89 %) trouvent leur origine dans le travail.

La politique de la prévention de la santé au travail à la SNCF Nord Pas de Calais se déploie à travers un ensemble de dispositifs, mais elle repose surtout sur l'intervention d'acteurs. L'étude porte une attention particulière sur trois d'entre eux : les médecins du travail, les Coordinateurs sécurité (COSEC) et les élus CHSCT. Elle souligne les contraintes qui rendent difficile l'activité des médecins du travail et leur approche divergente des RPS. Des COSEC, elle note que la prévention des RPS n'est qu'une activité périphérique, l'essentiel portant sur la sécurité physique des personnels. Enfin, comme les médecins du travail, comme les COSEC, les élus CHSCT semblent dans leur ensemble plutôt mal à l'aise avec les RPS : peu d'entre eux parviennent à donner une définition établie de ce concept, à délimiter les contours des phénomènes qu'ils recouvrent, note l'étude.

D'une part, on retrouve dans leurs discours la confusion classique entre les risques psychosociaux et leurs manifestations, c'est-à-dire entre les causes et les conséquences. Le risque psychosocial est souvent associé à du stress, à de la dépression, à ce sentiment de mal-être au travail, mais plus rarement aux conditions ou aux origines de ces manifestations.

D'autre part, quand on les questionne alors plus précisément sur les causes de ces malaises au travail, le manque de moyens humains, la diminution des effectifs arrivent souvent en tête des réponses (et) il est assez frappant de remarquer que n'apparaît que beaucoup plus rarement dans leurs réponses le travail lui-même, qui est pourtant, nous disent-ils par ailleurs, plus compliqué à faire, qui est l'objet de contradictions irrésolues, qui n'est pas reconnu, qui est de moins en moins une source de satisfaction, etc.

L'étude relève également que les RPS sont les grands absents des débats du CHSCT avançant plusieurs hypothèses sur cette absence mais privilégiant le pragmatisme des élus : « *on peut imaginer que les élus fassent finalement le choix de porter des revendications dont ils savent à l'avance qu'elles pourront être entendues par la direction et qu'elles seront suivies de réponses positives, au détriment de revendications de fond, plus ambitieuses, mais qui n'appellent pas une réponse immédiate.* »

L'étude avance en conclusion la thèse du déni du travail réel comme espace central dans lequel se joue la

santé des agents. « *Si les évolutions de la SNCF fragilisent les agents, les acteurs de la prévention et l'organisation dans son ensemble, ce sur quoi les représentants du personnel ne cessent d'alerter, c'est d'abord et avant tout parce qu'elles appréhendent le travail comme simplement un coût à réduire, au lieu d'y voir une ressource essentielle pour développer tant la santé des agents qu'une offre de transport ferroviaire de qualité. Le déni de tout ce que font les agents (à tous les niveaux hiérarchiques) au quotidien pour maintenir une*

capacité à répondre aux divers impératifs du transport ferroviaire (sécurité ferroviaire, qualité de service, économie des ressources) conduit à des situations où ce qu'il y a à faire ne peut plus être bien fait, voire parfois plus fait du tout. D'où un sentiment de malaise assez généralisé, des atteintes à la santé des personnes, et des conflits interpersonnels parfois violents. »

Conditions de travail, isolement, burn-out : Surmenés, des généralistes affirment leur besoin d'aide

NDLR: Nous donnons ici dans la suite de l'article sur les risques psychosociaux de la SNCF, une note de lecture de M. Dominique Durand qui montre que les risques psychosociaux touchent aussi le corps médical.

Présentée lors des assises de la « Femme, médecin libéral », une enquête de l'URPS médecins libéraux de la région Centre met en lumière le risque (ressenti comme tel) d'épuisement professionnel de nombreux médecins de premier recours, notamment les femmes exerçant en milieu rural. Plus d'un tiers d'entre eux sont en quête d'aide et de prévention.

J'ai trouvé ailleurs (site de l'UNOF) un résumé de l'étude que voici :

De nombreux décès « brutaux » de médecins dans la région Centre courant 2012 ont conduit l'Union régionale des professionnels santé (URPS) de ce territoire à mener auprès de la profession une enquête sur les conditions de travail. Les résultats démontrent que les médecins, souvent des femmes exerçant en milieu rural ou semi-rural, appellent à l'aide. Il n'y a que 20 % des confrères qui ont désigné un médecin traitant. Sept décès brutaux de médecins ont été recensés l'année dernière dans la région Centre. Décès brutaux ou suicides car lorsqu'il s'agit des médecins, les suicides ne sont pas déclarés comme tels. Il s'agit maintenant pour l'URPS d'en comprendre les causes pour les prévenir.

Mauvais état moral: « *La région Centre souffre, avec la Picardie, de l'une des densités médicales les plus faibles de France*, a souligné le Dr Parvine Bardon, gynécologue, membre de l'URPS Centre, lors des 4^e assises de la Femme, médecin libéral, organisées par le Syndicat des

médecins libéraux mi-janvier. *Dans cette région, la communauté médicale est dans un mauvais état moral. »*

L'URPS a interpellé ses 2 086 médecins par le canal d'une enquête traitant des actions à mener pour améliorer les conditions de l'exercice libéral. Les médecins ont ainsi eu l'opportunité de classer huit items par ordre d'importance: prévention de l'épuisement professionnel, amélioration de l'organisation du cabinet médical, adaptation aux nouveaux modes d'exercice, adaptation aux nouveaux comportements des patients, intégration des nouveaux outils informatiques, protection sociale, prévention et gestion de l'erreur médicale, et enfin relations avec les caisses primaires. 411 médecins ont répondu au questionnaire.

Isolement: « 20 % d'entre eux y ont répondu spontanément en moins de 15 jours, ce qui démontre que malgré les formations et l'entourage, le monde médical va mal », a soutenu le Dr Martine Darchy, dermatologue, également membre de l'URPS. Et le Dr Bardon d'ajouter: « *nous avons d'autant plus été surpris que souvent les médecins n'ont pas le temps de répondre à ce type de questionnaire. »*

La prévention de l'épuisement a été choisie par 35,5 % des répondants, suivie de l'organisation du cabinet (15,8 %). 72 % des médecins ont également demandé la mise en place de réunions entre pairs ou avec des experts, sur les thématiques les plus choisies par les répondants.

« Ce sont essentiellement les femmes en milieu rural ou semi-rural qui sont les plus demandeuses de réunions, ce qui est révélateur de leur isolement », ont souligné les deux médecins, en précisant que l'URPS organise sa première réunion dans le Loiret le 7 février avec deux groupes de 10 médecins. « *Nous avons voulu faire des petits groupes car nous allons parler de l'intime*, ont-elles précisé. *Au travers de nos réunions, nous allons avancer pour mettre en exergue les raisons de ces difficultés.* »

Déni de la maladie : Le manque de reconnaissance des patients à leur égard ou encore les contraintes administratives de plus en plus nombreuses expliquent en partie le mal-être ressenti au sein de la profession. « *Aujourd'hui, les médecins ont des responsabilités et des tâches de gestion très lourdes et ils ne peuvent pas passer au travers* », a souligné Dominique Maurel, conseiller du Groupe Pasteur Mutualité. Dans le cadre de l'exercice libéral, le burn out des médecins représente 40 % des causes de versement de la rente d'invalidité par la CARMF. Un médecin généraliste sur dix serait également en détresse psychologique, ces difficultés entraînant parfois des pratiques addictives. Ce mal-être s'expliquerait tout d'abord par des causes internes.

« *Les médecins sont des professionnels de l'autodiagnostic et de l'automédication*, a mis en garde Dominique Maurel. *Seul 20 % des médecins ont désigné un autre médecin qu'eux-mêmes comme médecin traitant. Ils sont dans le déni de la maladie.* » Des causes externes comme les contraintes administratives, l'exigence des patients toujours plus importante entraînant les mises en cause et la judiciarisation de la responsabilité médicale expliquent également la souffrance des médecins.

« *Face à l'épuisement professionnel, ils doivent être vigilants sur les signes d'alertes*, a rapporté Dominique Maurel. *Mais c'est difficile, car le médecin est souvent seul face à lui-même. Il doit en parler avec un autre médecin généraliste.* » Et de conclure : « *les médecins doivent anticiper leurs problèmes en se formant à l'organisation du travail, en se faisant assister par une secrétaire, en préservant leur vie sociale et familiale, en mettant également en place des outils assurant une sécurité financière. Il faut qu'ils se protègent afin de pouvoir se consacrer pleinement à l'exercice de leur métier.* »

Jean Yves Nau, qui assure un compte rendu de ces assises pour le blog ENSP, ajoute en conclusion :

« *Dans le salon de l'hôtel parisien qui accueille les assises de la « Femme, médecin libéral », l'enquête fait mouche. Les langues se délient, nombre de médecins ont une histoire à raconter. On parle même de « mort brutale », d'« AVC à 40 ans », de « suicide sous le manteau ». « À Versailles,*

une femme médecin de 47 ans a mis fin à ses jours juste avant Noël », souffle cette généraliste des Yvelines. La cause? « *Surmenage* ». Un mot asséné comme une évidence. L'URPS médecins du Centre a déjà pris quelques mesures. À Orléans, le D^r Isabelle Sauvegrain, médecin du travail et spécialiste de la prévention de l'épuisement professionnel, animera le 7 février deux ateliers de trois heures en petit comité. Carton plein : 16 médecins âgés de 33 à 61 ans se sont aussitôt inscrits. La moitié de ces médecins sont des femmes. « *Ces premières réunions ont valeur de test*, indique le D^r Bardon. *Nous renouvelerons l'expérience dans trois mois, afin de vérifier l'efficacité du dispositif* ». Le trait est grossi pour les besoins de la cause syndicale? Peut-être. La méthodologie retenue et la faiblesse de l'effectif dans la seule région Centre ne permettent pas de conclure? Sans doute. Mais combien faudra-t-il attendre pour avoir la certitude que le trait n'a pas été grossi ou aminci, et que les règles de la statistique sont respectées avec prévention des biais? Et comment ne pas voir que c'est là une autre manière de dire qu'un courant d'épuisement traverse aujourd'hui de larges pans du corps médical, libéral et hospitalier, qu'il atteint plus largement les soignants? Comment ne pas observer que d'autres professions sont concernées par ce burn-out et que tout cela ne s'explique pas par des raisons véritablement objectives?

Comment ne pas noter d'autre part que tout ceci est contemporain de mouvements revendicatifs, de la nostalgie de l'âge d'or de la médecine? Une nostalgie-mélancolie que ne guérira aucun dépassement-complément d'honoraires de 50 % ou plus. Une pathologie amplifiée par l'extension des déserts, la consanguinité croissante avec la puissance publique et l'infantilisation inhérente aux scandales médicaux du Médiateur ou des pilules de troisième génération ; des scandales où nombre de prescripteurs n'assument plus leurs prescriptions. »

Note relative au détachement de salariés européens

Par **Christophe Rondel**

Assistant parlementaire

Application de la règle du pays d'accueil

La directive européenne du 16 décembre 1996 fixe les règles légales des conditions d'emploi des travailleurs détachés. Celle-ci a fait l'objet d'une transposition en droit interne au travers un décret plus exigeant que le droit communautaire.

Le principe est que tout travailleur de l'Union Européenne peut être détaché par son entreprise, pour travailler dans un autre pays. À cet égard, et pour théoriquement éviter le « dumping social » au sein de l'Union, la directive élaborée par la commission européenne prévoit qu'en principe, c'est le droit du pays d'accueil qui doit s'appliquer et non celui du pays d'origine. Ce positionnement important peut être qualifié de mesure anti-Bolkestein, du nom de l'auteur d'un projet de directive qui introduisait le principe du droit du pays d'origine. Afin de contourner le refus exprimé par les organisations syndicales de voir appliquer ce projet de directive, certains n'ont pas hésité à proposer d'appliquer les règles classiques en matière de droit international, c'est-à-dire le libre choix des parties. Heureusement, là encore, la mobilisation a porté ses fruits et la directive de 1996, transposée en droit interne, fait clairement référence au respect du principe de l'application de la loi du pays d'accueil.

Régime de protection sociale: la directive Bolkestein vit encore

Pour autant, de manière étonnante, cette mesure de protection pour les salariés des pays de l'Union Européenne qui dispose d'un droit du travail très protecteur (en tout cas plus protecteur que dans d'autres pays), ne s'applique pas au droit social. C'est-à-dire qu'est maintenue, pour le travailleur détaché la règle du maintien de l'affiliation dans le pays d'origine.

Cette mesure constituait à l'origine, ou en tout cas était présentée comme étant une protection pour les salariés qui ne seraient pas contraints, en cas de détachement, à renoncer à un régime de protection sociale pouvant leur être plus favorable que celui du pays dans lequel le salarié est détaché.

En réalité, on devine que la réalité est tout autre. Cette situation est d'abord et avant tout la preuve que l'Union Européenne manque cruellement d'harmonisation sociale. La construction européenne actuelle étant

d'abord et avant tout économique et l'objectif étant de ne pas porter atteinte à la libre concurrence. Il aurait d'ailleurs été tout à fait envisageable, d'appliquer en lieu et place de principe, celui de la règle la plus protectrice. Le double principe, respect du droit d'accueil pour le droit du travail et application du droit du pays d'origine en matière de protection sociale (pendant une période qui ne peut excéder 8 ou 12 mois selon les cas), constitue une concurrence profondément déloyale aux salariés français.

Le contexte actuel

Cette concurrence est d'autant plus insupportable que le Gouvernement français vient de ratifier le pacte de stabilité européenne et que les chiffres du chômage atteignent en France des dimensions dramatiques. François Hollande, en reprenant à son compte le traité Sarkozy-Merkell impose une cure d'austérité dont le seul objectif est la réduction des déficits publics et sociaux. Non pas pour soustraire notre règle de protection sociale des mains des spéculateurs, mais pour ne pas désespérer les tenants d'une Europe encore plus libérale, c'est-à-dire encore plus obéissante aux opérateurs des marchés financiers. Pour autant, le Président comme le Premier ministre se refusent à agir sur le financement même de notre protection sociale. Le maintien en l'état de cette directive qui autorise les employeurs de salariés détachés en France de ne pas cotiser comme ils le feraient pour un salarié français en est la preuve.

Cette situation, en même temps qu'elle affaiblit la protection sociale – qui souffre de ce fait d'un sous financement – ne bénéficie bien entendu pas aux salariés détachés. Ce sont une nouvelle fois les employeurs qui en profitent. Ils sont d'ailleurs très bien compris l'intérêt de ce dispositif puisque, de moins de 10 000 salariés détachés il y a 10 ans, nous sommes passés à 145 000 en 2011, avec une progression de 30 % par an, tous les ans. Pour autant, ces chiffres sont sans doute en dessous de la réalité, dans la mesure où la Direction générale du travail (DGT) estime pour sa part que le nombre réel de travailleurs détachés serait plutôt de entre 220 000 et 330 000. Le trio de tête des secteurs employant le plus de détachés reste inchangé: BTP, entreprises de travail temporaire et industrie. Qui plus est, la possibilité pour les employeurs de contourner les règles nationales en matière de protection sociale, lorsqu'elles sont plus onéreuses pour les employeurs, fait du dispositif de détachement

un mécanisme très intéressant qui n'est pas sans accompagner de fraudes. La DGT, dans son bilan pour 2011 faisant savoir qu'un nombre important d'employeurs, ne respectait pas, contrairement à leurs affirmations, les dispositions légales en matière de droit du travail: non-respect du SMIC, non-paiement des heures supplémentaires voire du salaire lui-même, dépassement des durées maximales hebdomadaires, infractions à la législation en matière d'hygiène et de sécurité, constats d'hébergements précaires (sans eau potable ou salariés dormant dans des caves), prêt de main-d'œuvre, travail dissimulé, organisation de fausse sous-traitance... seraient nombreux.

En abordant cette question, il ne s'agit naturellement pas de prôner un rempli identitaire et national. Il faut impérativement rappeler que notre positionnement en la matière a été et demeure l'égalité de traitement entre les travailleurs. Les employeurs ne peuvent plus continuer à jouer sur les différences sociales et fiscales pour utiliser le détachement de salariés comme une manière de maximiser leurs profits, tout en affaiblissant les droits et les protections collectives des travailleurs des pays d'accueil.

L'e-Médecine : un changement radical et bien des interrogations

Par le D^r A.M. Roucayrol

*Praticien hospitalier, pathologiste, médecin coordonnateur des risques liés au soin,
CHI de Villeneuve-Saint-Georges*

Les avancées permises par les techniques numériques dans de nombreux domaines médico-scientifiques sont incontestables. Dès les années soixante la numérisation des données médico-scientifiques a transformé l'acquisition des connaissances en médecine, mais la pratique de la Médecine elle-même faisait de la résistance. Ces deux dernières décennies ont vu déferler un ensemble de réalisations (1, 2, 3, 4, 5) qui bouleverse nos pratiques parce qu'elles changent nos relations (7), et notre manière de penser la santé, tant du côté soignant que du côté patient. L'impact des techniques d'information et de communication (TIC) sur l'exercice quotidien est objet de fortes préoccupations de l'Ordre des Médecins, de la Haute Autorité en Santé(10), des associations d'usagers (11). Mais au-delà des problèmes de confidentialité, de sécurité, de rémunération d'actes, les implications sociales et sociétales de ce phénomène irrésistible méritent aussi quelques réflexions.

I. Les outils déjà anciens et leur évolution :

1) Les outils de formation

Formation universitaire: Comme dans toutes les disciplines, l'accessibilité des cours à distance a changé radicalement les liens entre étudiants et enseignants, tandis que les logiciels interactifs permettent une autoévaluation. Même le domaine le plus traditionnellement spécifique à la Médecine, à savoir l'étude de l'anatomie, a vu la pratique des dissections disparaître presque totalement au profit des reconstitutions 3D, et les logiciels d'apprentissage interactifs venir au secours des futurs infirmiers, chirurgiens, réanimateurs. Des blocs opératoires virtuels sont proposés sur le modèle de ce qui existe dans de nombreux domaines (aviation, astrophysique) la simulation limitant la dangerosité de la période d'apprentissage. Le contact avec la réalité en est retardé et parfois d'autant plus rude.

La formation continue, incontournable pour les médecins dans un monde où les données scientifiques évoluent sans cesse, était basée sur les Congrès et la lecture de revues pour les praticiens libéraux ; pour les hospitaliers, s'ajoutaient les mises à jour hebdomadaires ou mensuelles grâce à des articles nationaux et internationaux que l'on détectait grâce aux « current contents », et qu'il fallait commander s'ils n'étaient pas en biblio-

thèque. La numérisation de la quasi-totalité des revues médico-biologiques internationales par la Bibliothèque nationale de médecine américaine du National Institutes of Health permet depuis les années 80-90 d'avoir gratuitement, en un clic, tout résumé d'article à disposition grâce à PubMed principal moteur de recherche donnant accès à la base de données bibliographique MEDLINE (biologie et médecine). La consultation donne accès assez souvent au plein article gratuit, ou donne un lien pour commander l'article moyennant finance. Dans les suites, chaque Société savante (de chaque spécialité) ou organisation professionnelle a développé sa base de données et livre les accès moyennant abonnement, généralement inclus dans le montant de l'adhésion. Là encore, des propositions interactives d'évaluation et d'apprentissage par simulation sont les bienvenues. Même si les « formations présentielles » des congrès restent très prisées, cette formation continue « en un clic » est une avancée considérable, pour peu qu'elle trouve sa place dans un quotidien surchargé. Cette recherche personnelle permet de contrebalancer l'influence des « visiteurs médicaux » émanant des laboratoires pharmaceutiques et traditionnellement accusés d'effectuer une formation non objective.

Le D^r Jacques Lucas, vice-président de l'Ordre des médecins (OM), chargé des systèmes d'information en santé, écrit(4) qu'il est nécessaire d'« inciter les médecins à renforcer leur présence professionnelle et humaniste sur le Web... y trouver plus facilement des informations pertinentes pour répondre à leurs propres besoins professionnels ».

2) les outils pour la pratique

Au quotidien, la mise en ligne de bases de données fiables a changé radicalement les pratiques :

- prescription médicamenteuse: l'ouvrage de référence, le Vidal, est en ligne ; dans les hôpitaux, l'informatisation de la prescription permet aux pharmaciens de contrôler la compatibilité des drogues et leur posologie. Depuis longtemps les pharmaciens d'officine enregistrent sur informatique les dossiers des patients (1).
- aide au diagnostic, en médecine générale et spécialités, en fonction des symptômes, des logiciels d'aide proposent conduite à tenir et thérapeutique.

- Radiologie/Imagerie: de nombreux hôpitaux et grands cabinets fonctionnent exclusivement en dématérialisant l'image (plus de radio/film conventionnels, RX, Scanner et IRM enregistrés sur CD) qui est à disposition des praticiens sur des systèmes dits « PACS » (Picture Archiving and Communication System). Même si les véritables systèmes d'archivage commun sont rares, en France les tutelles promeuvent ce système en raison notamment de la pénurie de radiologues publics. Avantages: disponibilité des images partagées à l'échelle d'un hôpital entier, images pouvant être envoyées dans le monde entier, pour second avis en cas de difficulté. Cette transmission d'image est capitale depuis l'organisation des soins en filières spécialisées, par exemple en Neurologie pour déterminer la pertinence d'un recours à la neurochirurgie.
- Examens de laboratoire: les résultats d'analyses sont issus d'automates qui peuvent être connectés sur serveur, et arrivent dans certains cas directement au médecin prescripteur de l'acte. En principe, la validation par un médecin biologiste est toujours requise.
- Constitution de fichiers et registres par pathologie, sous l'égide de sociétés savantes ou d'organisations professionnelles, comme en cancérologie, en pédiatrie, etc. qui permet des études de cohortes et des enquêtes épidémiologiques. De récentes affaires ont relancé le débat de la centralisation de ces données, qui restent en France limitées géographiquement (par régions sanitaires) ou par secteurs de pathologie.
- Gestion de nombreuses organisations avec interactivité des données: Prise de rendez-vous, gestion des lits disponibles à l'échelle d'un établissement et même d'une région, organisation de l'hospitalisation à domicile, travail en réseau ou filière possible: filière type CERVEAU pour urgences ou pour Soins de suite et rééducation en Ile-de-France.
- Production de données pour les tutelles et organismes gestionnaires de la Santé: codification des pathologies permettant la standardisation et la production de données épidémiologiques, mais aussi actes et codage condition du financement; liens avec la CNAM; indicateurs d'activité et de qualité, parfois prétextes à restructurations diverses. L'instauration de plateformes informatiques de saisie des données se généralise: cette facilitation offerte s'assortit d'une obligation de réponse sous peine de pénalités en cas de non-observance.

II. Les projets en cours de réalisation:

Le dossier patient informatisé:

Après bien des hésitations, ce qui est en voie de réalisation n'est pas un dossier informatisé unique obligatoi-

rement constitué par les professionnels, mais un dossier médical personnel (DMP) sur le mode du carnet de santé, sur quoi le patient a des droits: c'est lui qui en détermine le contenu en accord avec son médecin et les divers intervenants (kiné, infirmier, etc.). C'est un document de coordination qui ne se substitue pas au dossier du médecin généraliste ni au dossier d'hospitalisation, il est établi en parallèle avec les éléments pour lequel le patient donne l'autorisation d'accès, et qui seront partagés. Sa constitution est gratuite. Déployé depuis janvier 2011, il concerne actuellement 200 000 patients selon l'ASIP (agence des systèmes d'information partagés) (4).

La télémédecine:

- La consultation sur le web est à l'étude et permettrait en principe de pallier l'insuffisance de praticiens. Mais les médecins achoppent sur de nombreux problèmes, certains déontologiques, d'autres plus pragmatiques dont celui de la rémunération! L'Ordre des médecins s'en est ému depuis longtemps déjà (1,2,3) et édite un « LIVRE BLANC/Déontologie médicale sur le Web » (4) avec cinq propositions:
 - Mettre le web au service de la relation médecins-patients
 - Contribuer à la production de l'information en santé
 - Faire un usage responsable des médias sociaux numériques
 - Définir le cadre d'exercice du télé-conseil
 - Reconnaître l'acte de conseil par téléphone ou par courriel pour un patient habituellement suivi
- L'autogestion par le patient de ses paramètres médicaux grâce à des technologies embarquées dans des dispositifs interconnectables, type tablettes ou smartphones, est d'ores et déjà possible. On peut, si on en a les moyens culturels et financiers, tout saisir et transmettre: TA, pouls, température, ECG, écho cœur, glycémie, et même examen d'urines, diagnostic de grippe ou d'infections diverses... Le tout sous licence de quelques grosses boîtes de développement médico-informatiques ou pharmaceutiques; en France, une étude prospective de suivi du diabète avec ajustement du traitement est réalisée grâce à Diabéo, dispositif utilisant une technologie de Sanofi montée sur Iphone. (5, 6, 8)
- La vente de médicaments en ligne: il s'agit ici des ventes officielles et non pas des nombreuses propositions d'acquisition de substances licites ou non que l'on peut trouver sur le web. L'Ordre des pharmaciens travaille parallèlement à l'Ordre des médecins pour fournir un service de qualité grâce à des logiciels d'officine. Le Conseil national de l'Ordre des phar-

maciens (CNOP) vient de mettre en ligne sur son site Internet des recommandations sur le respect de la confidentialité des données de patients dans l'usage de l'informatique.

III. Quelques réflexions et interrogations :

1) Les résistances aux TIC ont été nombreuses et ont presque toutes disparu :

- Liées aux contraintes techniques : par exemple en imagerie, ou en télé-pathologie, où l'obstacle de la qualité de l'image obtenue puis transmise est levé, la technologie permettant désormais une qualité jugée suffisante pour une interprétation à distance. Il reste le problème de la pérennité des supports, et du stockage des données. Et bien sûr de la compétence de celui qui va interpréter, parfois à des milliers de kilomètres.
- Liées au manque d'équipement et de culture informatique de nombreux médecins : c'est une question de génération, même les soixante-huitards ont dû accepter le passage obligé par la culture informatique.
- Liées à la confidentialité : le problème de la sécurisation des données est constant pour toute action s'intégrant dans la sphère de transmission numérique. Les points de contrôle, blocage, culture du changement de login, etc... font partie intégrante des cahiers des charges des divers systèmes et la CNIL, toujours consultée, donne généralement son accord. Ce n'est plus un obstacle technique, même si aucun système n'est inviolable. La vraie discussion porte sur l'accessibilité du dossier : avec qui partage-t-on les données ? Actuellement le débat sur les « open data » fait rage, et avec raison, l'enjeu est de taille.
- Liées à la crainte d'un encadrement quasi policier de l'exercice par les tutelles : celles-ci persistent mais les rémunérations (que l'exercice soit libéral ou institutionnel, privé ou public) étant désormais conditionnées par la transmission des données à l'assurance maladie et/ou aux tutelles, les professionnels se sont vus obligés d'obtempérer (à de rares exceptions près).

2) La levée récente des freins correspond aux évolutions culturelles des professionnels de santé, des patients et usagers :

On assiste à un raz-de-marée avec toujours plus de propositions et de demande de systèmes informatiques, à cause certes de l'irruption des jeunes dans les professions de santé mais pas seulement : les patients, qui utilisent internet pour tout un tas de services, et parfois prennent RV ou communiquent par mail, expriment une forte demande de toujours plus de liens informatiques, et ce ne sont pas toujours les plus jeunes qui sont les plus impa-

tients, ni les plus désireux d'obtenir des informations sur le Web. De côté des praticiens, on apprécie la mise à jour plus facile des connaissances et le confort du savoir et du retour d'expériences partagés (5), l'accessibilité et/ou l'organisation améliorées des prestations paramédicales.

De nombreux facteurs sont à l'œuvre pour expliquer cette demande de ce qui paraissait jusqu'à peu inacceptable :

- Le besoin de sécurité, qui fait privilégier tout système permettant un enregistrement des données. En effet depuis l'affaire du sang contaminé, du virus de l'encéphalopathie bovine, ou les récents problèmes des prothèses mammaires et autre dispositif ou médicament, le déficit de confiance se double de la volonté de se voir garantir la traçabilité des actes et dispositifs, ce que seule l'informatisation permet de façon efficace.
- L'exigence de qualité, qui pour le public passe, à tort ou à raison, par un affichage accompagné souvent d'une évaluation (labellisations diverses, qualifications, accréditation, notation et comparaison...) accessible sur divers sites officiels ou non.
- La technicité triomphante : le temps de la réflexivité parfois longue, lors d'une consultation prenant en compte l'individu dans sa globalité (interrogatoire, habitus, examens parfois répétés...) s'efface devant le désir de réponse rapide. Même pour le praticien, la tentation est grande de céder à l'esprit « checklist », qui résume la réflexion à des attitudes de tout ou rien (in/out, selon le modèle QCM qui teste les connaissances). En cas de problème, ou de décision difficile, le recours à des logiciels ad hoc paraîtra aidant... et curieusement rassurera le patient, d'ailleurs enclin désormais à faire plus confiance à un résultat d'analyse qu'à l'expérience du praticien (ravage des séries télé américaines!!!)

3) La relation médecin-malade est le lieu des changements les plus flagrants :

Le secret médical reste la grande question déontologique dans un monde de plus en plus poreux. Les praticiens s'interrogent sur la fiabilité des systèmes de protection, mais sont conscients de la nécessité d'organiser le soin en réseau autour du patient, et donc de partager un certain nombre de données (1, 3, 11). Par ailleurs ils sont lucides par rapport à la volonté d'encadrement de leur activité de la part des tutelles et en particulier de la CNAM : les données transmises pour des motifs statistiques sont en principe anonymisées, mais les remboursements eux sont nominatifs... Les patients tiennent à la confidentialité des données, mais acceptent de plus en plus le partage du secret (1). L'avis de communication des données informatiques, placardé selon les prescrip-

tions de la CNIL, ne donne pratiquement jamais lieu à un refus de la part des patients, qui vivent convaincus de la nécessité du partage d'information les concernant.

La relation médicale, malgré ce qu'elle a d'intime, ne paraît plus obligatoirement devoir être confinée dans le secret du cabinet, suivant en cela la tendance générale à faire partager sa vie personnelle à des inconnus : le succès des réseaux sociaux est à cet égard emblématique. D'ailleurs, les professionnels de santé et les établissements de soins sont de plus en plus nombreux à recourir aux réseaux pour répondre aux attentes des patients et se faire connaître : près de 70 % des CHU et CHR seraient ainsi présents sur *You tube* et *Facebook*.

Accepter **la consultation par web**? Ici un saut qualitatif est franchi, celui de la dématérialisation de la consultation. Certes, on a vu que les constantes et les images peuvent être transmises, et les systèmes vidéo permettent aux protagonistes de se voir. Néanmoins, que devient la singularité de la relation médecin/malade, faite d'écoute, de silences, d'interprétations réciproques, ... et d'un examen soigneux? La connexion informatique peut-elle remplacer la relation frontale? Bien évidemment non, et pourtant devant le manque de médecins, devant la réduction du temps pouvant être consacré à la consultation, devant la demande croissante de dialogue de la part du patient, on se dit que la tentation sera très forte... D'autant que, comme le souligne le Pr Christian Hervé⁽¹⁷⁾, l'obligation d'« *information [...] contenue dans la loi n'est pas assez valorisée; le temps du rapport humain n'est pas rémunéré [...]* » (7).

4) Certains de ces changements fondamentaux accentuent l'inégalité de l'accès aux soins :

Dans cette approche pratique différente, que l'on peut résumer ainsi : moins d'art, plus de scientificité, le patient est prêt à abandonner le « colloque singulier » qu'était la consultation, à partager les données le concernant, à passer par une prise en charge standardisée. Il est surtout enclin à chercher de l'information sur les réseaux et les sites, et il va en trouver, souvent de façon pléthorique, et incontrôlée. La Haute Autorité de Santé s'en est émue depuis longtemps déjà (2,10) et tente d'organiser l'accréditation des sites et des logiciels d'aide au diagnostic, tandis que l'Ordre des médecins insiste dans le « LIVRE BLANC/ Déontologie médicale sur le Web »(4) : « *Nous souhaitons fortement rappeler que la fascination que l'on peut éprouver pour les avancées et les prouesses technologiques ne doit pas faire perdre de vue que toute activité médicale doit être soutenue par le principe éthique de bienfaisance* ».

C'est que les sites web « médicaux » se multiplient. Ils posent le problème de leur fiabilité, du droit des administrateurs à faire paraître leur savoir, et traduisent surtout un énorme désarroi des patients : on est frappé par la naïveté de certaines questions, de l'impudeur des cas exposés à tous, de la gentillesse avec laquelle d'autres patients communiquent leur expérience, de l'immense n'importe quoi des réponses. La qualité de la syntaxe trahit souvent un niveau socioculturel plutôt bas. À l'opposé, les sites des associations de malades par spécialités, et les sites des sociétés savantes, sont en général sérieux, bien documentés ; ils ont un public de gens cultivés, et ces patients-là arrivent chez leur médecin en ayant une idée assez précise de leur maladie et des possibilités thérapeutiques. Enfin certains médecins militent depuis longtemps pour la transparence de l'information dans le cadre d'une relation sérieuse et documentée et développent leur propre site d'échanges (10). Comme le souhaitaient depuis longtemps, avec juste raison, les associations de patients et d'usagers de la santé, la consultation devient alors un dialogue « sur un pied d'égalité », sur la base d'un « savoir partagé ». Le patient devient acteur de son projet thérapeutique (5).

Le médecin n'est plus un gourou mais un partenaire, voire un conseiller. L'OM accepte finalement cette évolution et propose d'« *aider le patient à s'orienter en donnant son avis sur le contenu que le patient aura lu sur le Web [...] lui indiquant les sites de références, voire en publiant son propre site professionnel* ». Le Dr Lucas de l'OM ajoute sans rire « cela ne doit pas être chronophage »! (4). Il semble que la majorité des patients continue d'accorder leur confiance à leur médecin et particulièrement leur généraliste. Depuis la Loi du 4 mars 2002 sur les droits du patient, ils savent qu'ils doivent recevoir « une information compréhensible ». Alors ils s'informent à l'avance, le médecin n'a plus l'exclusivité du savoir. Selon une enquête CSA (baromètre orange- terrafemina « la santé à l'heure d'internet », 995 personnes interrogées en ligne 2 au 4 février 2011) 60 % des Français disent avoir consulté internet pour un problème de santé ; 49 % pour savoir comment se soigner ; les 3/4 pour avoir une première idée avant d'aller consulter, 68 % déclarent avoir confiance en leur médecin. 78 % disent n'avoir jamais acheté de médicaments selon des informations pêchées sur le web et sans en parler à leur médecin (7).

Le web apparaît ainsi comme un support de soins à multiples entrées : mais cet outil merveilleux est-il à la portée de tous?

L'accès à ces supports subit une première limitation, d'ordre matériel : tout le monde ne possède pas encore d'ordinateur, de portable ou Iphone ; les populations les plus défavorisées sont laissées de côté ; une deuxième

¹⁷ Laboratoire d'éthique médicale, Paris-Descartes

limitation est d'ordre culturel: soit par réticence à la nouveauté, soit par manque d'apprentissage, certaines personnes, souvent âgées, sont rebutées par l'exercice consistant à chercher par eux-mêmes des informations en santé. Et chaque essai d'utilisation d'un système de télé-médecine doit obligatoirement comporter une phase de formation du patient. On voit d'emblée que ces systèmes ne sont pas à la portée de chacun (niveau scolaire faible, mauvaise maîtrise du langage, affaiblissement des facultés intellectuelles).

Mais le problème le plus grave est l'absence d'éducation à la santé, et d'éducation en général, dont souffrent la majorité de nos concitoyens. Un contenu d'enseignement faisant peu de place à la culture générale, peu de place à la physiologie et aux comportements compatibles avec la prévention en santé, et tout simplement l'absence de promotion d'un enseignement humaniste faisant la part belle à la réflexion personnelle, n'incitent pas à exercer vis-à-vis des sites web l'esprit critique qui serait nécessaire. Lesquels parmi les internautes se préoccupent vraiment de contrôler l'authenticité de l'information, en recherchant par exemple le label HON? Et si le site est qualifié, lesquels sont à même d'intégrer les données acquises dans leur expérience personnelle? Là encore, les seuls à profiter véritablement de ces avancées technologiques seront les plus favorisés sur le plan socioculturel.

Devant ce foisonnement de sites proposés, devant cette débauche de technicité, un grand nombre de patients se sentent rejetés, et leur sentiment d'exclusion et d'abandon grandit, d'autant que la présence médicale physique a tendance à diminuer en même temps que le maillage territorial, ainsi que le temps disponible pour chaque consultation physique.

5) Les intérêts économiques en jeu sont énormes :

Les TIC sont devenus un secteur à part entière de l'économie, dont le développement échappe le plus souvent au contrôle public, même si de nombreuses sociétés tentent d'obtenir les marchés du public et surtout d'obtenir des labels officiels et une accréditation. Dans un document récent (Hospimédia, 01/02/2013), la DGOS recensait ainsi dans sa base RELIMS (Référencement des Éditeurs de Logiciels et Intégrateurs du Marché de la Santé) 211 sociétés intervenant sur le champ du numérique avec une offre de 506 logiciels. On comprend aisément l'intérêt pour ces boîtes de mettre la main sur la connaissance des profils pathologiques et sociaux des patients, et des futurs patients que nous sommes tous. De nombreuses filières sont concernées: industries des équipements électroniques et informatiques, créateurs de logiciels, hébergeurs de données de santé, pourvoyeurs d'accès en télécommunication, prestataires de services divers.

Les assureurs: les premiers à s'intéresser aux systèmes d'information en santé ont été les assureurs, assurance maladie ou complémentaires, mutuelles comprises: obtenir le maximum de données reste un objectif essentiel et la CNAM se plaint sans cesse de « manquer de données ». En effet, le codage des pathologies par patient permet de déterminer d'une part les coûts moyens par pathologie, d'autre part des « profils de patients » plus ou moins assurables. De même, le développement du système de déclarations des événements potentiellement porteurs de risques a d'abord été le fait des assureurs, qui ont tout intérêt à éviter la survenue des erreurs, pour la santé des patients, et celle de leur bilan financier en réduisant les indemnités secondaires aux dommages liés aux soins. L'accès aux données médicales est un enjeu majeur pour ajuster leur stratégie financière. C'est vrai aussi pour la CNAM, qui modifie les remboursements d'actes et de soins en fonction de leur nombre et de leur type.

L'industrie pharmaceutique, les fabricants de dispositifs médicaux et de dispositifs de surveillance ou d'analyse: la constitution d'une patientèle aisée, cultivée, avide de nouveauté en matière de technologie de suivi médical est une bénédiction pour ces industries. Leurs prestations sont payantes hors projet thérapeutique particulier et elles travaillent à obtenir un remboursement de ces pratiques.

Les sites web en lien avec la santé. Tout le problème est de faire la différence entre un site authentifié et des propositions commerciales souvent fantaisistes. Certains sites, exploitant la mode du « do it yourself », et la crédulité des gens, proposent diagnostics et thérapeutiques, avec une auto-prescription parfois dangereuse et surtout une consommation de produits non contrôlés. L'Ordre des médecins met en garde «... les recherches mal orientées du patient sur le web, en particulier sur des plateformes qui auraient des vocations commerciales ou promotionnelles ou des forums collaboratifs non modérés, pourraient conduire à des informations partiales ou erronées voire à des auto-diagnostics ou des automédications potentiellement nuisibles pour sa santé tout en complexifiant la relation qu'il entretient avec son médecin. Face à ce constat, le médecin a un rôle central évident à jouer pour accompagner le patient dans ce nouvel environnement ».

L'organisation de la santé publique repose désormais largement sur les technologies d'information et de communication (TIC).

La Loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) inscrit le soin dans un parcours coordonné au sein d'un territoire: généraliste, infirmier libéral, clinique, centre municipal de santé, hôpital privé ou public, doivent collaborer autour du patient, pour améliorer l'accès au soin et éviter

redondances et examen inutile. C'est là le but affiché, le bénéfice secondaire étant de faire des économies en santé. Pour la réalisation de la coordination, la Loi HPST définit la télémédecine comme l'ensemble des actes médicaux effectués à distance dans son article 78, et le décret 2010-1229 qui a suivi encadre cette forme d'exercice. Le DMP, le plan Cancer, le plan hôpital 2012, tous ces projets impliquent le développement des TIC (1).

Le développement des TIC a l'avantage supplémentaire d'apparaître comme un palliatif moderne aux insuffisances de l'offre de soins: on l'a vu pour l'imagerie (la presse s'est fait l'écho de quelques exemples, comme à Saint-Amant dans le Cher où l'absence de radiologue s'accompagne d'une transmission des images de TDM avec interprétation à distance); on le propose pour le suivi à domicile de certaines pathologies chroniques (par exemple diabète ou insuffisance respiratoire chronique, avec équipement en spiromètre, oxymètre, etc. enregistrement des données et suivi à distance) ce qui évite la multiplication des infirmiers intervenant physiquement. La consultation médicale pour les pathologies chroniques est déjà parfois dématérialisée. La désertification médicale dans certains territoires se voit aussi proposer la télémédecine comme remède. Pourquoi pas, si cela s'inscrit dans le cadre d'une réflexion globale sur les conditions de vie et d'exercice offertes à des milliers de Français, et d'un accompagnement culturel et éducationnel bien différent de ce qui existe actuellement, comme on l'a vu plus haut.

Sur un autre plan, les TIC sont le moyen d'encadrer étroitement toutes les activités médico-sociales: les tutelles mettent en place des systèmes de plus en plus contraignants de contrôle des activités et des coûts, et en profitent pour « restructurer », c'est-à-dire refuser les autorisations d'exercice aux partenaires « n'atteignant pas les seuils » requis (de patients, d'actes, d'indicateurs qualité, d'économies...). Ce corpus de données n'existe que grâce aux codages et cotations systématiques de tout acte de diagnostic ou de soin, avec saisie informatique et transmission. Peu à peu, l'approche du patient dans sa globalité est remplacée par un découpage et une succession d'actes valorisés: ce qui n'est pas codé n'est pas valorisé et donc n'existe pas!

La vraie question est à poser en termes de besoins: les patients n'ont-ils pas surtout besoin de contacts humains? La télémédecine, en dématérialisant la relation et en accentuant le découpage de la consultation en une série d'actes techniques risque fort de porter atteinte à la prise en charge de l'individu dans sa globalité: le besoin de médecine « à l'ancienne » se réimposerait alors par d'autres voies (homéopathie, médecines douces, thérapies d'holo-médecine, voire approche sectaire) qui sont

déjà en pleine expansion, et qui elles-mêmes utilisent le web où elles font leur promotion.

Conclusion

Les technologies de l'information et de la communication changent en profondeur nos modes de percevoir le monde: la santé n'y échappe pas, et des avancées spectaculaires en termes de prise en charge des soins et de prévention sont à notre portée. Cela suppose un niveau acceptable d'appropriation de ces techniques et de leur environnement idéologique par chacun d'entre nous: du côté soignant, pour comprendre l'impératif de vigilance et d'esprit critique qui doit s'exercer à l'encontre des propositions commerciales et organisationnelles qui se multiplient; du côté des patients, pour être à même d'intervenir en partenaire lucide et averti. Nos sociétés actuelles de plus en plus inégalitaires offrent-elles les conditions d'une telle appropriation? Veillons au moins à ce que les TIC ne soient pas le prétexte à réduire encore la part humaine dans les métiers de santé au profit d'une technicité envahissante, ce qui accroîtrait encore les inégalités de prise en charge en ce domaine.

Bibliographie

- 1) Médecins, Bulletin d'information de l'Ordre national des Médecins, n° 10, mars avril 2010. Informatisation, une question de confiance.
- 2) Id., n° 12, juillet août 2010. La Toile redessine la relation médecins/patients
- 3) Id., n° 18, juillet août 2011. Partage de l'information médicale: place au débat national
- 4) Id, n° 21, janvier février 2012, présentation du livre blanc « Déontologie médicale sur le Web. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins », mis en ligne en décembre 2011.
- 5) Id. n° 24 juillet août 2012: e-Santé: où en est-on?
- 6) MACSF info, publication de la MACSF, premier groupe de Mutuelle Assurances des professionnels de santé), mars 2012, N° 20, Télémédecine, c'est parti!
- 7) MACSF info juin 2012, N° 21: Du paternalisme au partenariat
- 8) Le Monde, 5 janvier 2013, supplément sciences et techno: Immersion dans la *smart medecine*, un médecin à portée du clavier.
- 9) Égaut devant la santé, une illusion? 27 janvier 2012, plaquette éditée par le Ciss Collectif interassociatif sur la santé.
- 10) « Certification des sites de santé en France », publication de la HAS, 2008.
- 11) Médecins, Bulletin de l'Ordre national des Médecins, n° 27, janvier- février 2013: Créer la confiance dans le numérique en Santé.

Le réseau Français Villes-Santé : des villes actives pour améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé

Par **Patrice Voir**

*Infirmier urgentiste, maire-adjoint à la santé de Grenoble,
Président du réseau français Villes-Santé de l'OMS*

En France, comme dans la région Européenne de l'OMS, le développement rapide des maladies chroniques et des troubles mentaux, le manque de cohésion sociale, les menaces environnementales, les incertitudes financières et l'accélération des réformes libérales qui plongent l'hôpital public et les systèmes de santé dans la crise rendent encore plus difficile l'amélioration de la santé.

Dans bon nombre de pays, il n'y a pas de corrélation entre l'augmentation des dépenses de santé et les résultats sanitaires. Les coûts sont principalement déterminés par l'offre, comme les nouveaux traitements et les nouvelles technologies, et les attentes accrues des populations en termes de protection contre les risques sanitaires et d'accès à des soins de santé de grande qualité. Pour que le système de santé réponde à l'ambition affirmée par l'OMS selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social cela suppose à la fois une action sur le milieu – conditions sociales, économiques et environnementales – pour maintenir l'état de santé, et le développement d'un système de soins garantissant à toutes les meilleures conditions pour se relever de la maladie ou vivre bien malgré la maladie, le handicap, ou la perte d'autonomie.

Plus que sur le système de soin, l'état sanitaire d'une population repose sur le niveau socio-économique, culturel et environnemental. L'alphabétisation des femmes a permis de réduire la mortalité infantile en Inde. Le changement de régime alimentaire des Crétois, lié au développement du tourisme, a entraîné une augmentation de la fréquence des maladies cardio-vasculaires. L'espérance de vie d'un ouvrier est de 8 ans inférieure à celle d'un cadre. Pour les exclus, cette différence passe à 12 ans. Cancers, stress, troubles musculo-squelettiques... autant de pathologies provoquées par le travail. La pollution est responsable de nombreuses maladies respiratoires... 30 % des cancers seraient liées à l'alimentation. Ces défis requièrent l'adoption d'approches intersectorielles.

L'importance de l'enseignement de la pratique sportive sur la santé publique n'est plus à démontrer. Le mauvais état bucco dentaire – véritable marqueur social

- entraîne des maladies, dont la gravité peut être extrême. La qualité de vie permet d'éviter environ 6/10 décès précoces. Le système de soins 1/10. La prévention par l'amélioration des conditions de vie, est un axe essentiel de la transformation progressiste d'un système sanitaire. Tout autant, que l'amélioration du système de soins.

Cependant, à l'heure actuelle, les gouvernements ne dépensent qu'une infime partie de leur budget consenti à la santé dans la promotion de la santé et la prévention des maladies (environ 3 % dans les pays de l'OCDE), et la plupart d'entre eux ne s'attaque pas systématiquement au problème des inégalités. Dans la Région européenne de l'OMS, l'écart entre l'espérance de vie la plus courte et la plus longue à la naissance est de 16 ans, avec des différences entre les hommes et les femmes à cet égard. Les taux de mortalité maternelle sont, dans certains pays de la Région, jusqu'à 43 fois supérieurs à ceux d'autres pays.

Ces extrêmes en matière d'inégalités de santé s'expliquent aussi par l'adoption de comportements sanitaires, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique et les troubles mentaux, qui à leur tour témoignent du stress et des mauvaises conditions de vie subies par les populations dans leur existence. Santé 2020 – projet de nouvelle politique européenne en matière de santé et de bien-être initié par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe - reconnaît que les pays ont des contextes, des capacités et des points de départ différents. Les problèmes complexes tels que l'obésité, la multi-morbidité et les maladies neurodégénératives sont particulièrement difficiles à résoudre. Les études révèlent l'intérêt de promouvoir les interventions à petite échelle, aux niveaux local et communautaire afin d'encourager l'apprentissage et l'adaptation. La coopération de part et d'autre de la Région européenne peut accélérer le développement des compétences: tous les pays et secteurs peuvent à la fois apprendre et apporter leur contribution.

Le modèle social français, issu de la libération, en garantissant des droits aux salariés, des droits syndicaux, conditions et temps de travail..., en développant les services publics, en créant la sécurité sociale, a été la clef

de voute de la réussite de notre système sanitaire. Avec la création de la Sécurité Sociale en 1945 en application du programme du Conseil National de la Résistance, les générations de l'après-guerre ont fait le choix de la solidarité - chacun cotise selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins - et d'un investissement collectif exceptionnel pour protéger et améliorer la santé de la population. Cet investissement a permis d'établir un système de santé classé premier par l'OMS en 2000.

Pourtant, dès le début, ce système solidaire est l'objet d'attaques incessantes du patronat et est, depuis les années 80, confronté à des crises sans précédents : crises de santé publique, parmi les plus récentes la grippe H1N1, le médiateur, des crises d'identité professionnelle, des crises démographiques. C'est aussi dans le champ de la santé publique, une politique qui hésite entre avancées et renoncements. La loi de santé publique de 2004 est pour partie caduque, est pour partie inopérante, la loi Bachelot dont l'intitulé initial parlait du patient, de la santé, du territoire, est centrée sur l'hôpital, sa gouvernance, pour démanteler l'hôpital public. Le volet prévention est inexistant et l'annonce immédiate d'une nouvelle loi de santé publique n'est toujours pas suivie d'effets. Nous avons besoin d'une vraie loi de santé publique pour 2014 qui structure des services de santé non seulement de prévention mais de soins de première ligne.

Il est connu depuis longtemps que l'état de santé d'une population dépend d'abord de l'éducation, des conditions de travail, de logement, de vie et plus largement de cohésion sociale. Lors de la mise en place de la Sécurité sociale, une des phrases clés d'Ambroise Croizat était « la prévention [est la] priorité des priorités ».

Agir pour la santé implique donc de s'attaquer aux grandes causes de « mauvaise » santé publique : la santé au travail, l'alimentation, la pauvreté et l'exclusion, les mauvaises conditions de vie, les dérèglements environnementaux, la personne en perte d'autonomie, les conduites addictives. Ce sont donc les fondements de la société qu'il faut transformer. À la domination et l'exploitation, il faut substituer la coopération et le partage.

L'OMS définit la santé comme un état de bien-être total physique, mental et social ; c'est donc le résultat des interactions entre chacun et son environnement au sens large du terme : social, économique, professionnel, culturel... En 1977, l'assemblée mondiale de la santé adoptait une stratégie dite de « la santé pour tous ». En 1986, le bureau Europe de l'OMS propose aux villes de s'associer à sa démarche de la santé pour tous, dans le projet Villes-Santé. Les années suivantes voient la création des Réseaux européens, nationaux et transnationaux des Villes-Santé.

Dans cette vision globale de la santé, il y a deux axes de travail essentiels : la prévention et la promotion de la santé et l'intensification des efforts en faveur des déterminants de santé indispensables à toute amélioration de la santé.

L'Association Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a été formellement créée en janvier 1990. Les buts de celle-ci ont été définis à l'article 2 des statuts :

- soutenir et développer le Réseau Français des Villes-Santé, en référence aux objectifs de la Santé pour Tous en l'an 2000 et du Programme Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé,
- permettre une coopération entre les villes ou les établissements publics de coopération intercommunale qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine en permettant notamment des échanges d'expériences, des échanges de données, des rencontres, des actions communes.

L'adhésion au réseau Villes-Santé est ouverte aux villes mais aussi aux communautés urbaines, communautés de villes, districts, syndicats de communes. Ce sont aujourd'hui 85 membres qui composent ce réseau. En complément de l'activité du réseau national, 6 réseaux régionaux se sont formés. Pour ses membres, le réseau relaie l'information nationale et internationale touchant à la santé publique et favorise les échanges d'expériences. Il organise régulièrement des journées de réflexion, conduit des groupes de travail dans le cadre de conventions avec la Direction Générale de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Il publie régulièrement le résultat de ses travaux dans la collection « Villes durables et santé ». Enfin le réseau national assure le lien avec le réseau européen des Villes-Santé de l'OMS et le réseau francophone. Partant du principe qu'intégrer la santé dans l'ensemble des politiques de la ville est la meilleure réponse aux défis qui s'annoncent pour les générations futures, l'objectif du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS est de susciter une prise de conscience, de stimuler le débat en s'appuyant sur des informations fiables et surtout d'inciter à agir en santé à travers toutes les politiques publiques et à tous les échelons du territoire.

« Penser globalement, agir localement » slogan bien connu, retenu dès l'origine par le projet Ville-Santé et repris pour la Journée Mondiale de l'OMS consacrée au thème « Santé-Environnement ». Vouloir une société en bonne santé nécessite d'agir conjointement dans de multiples domaines, qu'il s'agisse des transports, de l'habitat ou de la cohésion sociale, et de construire des réponses avec les acteurs et les habitants du territoire.

Faire des villes des lieux de vie créateurs de santé et de solidarité

Les déterminants sociaux de la santé sont multiples ; ils englobent l'impact des politiques économiques et sociales, d'urbanisme, de transport, d'habitat ou de cohésion sociale. Il faut une organisation transverse, permettant de construire les solutions avec les différents acteurs. En plus d'agir pour réduire les inégalités qui ne cessent de se creuser, pourront se créer des villes plus solidaires.

Le programme Villes-Santé propose donc aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. On définit une Ville-Santé comme une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité, agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités notamment à travers la prévention et la promotion de la santé. Une Ville-Santé se reconnaît à sa volonté d'agir sur les déterminants de la santé dans le but d'améliorer la qualité et l'espérance de vie de sa population.

La prévention et la promotion de la santé

La prévention n'a de sens que si elle est durable et surtout si elle vise à toucher tout le monde. Or aujourd'hui, elle reste encore marginale (2 % des dépenses d'assurance - maladie) et très inégalitaire ; les salariés les plus modestes, les plus précaires et les plus pauvres ont le moins recours à la prévention. Après les affaires du sang contaminé, des hormones de croissance, ou du médiateur, les politiques menées par le gouvernement continuent à décrédibiliser la question de la santé : c'est par exemple le traitement de la grippe H1N1 ou encore la campagne de remboursement de médicaments qualifiés de « médicaments de confort », il faut que les citoyens retrouvent le chemin de la confiance.

En France, le référentiel en matière de santé reste très sanitaire ; même la prévention reste en référence à la maladie ce qui pousse à vouloir agir sur les comportements individuels avec des campagnes très culpabilisantes. Or 86 % de la mortalité en Europe sont dus aux maladies non transmissibles, maladies essentiellement dues aux modes et conditions de vie. La première conférence internationale pour la promotion de la santé a adopté en 1986 à Ottawa une charte qui définit notamment les objectifs, les conditions et des actions en faveur de la promotion de la santé. Ces éléments sont confirmés

et affinés dans la déclaration de Zagreb qui fit suite à la conférence internationale de 2008. L'objectif affiché est de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». « La santé se gagne ou se perd à la maison, à l'école, au travail, là où l'on vit... ». On peut ajouter sans aucun risque de se tromper : dans les villes... bruyantes, polluées, dangereuses, lieux de misère, d'isolement, d'exploitation..., les villes peuvent concourir à détruire la santé et l'homme lui-même parfois, mais aussi lieu de vie, de culture, de promotion sociale, d'échanges, de loisirs, de création..., elles appellent la santé et l'épanouissement de tous. Promouvoir la santé, c'est une dynamique, et cette dynamique, les villes la possèdent. Les élus locaux, dans leur grande majorité, œuvrent pour le bien-être, la qualité, la santé de leur ville. Les moyens dont ils disposent leur donnent des atouts particulièrement favorables pour agir dans ce sens et développer la santé urbaine ; ils sont proches des habitants et connaissent bien les conditions de leur vie quotidienne.

Les pouvoirs très étendus, très divers des Maires, permettent à ceux-ci d'agir sur la plupart des éléments de la vie quotidienne des habitants. Ces pouvoirs facilitent la mise en œuvre de démarches concertées et inter-partenariales, ce qui est le fondement même de la démarche de la Promotion de la Santé.

C'est aussi au plus près qu'il est pertinent d'agir sur les déterminants de santé. L'OMS les définit ainsi : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». On pourrait compléter, sans toutefois se vouloir exhaustif, avec les relations sociales, les conditions d'autonomie, la mobilité... Or nous sommes loin de ces objectifs et les inégalités, qu'elles soient territoriales ou sociales sont criantes et s'aggravent :

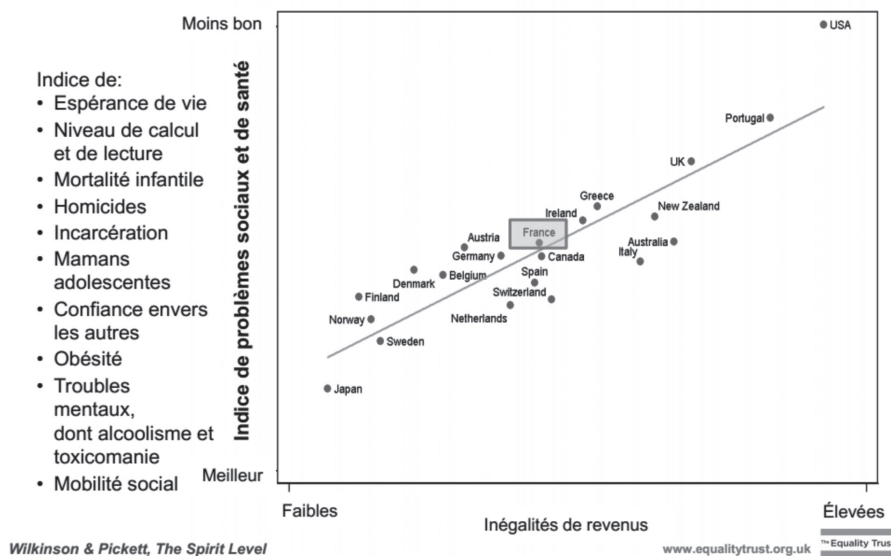
Socialement d'abord, aujourd'hui encore, la surmortalité des hommes exerçant une profession manuelle est de 71 % supérieure à celle de ceux exerçant une profession non manuelle, alors que cette différence est comprise entre 33 et 53 % dans d'autres pays européens ; la précarité de nos concitoyens est une des causes principales d'un phénomène grandissant qui est le renoncement aux soins. Quant au niveau territorial, la densité médicale est deux fois plus faible dans les zones rurales et les zones périurbaines qu'en zone urbaine. L'égalité territoriale doit être un objectif prioritaire à brève échéance.

Richard Wilkinson, expert auprès de l'OMS et Professeur émérite d'épidémiologie sociale, est un des auteurs incontournables sur les Inégalités sociales de santé. Il a écrit de nombreux livres tels que « L'égalité, c'est la santé », « L'inégalité nuit gravement à la santé », ou encore son dernier ouvrage « the spirit level » (nom d'un niveau en menuiserie) qui a soulevé de nombreux débats et discussions politiques. Ces études montrent que dans la relation entre espérance de vie et revenu national brut par habitant, on observe que pour les pays en voie de développement, l'espérance de vie augmente. Pour les pays les plus riches, le revenu national brut par habitant n'a plus d'impact sur l'espérance de vie. Dans les quartiers les plus pauvres des pays riches les problèmes sont plus graves. Par exemple en France, plus le niveau d'études est bas, plus le taux de mortalité est élevé : on passe du simple au triple selon la catégorie sociale et le niveau d'études. On peut faire le même constat avec la profession d'appartenance. Ce n'est pas uniquement un problème lié à la pauvreté, car si l'on retire vraiment les facteurs de pauvreté (être sdf, au chômage etc.), il reste quand même de nombreuses inégalités sociales. On observe une différence dans le taux de mortalité en France même entre les employés, les professions intermédiaires et les cadres (voir l'étude de Saurel, Cubizolles et al). Les résultats sont toujours les mêmes : les pays les plus inégalitaires concentrent le plus de problèmes sociaux et de santé, à l'inverse des pays les plus égalitaires, et ce, indépendamment de la richesse et du revenu intérieur brut par habitant du pays (voir schéma ci-dessous). Pour aboutir à une société plus cohésive, il faut donc réduire les inégalités.

Une étude de santé publique a été menée parmi des hommes (la cohorte de Framingham) ayant de hauts risques de maladies cardiaques, afin d'agir sur les facteurs de risque de ce type de maladie.

Pendant 6 ans, des visites à domicile ont été organisées afin d'inciter ces hommes à mieux manger, bouger, arrêter de fumer etc. Les résultats de cette expérience ont été mauvais : quand un homme de la cohorte arrêta de fumer par exemple, les chercheurs savaient qu'un autre jeune pouvait commencer à fumer ailleurs dans la ville. Il est possible de se reposer sur ce genre de services (qui agit sur les facteurs de risque) pour régler les problèmes, mais il n'y aura des conséquences qu'à la marge. C'est aussi vrai pour les maladies cardiaques que pour les grossesses chez les adolescentes, l'obésité etc. Pour tous ces facteurs de risque dit comportementaux, on voit qu'il y a des gradients sociaux. Les périodes où une personne est susceptible de bien se comporter sont celles où cette personne est au mieux dans sa vie. Quand une personne est moins bien, elle est plutôt tentée de manger un peu plus, boire plus etc. pour se consoler. Si l'on regarde une autre enquête sur les femmes qui fument pendant leur grossesse (étude réalisée par Kate Pickett), on voit que le comportement des femmes envers la cigarette pendant la grossesse est l'expression de différences dans l'histoire de ces femmes (avoir fugué jeune, avoir quitté l'école sans diplôme, avoir subi des violences, etc.). Il y a un gradient en termes de risque.

Les problèmes sociaux et de santé sont plus graves dans les pays les plus inégalitaires



Étude de Richard Wilkinson

On peut avoir l'impression de ne pas pouvoir agir en tant qu'acteur de la santé, sur les déterminants économiques. Pourtant certaines actions existantes tentent d'agir sur la base des inégalités sociales afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Il est possible de faire des choses localement. Le développement du mouvement Villes-Santé, à travers les réseaux, permet d'évoluer en commun dans ce sens.

Les activités 2012 du RFVS

L'année 2012 a été marquée par plusieurs temps forts nationaux. Les Contrats Locaux de Santé, avec la mise en place d'une étude, l'organisation d'un colloque qui s'est déroulé en juin, la Parentalité et la santé, avec la formation d'un groupe de travail de 10 villes présidé par Villeurbanne, la réalisation d'une étude, l'organisation d'un colloque et la préparation d'un ouvrage. Les cinq réseaux régionaux continuent à être très actifs, avec l'organisation pour chacun d'au moins une réunion annuelle, et des échanges divers entre les membres en dehors de ces rencontres. Au niveau international, le réseau a relayé pour l'Organisation Mondiale de la Santé une consultation auprès de ses membres, portant sur le projet Santé 2020. Le réseau est actuellement toujours membre du comité consultatif européen du mouvement Villes-Santé, et les villes de Nantes et de Grasse ont rejoint Rennes, Dunkerque et Grand-Nancy en tant que membres du réseau européen des Villes-Santé.

2 colloques nationaux :

- Villes, Contrats Locaux de Santé et inégalités sociales de santé: 180 participants
- Villes, Parentalité et santé: un nouvel enjeu de transversalité des politiques locales: 250 participants

6 études :

- Recensement des actions des Villes-Santé en matière d'activité physique
- Approfondissement de l'enquête menée en 2011 sur les Contrats Locaux de Santé dans les Villes-Santé
- Prise en compte de la Parentalité dans les politiques des villes du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS
- Stratégies mises en place par les Villes-Santé dans le domaine de la nutrition
- Semaine européenne de la vaccination
- Évaluation des actions du réseau

3 salariées, 2 stagiaires

Un nouveau Bureau

(Assemblée générale du 23 octobre)

Instances

Les membres du Bureau se sont réunis le 11 janvier, le 8 février, le 15 mars, le 31 mai, le 5 septembre, le 16 octobre, et le 29 novembre. Deux Conseils d'Administration ont eu lieu à l'Inpes à Saint-Denis, le 4 avril et le 5 juillet. Une réunion élargie du Conseil d'Administration a eu lieu le 26 septembre à Nancy, sur les outils de communication du réseau.

L'Assemblée Générale s'est déroulée le 23 octobre à l'Hôtel de Ville de Villeurbanne, en présence de 34 Villes-Santé (56 personnes présentes). 15 autres Villes-Santé ont pu se faire représenter par un pouvoir. Au cours de cette Assemblée Générale, le renouvellement de la moitié des membres du Conseil d'Administration a été voté conformément aux statuts. 11 candidatures ont été reçues. La nouvelle composition du Conseil d'Administration est la suivante: Ajaccio, Bourgoin-Jallieu, Dunkerque, Grenoble, Lorient, Montpellier, Nancy, Nantes, Rennes, Saint-Quentin-en-Yvelines, Salon-de-Provence, Toulouse, et Villeurbanne.

Les membres du Conseil d'Administration se sont réunis à l'issue de l'Assemblée Générale, pour élire en son sein le nouveau Bureau :

Présidence: Grenoble (Élu: Patrice Voir, Technicienne: Faouzia Perrin), Vice-présidence: Nancy: (Élu: Valérie Jurin, Technicienne: Marielle Delaplanque) et Nantes (Élu: Aicha Bassal, Technicienne: Patricia Saraux-Salaun), Trésorerie: Montpellier (Élu: Claudine Troadec-Robert, Technicienne: Floriane Aubin), Adjoint à la Trésorerie: Dunkerque (Élu: François Liber, Technicien: Philippe Martin), Secrétariat: Bourgoin-Jallieu (Élu: Michèle Corbin, Technicien: Pierre Couchet), Secrétariat adjoint: Saint-Quentin-en-Yvelines (Élu: Danièle Viala, Technicienne: Marilyne Brémentmarchesseau).

Monsieur Patrice Voir, Adjoint au Maire de Grenoble, est le nouveau président du réseau. Le siège social du réseau a été transféré à Grenoble, conformément aux statuts.

Activités prévues en 2013

Rencontre nationale le 22 mai sur le thème « Décoder les valeurs de « Santé 2020 » à travers des exemples concrets ».

Colloque national en octobre sur le thème « Soins primaires et rôle des collectivités locales ».

Publication de guides méthodologiques :

- « Mobilités actives au quotidien, le rôle des collectivités locales »
- « Santé et parentalité, l'approche des villes »

Les brèves des Cahiers

Les mutuelles pour tous ou comment privatiser la Sécu

Même Claude Le Pen, professeur à l'université Paris-Dauphine le dit! Selon ses déclarations: « *L'annonce par le président de la République d'une universalisation de la protection complémentaire maladie d'ici à 2016 – sans obligation – est une mesure qui, si elle est mise en œuvre, a une portée qui va bien au-delà de son but officiel (et louable!), de réduction des inégalités de santé.* » Il signale que 8 % environ des Français ne disposent pas de couverture complémentaire sans que l'on sache bien de qui il s'agit, ni pourquoi. Le président lui-même a rappelé que l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), créée en 2005 pour gommer les effets de seuil de la CMU, n'est utilisée que par 25 % des ayants droit potentiels. « *Le nouveau dispositif devra être fortement incitatif, et il faudra maintenir une condition de ressources relativement basse pour éviter que certains titulaires aisés de contrats santé ne les résilient pour en profiter!* ». En comptant un contrat de base autour de 300 euros par an pour une personne seule (la consommation moyenne des patients ACS), le coût total pour 4 millions de nouveaux bénéficiaires avoisinerait 1,2 milliard d'euros. Qui va payer? « *L'Etat, semble-t-il, qui pourrait, en contrepartie, supprimer les avantages fiscaux dont bénéficient les complémentaires santé, notamment sur les contrats groupe à adhésion obligatoire (environ 3 milliards d'euros de dépenses fiscales). Mais, comme cela sera répercuté sur les primes, ce sont in fine les assurés existants qui paieront. C'est d'ailleurs le cas de la CMU, intégralement financée par une taxe de 6,37 % sur le chiffre d'affaires des complémentaires* ». Cela revient à augmenter les primes pour financer ceux que l'augmentation des primes exclut de la complémentaire! Or quand la couverture complémentaire sera devenue universelle, qu'est-ce qui empêchera l'Etat de lui transférer des dépenses assurées par le régime obligatoire? Le P^r Lepen dit que ces dix dernières années, la part des dépenses de santé financées par les organismes obligatoires a baissé d'un point au détriment des régimes complémentaires. Soit la bagatelle de 2,4 milliards d'euros par an! Et c'est d'ailleurs parce que les complémentaires jouent un rôle de plus en plus important dans la couverture maladie des Français que leur universalisation est à l'ordre du jour. « *L'ironie, c'est que ces transferts, dont on ne voit pas comment ils ne s'accéléraient pas dans l'avenir, pourraient parfaitement s'interpréter comme une forme de privatisation - partielle et limitée certes, mais bien réelle - de l'assurance maladie... À moins que, pour l'éviter et pour limiter les inégalités de couverture, le gouvernement ne choisisse de procéder à une quasi-nationalisation des complémentaires santé, à travers, par exemple, l'uniformisation des prestations et une stricte réglementation des contrats, créant ainsi une sorte d'Agirc-*

Arco de la santé. Mais ce sont alors les complémentaires qui ne seront pas contentes! La boîte de Pandore ne demandait qu'à s'ouvrir. C'est fait! ».

Petite enfance : une offre d'accueil inégale

Selon la Caisse nationale des allocations familiales, l'offre d'accueil, toutes catégories confondues, pour les enfants de moins de trois ans, est de 49,9 places pour 100 enfants. Cette moyenne nationale cache en fait des disparités considérables entre les territoires. En 2010, ce taux variait en effet de 8,8 places pour 100 enfants dans les territoires les moins bien pourvus, à 80 places pour 100 enfants dans les départements les mieux dotés. Le prix du foncier, la volonté politique et les capacités financières des communes jouent pour beaucoup. La revendication: « un bébé, une place en crèche » reste d'actualité.

Dépenses sociales : en hausse dans les pays développés

Les dépenses sociales ont atteint 22 % du PIB dans les pays développés en 2012, contre 19 % en 2007. Selon l'OCDE, cette évolution est due d'une part à une augmentation des moyens consacrés aux dispositifs sociaux, comme les allocations de chômage et, d'autre part, à la stagnation, voire la diminution du PIB. C'est le double effet de la crise: augmentation des dépenses, réduction des recettes. C'est la France qui consacre la part la plus importante de son PIB à la politique sociale (32,1 %), suivie par le Danemark (30,2 %) et la Suède (29,8 %). Et, selon l'OCDE, il n'y a pas d'inversion de tendance en vue, puisque le vieillissement de la population entraînera une augmentation des dépenses de retraite et de santé dans les années à venir. Mais en Grèce, les dépenses sociales réelles sont en diminution de 14 %. Alors, quel avenir pour les budgets sociaux?

Pas de croissance : les recettes de la Sécurité sociale chutent !

Les données et prévisions de l'Acoss sont imparables : depuis le début 2011, la France subit une chute continue de la progression de sa masse salariale, synthèse de l'emploi et de l'évolution nominale des salaires. De 3,9 % de progression au 1^{er} trimestre 2011, on tomberait à 1,7 % fin mars 2013 en glissement annuel dont -0,5 % sur l'emploi et +2,3 % du SMPT. D'ores et déjà, les prévisions de la LFSS 2013 sont erronées. Il manquerait fin 2013 au moins 3 Mds€ dans les caisses du régime général. Toutes les hypothèses sur les retraites et l'Unedic pèchent par optimisme... Et pour les assurances, le cru 2012 est "moyen"... Pour illustrer le bilan 2012 de l'assurance (source FFSA⁽¹⁸⁾) : on note la baisse totale de la collecte de l'assurance vie de 3,4 Mds€ ; l'épargne réglementée, livret A, etc. ont bondi de 17 à 49 Mds €.

Les inégalités en France ne diminuent pas

À tout âge, les hommes en couple ont des taux d'activité plus élevés et de chômage plus faibles que les célibataires : 91 % des hommes en couple ont un emploi entre 30 à 54 ans contre seulement 77 % des hommes sans conjoint. L'Insee explique une partie de cet écart par le fait que les premiers sont davantage diplômés que les seconds. Quant aux femmes en couple, elles sont plus souvent inactives que les autres et leur taux de chômage est moitié moindre (6 % contre 12 %). Une autre disparité tient à la possession ou non d'un bien immobilier. La flambée des prix de ce secteur explique pour l'essentiel le doublement du patrimoine brut détenu par les ménages en euros constants entre 1997 et 2009. Fin 2012, les 10 % de ménages les mieux dotés possédaient en moyenne 35 fois plus de patrimoine que les 50 % de ménages les moins bien dotés, contre 30 fois plus en 1997. Les inégalités de niveau de vie ont augmenté pendant la même période mais dans des proportions moindres : celui des 10 % de personnes les plus aisées a progressé de 29 % et celui des catégories intermédiaires ou les moins aisées de l'ordre de 20 %. L'Insee s'est penché parallèlement sur la redistribution des ressources financières via le transfert des cotisations et contributions sociales vers les prestations sociales. Cette redistribution permet, selon les chiffres 2011, de diviser par près de deux le rapport entre les revenus des 20 % de personnes les plus aisées et ceux des 20 % les plus modestes. La réduction des inégalités

est attribuable pour 66 % aux prestations sociales et pour 34 % aux prélèvements. Sur ces 34 %, 85 % proviennent du seul impôt sur le revenu, alors qu'il ne représente en masse qu'un petit tiers de la totalité des prélèvements.

Il en est de même dans le domaine de la santé. Les Français dépensent en moyenne 568 euros par an pour se soigner, selon le baromètre Sofinscope. Ce budget stable depuis un an cache de grandes disparités : si les foyers aisés consacrent toujours davantage à leur santé, les plus modestes, eux, se serrent la ceinture. Les Français dépensent en moyenne 568 euros en frais médicaux par an, selon le baromètre Opinion Way - Sofinscope réalisé pour Metro en janvier 2013. Ce budget, qui inclut les frais de mutuelle, les consultations et médicaments non remboursés et les produits de santé a peu évolué en un an : il s'élevait à 570 euros l'année dernière. Pourtant, les deux-tiers des Français (63 %) ont le sentiment que cette somme a augmenté au cours de ces deux dernières années. « Une fracture se creuse » Explication de ce paradoxe ? Toutes les catégories sociales ne sont pas logées à la même enseigne. « Une fracture se creuse entre ceux qui ont les moyens (souvent des seniors) dont les dépenses de santé augmentent, et ceux qui ont un budget plus contraint et qui se sacrifient plus au quotidien », constate Julien Goaran, directeur d'études d'Opinion Way. Les foyers modestes, qui gagnent entre 1000 et 2000 euros par mois, ont réduit leurs dépenses de 125 euros en un an. Pour y parvenir, 53 % des Français n'hésitent pas à différer des soins ou à y renoncer. Ils étaient 60 % en 2012.

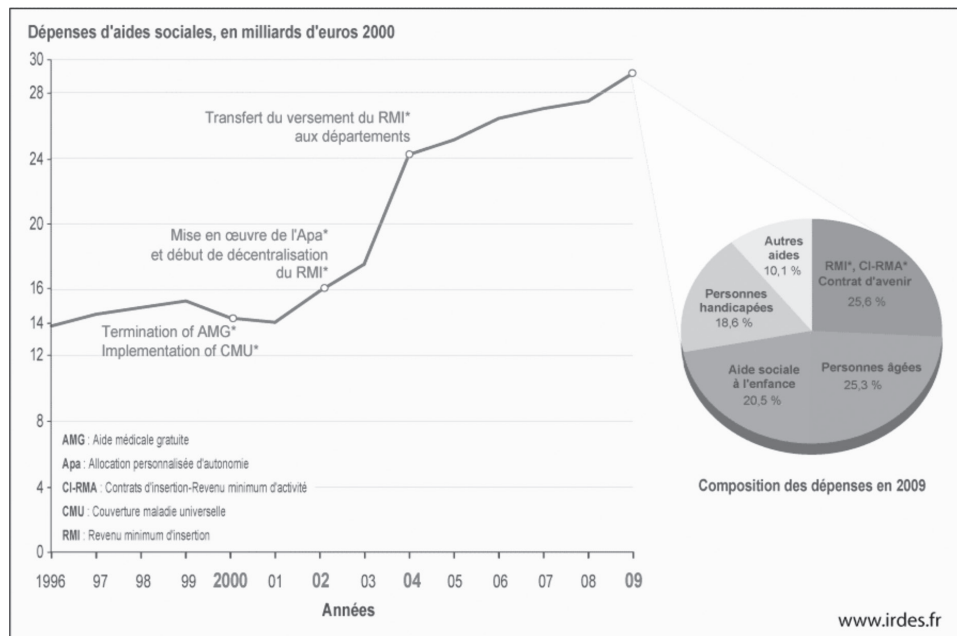
Accès aux soins : les délais d'attente chez les médecins en hausse

59 % des Français renoncent à des soins en raison de la difficulté à obtenir un rendez-vous rapidement. C'est ce que confirme un sondage Ifop réalisé pour le cabinet d'étude Jalma. Les délais d'attente ont tendance à s'allonger, avec une augmentation moyenne de 4 jours en un an avec d'importantes variations pour les spécialistes qui soignent les pathologies chroniques : 8 jours d'attente en plus pour les rhumatologues en un an, et 9 jours pour les cardiologues. Des spécialistes qui sont de plus en plus nombreux à approcher de la retraite et des patients de plus en plus nombreux et âgés : c'est comme le souligne Le Figaro dans son édition du 6 décembre « une sorte de double peine ». Mais qui a infligé cette peine ? Le Figaro ne le dit pas.

¹⁸ Fédération française des sociétés d'assurance

Évolution des dépenses d'aide sociale des départements entre 1996 et 2009

Ces dépenses ont considérablement augmenté du fait de la crise économique et de la politique de transfert des charges de l'Etat vers les collectivités locales en particulier vers les départements qui ont la charge de la politique sociale. Est-ce la raison qui a fait proposer à la droite de supprimer les départements? Et ainsi supprimer le problème...



Complémentaires santé : confirmation des difficultés d'accès...

L'étude Économie et statistiques, n° 450, que vient de publier l'Insee le confirme. Selon leur type de contrat, individuel ou par le biais de leur employeur, les ménages les plus modestes y consacrent respectivement 8,5 % et 10,7 % de leur revenu disponible. Les plus riches n'y affectent que 2,3 % et 3,3 % de leurs ressources. Par ailleurs, souligne l'Insee, « l'assurance complémentaire peut être jugée non accessible financièrement pour 18,5 % de la population française et pour 10,3 % de la population non-couverte par la CMU-C, dans la mesure où son achat les conduit à tomber en dessous du seuil de pauvreté ». Conclusion : « La persistance de personnes non couvertes ou faiblement couvertes en France semble avant tout expliquée par les difficultés financières des ménages les plus modestes ». Et le choix d'une complémentaire est avant tout un choix fortement contraint par le revenu. Et puis il faut bien payer les dépenses publicitaires : 481 Ms € de dépenses de publicité tous médias confondus sur les 9 premiers mois de l'année 2012 en assurance de personne! À noter, bien qu'en baisse, les chiffres de 14 Ms € pour la Mutuelle Générale, de 10 Ms € pour Harmonie Mutuelle et de 7,5 pour Malakoff-Médéric.

L'Allemagne exporte ses vieux

L'Allemagne vieillit. La prise en charge des personnes âgées coûte cher. Les retraites, même avec des aides publiques, ne suffisent plus. Les enfants ne veulent pas ou ne peuvent pas payer pour leurs parents. Alors un député chrétien-démocrate promeut une solution déjà pratiquée à la marge : l'exportation des vieux là où leur prise en charge coûte moins cher. L'Allemagne est championne du monde des exportations : ses machines-outils et ses voitures. Pourquoi ne pas exporter (ou déporter??) des personnes âgées de plus en plus nombreuses dont la prise en charge est toujours plus chère et se transforme en casse-tête pour certaines familles? La solution du spécialiste du parti chrétien-démocrate au Bundestag Willy Zylajew est d'un pragmatisme confondant et donne le frisson à ceux et celles qui conservent encore quelques sentiments pour leurs proches, même âgés. Des foyers de personnes âgées existent déjà à l'étranger pour des Allemands âgés, en Thaïlande, en Slovaquie ou encore aux Canaries. Le Japon a déjà pris une longueur d'avance sur le sujet. Quant à la France, un flux de retraité s'amorce vers le Maroc où le coût de la vie est moins cher. On voit moins ses enfants et plus le soleil. Mais si le soleil justement, c'était de voir ses enfants?

Publication des résultats⁽¹⁹⁾ de deux enquêtes de l'INCa⁽²⁰⁾ sur les sources d'information des médecins du travail en prévention des cancers professionnels

La prévention des cancers d'origine professionnelle constitue une priorité. Dans cette optique, l'INCa a commandité deux enquêtes (quantitative et entretiens semi-dirigés) afin de dresser un état des lieux des sources d'information sur la prévention primaire des cancers d'origine professionnelle pour les médecins du travail et de mettre en lumière des besoins et des pistes d'action spécifiques. Ces enquêtes ont été réalisées auprès de plus de 600 de ces professionnels. Les résultats viennent d'être publiés dans les « Archives des maladies professionnelles et de l'environnement »⁽²¹⁾. Les principaux résultats montrent que les médecins du travail sont fortement impliqués dans la prévention primaire des cancers professionnels. On observe ainsi que 93,5 % des médecins interrogés se déclarent confrontés à ces risques. Ce pourcentage est encore plus important dans les secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'industrie. Plus de huit médecins sur dix déclarent contribuer à l'information sur les risques, les trois-quarts à l'identification et l'évaluation des risques cancérigènes. Leurs sources d'information dans ce domaine sont très diversifiées. Plus de 60 % des médecins concernés par ces risques ont pour principales sources d'information la presse et les livres, mais ont également recours à internet (45 %), aux formations continues, congrès et colloques (respectivement 31 % et 20 %), aux agences et organismes publics (25 %), aux échanges entre confrères (15 %), aux cours et documents personnels (10 %). Toutefois, seuls 64 % des médecins sont satisfaits de leurs possibilités d'actualiser leurs connaissances. Concernant leurs besoins en matière d'information sur la prévention des cancers professionnels, 95 % des praticiens interrogés se déclarent intéressés par des documents de synthèse des connaissances scientifiques, 93 % sont intéressés par des informations régulièrement actualisées sur les outils disponibles. Ils jugent également utiles l'élaboration de recommandations professionnelles pour le suivi des travailleurs exposés aux CMR (95 %), les informations actualisées sur l'évolution de la législation (92,5 %). La réalisation de ces deux enquêtes, qui s'inscrit dans la mise en œuvre de la mesure

12 du Plan cancer 2009-2013, a permis d'identifier des pistes prioritaires d'actions, tel que la mise en place d'un guide de ressources documentaires et d'un bulletin de veille à destination des médecins du travail et des services de santé au travail sur les documents et outils pour la prévention des cancers professionnels.

Une erreur de raisonnement sur la démographie

Espace social Européen écrit le 18 janvier 2013: « *Petit recul de 2,5 mois de l'espérance de vie des femmes – 84,8 ans, 78,4 ans pour les hommes – dû à la surmortalité de l'hiver 2012...* ». L'espérance de vie baisse à cause de la surmortalité ou la surmortalité augmente à cause de la baisse de l'espérance de vie? C'est idiot: c'est le même événement. Un événement ne peut être sa propre cause. La cause de la surmortalité n'est pas un phénomène climatique. Il y a toujours eu des phénomènes climatiques qui avant, étaient « absorbés ». C'est sur cette incapacité du moteur démographique à absorber les petites variations qu'il faut réfléchir. La surmortalité de l'hiver 2012 est un fait qui ne peut être sa propre cause. Décrire le fait « surmortalité hivernale » n'est pas dire la cause. Cela fait plusieurs fois ces dernières années que des phénomènes déstabilisent les courbes démographiques (canicule 2003, grippe, cancer du sein). Les raisons sont plus profondes. La crise économique, le recul du pouvoir d'achat, le renoncement aux soins, la précarité qui gagne du terrain sont les vraies causes. En Russie la mortalité a augmenté de façon très importante depuis 1989 et la population a vu son nombre être réduit de plusieurs millions: est-ce un phénomène climatique? (là-bas, il peut faire très froid!). Nous sommes dans une situation où la démographie de la population va être déstabilisée: la Grèce nous donne des chiffres édifiants de ce point de vue, même s'il continue à faire beau là-bas.

Tatouages: des métaux lourds toxiques et cancérigènes dans les encres

Les tatouages sont à la mode auprès des jeunes. Cette épidémie prend des proportions effarantes. Or selon le syndicat national des dermatologues (SNDV), les encres utilisées pour les tatouages peuvent être dangereuses pour la peau. Les amateurs de tatouages et ceux qui envisagent de passer à l'acte doivent être clairement avertis des risques. En quoi les encres des tatouages sont-elles dangereuses? Qui doit absolument consulter un dermatologue avant un tatouage? En quoi les encres des tatouages sont-elles dangereuses? Les encres utilisées par les tatoueurs contiennent des métaux lourds: aluminium, cobalt,

¹⁹ <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/310/7274-publication-des-resultats-de-deux-enquetes-de-linca-sur-les-sources-dinformation-des-medecins-du-travail-en-prevention-des-cancers-professionnels>

²⁰ Institut national du Cancer

²¹ État des lieux des sources d'information sur la prévention primaire des cancers d'origine professionnelle pour les médecins du travail: besoins et perspectives. C. Chauvet, C. Ménard, C. Paris, I. Tordjman, P. Verger, M. Fontaine, P. Maladry, M. Ruetsch. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, Volume 73, Issue 6, December 2012, Pages 829-838.

chrome, cuivre, fer, mercure, nickel, manganèse, vanadium, strontium, etc. Or ces métaux lourds sont cancérigènes. Les encres noires contiennent aussi des hydrocarbures aromatiques polycycliques (benzopyrène, benzoanthracène) dangereux pour la santé. Ces substances, une fois injectées dans le derme et en réaction aux UV, entraînent une augmentation des radicaux libres, à l'origine de réactions diverses dont des dermatoses (eczéma, lichen plan, lécithine, sarcoïdose, pseudo-lymphome...). La complication la plus fréquente est l'allergie, provoquant des démangeaisons, un gonflement de la peau au niveau du tatouage, voire de lésions plus graves imposant le retrait du tatouage. Qui doit absolument consulter un dermatologue avant un tatouage? Certaines maladies de peau ayant tendance à se localiser sur la zone cutanée traumatisée par le tatouage, les dermatologues recommandent vivement aux personnes atteintes de problèmes de peau (psoriasis, vitiligo, sarcoïdose) de consulter un dermatologue avant d'envisager un tatouage.

Marisol Touraine promet une future loi de santé mentale mais n'est pas décidée à régler les problèmes de démographie en psychiatrie

La ministre Marisol Touraine a déclaré que le gouvernement traiterait les problèmes de démographie médicale en psychiatrie dans le cadre d'une prochaine « loi de santé mentale ». La ministre, qui s'exprimait lors d'une audition par la commission du développement durable du Sénat consacrée à la présence médicale sur l'ensemble du territoire, a répondu à une question du sénateur socialiste Michel Teston qui s'inquiétait de la concentration des psychiatres dans les grandes agglomérations et du vieillissement des praticiens. Si le nombre de psychiatres (tous modes d'exercice confondus) s'élevait en janvier 2012 à 14 400 praticiens, Michel Teston a notamment fait valoir que la discipline devrait perdre 40 % de ses effectifs d'ici 2020, et que l'âge moyen des psychiatres était élevé. La ministre reconnut un « défi réel » s'agissant de leur démographie. Elle a souligné qu'il faudrait renforcer la formation des généralistes afin d'assurer la prise en charge des pathologies mentales et d'avoir un « premier recours en psychiatrie ». Comme les généralistes sont en nombre insuffisant, qu'ils partent massivement en retraite et sont déjà très surchargés, le problème ne sera pas résolu. « C'est une question qui est spécifique et que nous traiterons dans le cadre d'une loi de santé mentale qui sera nécessaire dans un avenir que j'espère proche », a-t-elle observé. Les organisations représentant les établissements de santé mentale (Adesm), les psychiatres (syndicats et conférence CME-CHS) et les personnels réclament depuis plusieurs années une loi cadre sur l'organisation de la santé mentale. Ils ont

fait part de cette revendication à la ministre et à son cabinet lors de plusieurs entrevues depuis son entrée en fonction en mai 2012 mais sans obtenir d'engagement ferme ou de calendrier. La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a mis en place en novembre 2012 une mission d'information sur « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie ». Osera-t-elle traiter la question sur le fond? Il est absolument urgent d'augmenter le nombre de médecins en formation.

Les anesthésistes désertent de plus en plus les hôpitaux publics

Le journal La Croix indique que dans certaines régions, 40 % des postes en anesthésie-réanimation sont vacants dans les hôpitaux publics. De plus en plus de jeunes médecins préfèrent aller travailler dans le privé, où ils peuvent gagner jusqu'à quatre fois plus. Pour fonctionner, les hôpitaux sont obligés d'avoir recours à des intérimaires payés au prix fort. C'est un véritable cri d'alarme que vient de lancer le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs (Snphar). Ce syndicat recense les postes vacants en anesthésie-réanimation dans les hôpitaux publics. « en Basse-Normandie (41 % de postes vacants), en Picardie (40 %) ou dans la région Centre (34 %) », constate le docteur Nicole Smolski, présidente du Snphar. Même des établissements réputés ne sont plus épargnés. « Il nous manque entre trois et quatre praticiens », explique le docteur Mas, vice-président du Snphar, qui exerce dans le département d'anesthésie-réanimation pédiatrique du CHU de la Timone à Marseille. Pourquoi les jeunes désertent-ils l'hôpital public? « Principalement, à cause des pesanteurs et de la lourdeur de l'organisation du travail », répond le docteur Verdonk, président de l'Association des jeunes anesthésistes-réanimateurs (Ajar). Soucieux de leur qualité de vie, certains se tournent vers le privé pour se libérer des gardes de nuit et week-end. Reste le facteur décisif, de la rémunération. « Dans un CHU, un anesthésiste en début de carrière se voit proposer un salaire de 3 500 € net par mois. Avec les gardes, il pourra gagner 1 000 € de plus. Mais dans le privé, un jeune peut gagner tout de suite entre 8 000 € et 14 000 € nets par mois », explique le docteur Philippe Sarrabay, chef de clinique au CHU de Bordeaux. Pour continuer à fonctionner, ces hôpitaux se reposent souvent sur des médecins à diplôme étranger. Mais, de plus en plus, ils font aussi appel à des intérimaires. « Beaucoup travaillent comme des "mercenaires", uniquement pour l'agent, sans jamais s'investir dans les services », affirme le docteur Max-André Doppia, anesthésiste-réanimateur au CHU de Caen. Un autre facteur d'inquiétude, pour l'avenir, est le nombre important d'anesthésistes proches de la retraite.

Les notes de lecture

Note de lecture concernant le sondage Harris Interactive pour Grazia par M^{me} V. Sanchez :

Renoncement des Français à se soigner

Cette enquête a été réalisée en ligne du 31 octobre au 2 novembre 2012, sur un échantillon de 1 807 personnes représentatives de la population française âgés de 18 ans et plus, à partir de l'accès panel Harris Interactive (méthode des quotas et redressement appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé). À la demande de Grazia, et dans un contexte où la question du coût de la santé pour les patients est au cœur du débat public dans le cadre de discussions sur les dépassements d'honoraires, Harris Interactive a interrogé les Français sur leurs comportements en matière de soins. Ont-ils déjà renoncé à des soins qu'ils savaient utiles, voir nécessaires ? Pour quelles raisons certains d'entre eux ont-ils renoncé à ces soins ? De quels types de soins s'agissait-il ?

Que retenir de cette enquête ?

Un Français sur trois déclare avoir déjà renoncé à des soins, et cette situation concerne 40 % des femmes, ce qui s'explique en partie par la répartition asymétrique des tâches au sein du foyer, les femmes prenant d'avantage en charge les soins des enfants. Effectivement, les femmes semblent plus exposées que les hommes à cette situation de renoncement aux soins pour motifs financiers, disposant fréquemment de revenus plus faibles. Plus précisément, ce sont les femmes de 50 à 64 ans et celles disposant des revenus les plus faibles qui sont les plus nombreuses à témoigner avoir déjà dû renoncer à des soins pour raison financière. Il est également important de noter que 19 % des femmes indiquant avoir renoncé à des soins font référence à la gynécologie.

Le fait de renoncer à des soins pour soi-même ou pour un proche semble plus fréquent parmi les personnes âgées de 50 à 64 ans (40 %), et parmi celles dont le foyer dispose d'un revenu net mensuel inférieur à 1 200 € (60 %). Les personnes âgées de 65 ans et plus, catégorie ayant plus fréquemment besoin d'un suivi médical sont 26 % à déclarer avoir déjà renoncé à des soins. Généralement, 24 % des Français déclarent avoir déjà renoncé à des soins et témoignent de ce renoncement par leur manque de moyens financiers. Dans les foyers disposant de moins de 1 200 € nets par mois, ce sont même près d'une personne sur deux (47 %) qui indiquent que c'est par manque de moyens financiers qu'ils doivent renoncer à des soins.

Concernant des soins spécifiques, les Français déclarent principalement renoncer aux soins dentaires (60 %)

et les soins ophtalmologiques (37 %) ; d'autres types de soins semblent moins concernés comme la dermatologie (18 %), la kinésithérapie (16 %), les généralistes (15 %), l'orthopédie (8 %), la pédiatrie (1 %) ou l'imagerie médicale (13 %).

Si l'on fait une analyse de celles et ceux qui renoncent le plus aux soins, on constate que les raisons financières sont primordiales et que leur proximité politique indique se reporter sur l'extrême gauche, le front de gauche, et le front national. A contrario, les populations renonçant le moins aux soins sont dans les revenus nets mensuels aux environs de 4 000 € et plus, et dont la proximité politique est le PS et l'UMP. Si on met en relation les Français qui renoncent le moins aux soins, leur revenu mensuel, et leur affinité politique, on s'aperçoit que le PS et l'UMP font jeu égal, serait-ce le signe que le PS n'est plus du tout un parti de classe moyenne et populaire ?

Note de lecture par Dominique Durand (janvier 2013) :

La casse sociale

La dernière livraison de la revue de l'Institut syndical européen (ETUI), ce centre de recherches dépendant de la Confédération européenne des syndicats, poursuit son excellent travail sur la transformation des conditions de travail en Europe et ailleurs.

Directeur du département « Conditions de Travail, Santé et Sécurité » de l'ETUI Laurent Vogel y livre un éditorial sans concession pour l'Europe, qu'un sous-titre résume parfaitement : « Les interventions liées à la crise en Grèce, en Espagne, et au Portugal ont placé ces pays sous un contrôle accru de la Commission (européenne) et, chaque fois, la casse sociale a été programmée comme une des conditions du soutien financier. » Par casse sociale, Laurent Vogel entend ces réformes qui affaiblissent et réduisent les droits collectifs et individuels des travailleurs : recours massifs aux contrats précaires, abandon des conventions collectives, modifications des régimes de retraite et des conditions d'ouverture aux prestations chômage. Ces « contre-réformes » du droit du travail renforcent la précarisation et s'accompagnent d'une « réduction des effectifs syndicaux dans presque tous les pays d'Europe » écrit Vogel, qui note même qu'en Suède « une nouvelle variété d'organisations est apparue : il s'agit d'une firme privée qui entend se substituer aux syndicats (mais) renonce à toute forme de mobilisation, de représentation et de négociation collectives ». Pour couronner le tout, la Cour de justice européenne s'en est prise au droit de grève, accusé de compromettre la libre circulation des entreprises. Laurent Vogel conclut son éditorial par un appel à l'action sur les conditions de travail qui

« traduisent dans la vie quotidienne la violence des rapports de domination dans la société. » *Hesamag* numéro 6, 2^e semestre 2012. Ce magazine est envoyé gratuitement sur demande via le site internet www.etui.org/fr rubrique publications

On lira dans ce même numéro une remarquable enquête de Marianne de Troyer, sociologue, sur les conditions de travail des 19 millions d'employés dans les grandes surfaces européennes à prédominance alimentaires. « Si l'essor de la grande distribution a bien évidemment permis à des centaines de milliers d'Européens, dont une proportion importante de jeunes et de femmes, d'obtenir un travail, cette insertion professionnelle, écrit l'auteur, n'est toutefois possible qu'à la condition de renoncer à un certain nombre d'aspirations sur le plan du bien-être au travail, et même au niveau de la vie privée... ».

Note de lecture par Michel Limousin (janvier 2013) :

Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie

Rapport de l'Irdes, n° 1896, novembre 2012 par Coldefy M., Nestrigue C., Or Z.

Malgré des sources riches et de mieux en mieux renseignées, la production de connaissances sur les populations suivies en psychiatrie bute encore sur la complexité d'utilisation des données. Cette étude vise à vérifier dans quelle mesure les sources de données actuelles - la Statistique annuelle des établissements (SAE), mais également les plus récentes, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP) - permettent l'analyse de la diversité des pratiques en psychiatrie. Cette étude de faisabilité porte ainsi sur deux pathologies traceuses, la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique. Elle mobilise les données du Rim-P 2010. Après un rapide panorama de l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, sont présentés le Rim-P, ses concepts et définitions, et l'étude de son exhaustivité et de la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient. Ensuite est le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques à travers l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour observer les disparités des prises en charge. Enfin sont suggérées des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités. À lire.

Note de lecture du Dr Cédric Cheymol (janvier 2013) :

La Santé en France et en Europe : Convergences et Contrastes

Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, La Documentation française, 2012 (272 pages)

Il s'agit du premier rapport comparatif France/Union européenne sur l'état de santé publié par le Haut Conseil de la Santé Publique. Ce rapport prend appui sur l'ensemble des indicateurs de santé ECHI (European Community Health Indicators), défini par la Commission européenne en vue d'établir une cohérence dans les données statistiques concernant l'état de santé et ses principaux déterminants, le système de santé et son utilisation, à l'échelle communautaire. La liste courte du système d'indicateurs ECHI comprend dans sa version actuelle 88 indicateurs: démographie et facteurs socio-économiques (9), état de santé (32), déterminants de la santé (14), ressources et utilisation du système de santé (29), politiques de santé (4).

Ce livre, édité en 2012, est donc composé de 88 fiches de synthèses commentées avec références bibliographiques. La lecture continue ressemble à une plongée dans l'annuaire mais cet ouvrage me semble une référence pour piocher une information épidémiologique fiable et documentée. Ainsi ce travail va nous conforter dans certaines de nos évidences mais bien souvent ébranler notre vision élitiste de la position de la France, élue en 2000 par l'OMS comme ayant le meilleur système de santé. À travers ces 272 pages, cet exercice de comparaison dresse un portrait très contrasté de la France.

Ainsi le contexte démographique est favorable pour l'avenir de la France. Sa fécondité élevée assure pratiquement le renouvellement des générations et le poids démographique de la France va s'accroître au sein de l'UE. Par contre elle présente une situation moyenne concernant les niveaux d'éducation et de qualification

L'état de santé de la population française apparaît contrasté. L'espérance de vie à la naissance des femmes est la plus élevée de l'ensemble des pays de l'UE27 de même que l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes. Mais la mortalité prématurée est importante surtout pour les hommes. La France se caractérise par une situation également favorable concernant la mortalité par maladies cardio-vasculaires et pour les affections respiratoires chroniques. Mais elle se classe très défavorablement en termes d'incidence des cancers en particulier chez les hommes. La situation est également favorable pour la sécurité routière mais la France se

classe très défavorablement pour les accidents de travail. La mortalité par suicide classe la France dans la moyenne haute européenne. Malgré les progrès réalisés la France demeure un pays fortement touché par l'infection à VIH.

Concernant les déterminants de la santé, la France peut encore progresser. La consommation d'alcool en France reste élevée (mais n'est plus en première position). Le tabagisme se stabilise chez les hommes mais augmente fortement chez les femmes avec en particulier une situation négative chez les femmes enceintes. La consommation de drogues illicites reste élevée. La problématique de la surcharge pondérale, bien qu'en progression, est moins préoccupante en France que dans la majorité des autres pays européens. La détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants tandis que cette pathologie touche les populations socio-économiques les plus défavorisées. L'allaitement maternel reste une pratique peu répandue. Le niveau de soutien social (facteur de protection contre le stress) est aussi faible dans notre pays.

Le système de santé français reste performant. Les effectifs de médecins en activité rapportés au nombre d'habitants sont légèrement au-dessus de la moyenne européenne. Le taux de personnel infirmier en activité y est semblable à la moyenne tandis que le taux de personnel aide-soignant est relativement élevé. Le recours au médecin généraliste est fréquent dans notre pays. Celui-ci se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne en

termes de lits d'hôpitaux par habitants. Le taux d'équipement en imagerie médicale s'est accru mais reste relativement faible. La durée moyenne d'un séjour hospitalier est généralement relativement faible. La pratique de chirurgie de la cataracte et de pose de prothèse de hanche y reste très élevée. La consommation de médicaments y est globalement la plus élevée.

La situation de la France est favorable en termes de vaccination (sauf pour le ROR) et pour le dépistage des cancers féminins.

La France présente de bons résultats en termes de survie à cinq ans pour le cancer et de mortalité à l'hôpital dans les trente jours suite à un infarctus du myocarde. Par contre la mortalité à l'hôpital dans les trente jours due à un accident vasculaire cérébral est relativement élevée. La France est le pays dont le poids des dépenses de santé dans le PIB est le plus élevé; elle se situe au sixième rang pour les dépenses de santé par habitant.

Ce premier ouvrage synthétique est appelé à évoluer du fait de mesures contraignantes récentes au sein de l'UE concernant le recueil de ces 88 indicateurs. Quelques indicateurs n'ont pu être explorés et d'autres comparaisons restent limitées par l'ancienneté des données selon les pays ou des méthodologies encore disparates. Mieux se connaître et se comparer aux autres est la voie du progrès pour l'individu mais aussi pour les systèmes de soin.

Le courrier des lecteurs

« Un courrier du P^r Granger à propos de la Mission Couty »

NDLR: La mission Couty devrait proposer de renforcer le dialogue social à l'hôpital. La mission sur l'élaboration d'un pacte de confiance pour l'hôpital devrait émettre plusieurs propositions pour renforcer le dialogue dans la fonction publique hospitalière.

M. Edouard Couty a présenté devant les trois groupes ayant participé aux discussions du pacte de confiance pour l'hôpital ses pré-conclusions, qui pourront être affinées ou modifiées une fois reçues les dernières contributions des participants. En préambule il a déclaré que ces pré-conclusions constituaient une « révision en profondeur de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) » de juillet 2009. Au cours de la discussion, il a ajouté que, selon lui, la politique de santé doit relever de la compétence nationale. Il constate que l'hôpital a été soumis à des réformes sans cap, a perdu ses repères et le sens de sa mission. Il se trouve face à une absence de perspectives autre qu'une politique technocratique de maîtrise des dépenses. M. E. Couty a souligné aussi que l'hôpital est créateur de croissance. Voici ses principales propositions :

1. Il s'agit de rétablir le service public hospitalier (SPH), aboli par la loi HPST, qui ne définissait que des missions de service public. Ce SPH doit s'inscrire dans un service public territorial de santé pour prendre en compte le parcours des patients. L'accès aux soins doit être organisé selon un système gradué. Le CHU, dont le rôle est régional et interrégional, doit entretenir des liens avec les autres hôpitaux, y compris pour les missions d'enseignement et de recherche. Les praticiens hospitaliers assurant ces deux dernières missions doivent bénéficier de valences d'enseignement et de recherche. La psychiatrie doit s'organiser à partir d'un secteur rénové, en lien avec les autres partenaires. Il faut des dispositions législatives particulières sur l'organisation de la santé mentale.
2. Le financement ne doit plus viser au 100 % tarification à l'activité (T2A), mais reposer sur une partie de financement T2A et une partie d'allocation forfaitaire dans une proportion à définir (50/50, 60/40 ont été cités). Le financement doit reconnaître tous les professionnels et toutes les activités. Il doit accompagner la politique territoriale selon une logique de complémentarité et non de concurrence. La T2A doit prendre en compte la qualité et la pertinence des soins plutôt que leur quantité. Les tarifs ne doivent plus être un instrument de régulation. Il faut respecter le calendrier budgétaire pour que le budget soit connu en début d'année et avoir une vision pluriannuelle, conformément aux conclusions du rapport sénatorial Le Men et Milon (MECCS). Il faut revoir le système du financement des investissements. Un observatoire indépendant devrait être créé pour suivre les réformes du finance-

ment hospitalier. 3. L'hôpital n'est ni une entreprise ni une administration classique. Actuellement, ce sont des établissements publics d'État. Ils devraient être des établissements publics territoriaux de santé. La gouvernance doit être modifiée. Le conseil de surveillance pourrait être remplacé par un conseil d'établissement, organe de délibération notamment sur la politique financière, avec une fonction de vigilance sur la politique de l'établissement et doté des moyens pour assumer cette fonction de vigilance (comité d'audit, conseils extérieurs). Il aurait aussi un rôle d'arbitrage de premier niveau. Il faut revoir la composition de ce conseil, notamment en rappelant le rôle des élus locaux. L'exécutif aurait à sa tête le directeur. Il ne s'agirait plus d'un directoire mais d'un conseil de direction, fortement médicalisé. Le directeur, le président de la CME et le directeur des soins en choisiraient les autres membres. Il convient de rétablir les instances délibératives dans leurs prérogatives (Commission médicale d'établissement – CME, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – CHSCT, le Comité technique d'établissement – CTE, la Commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique – CSIRMT). Les usagers seraient représentés au sein d'un comité des usagers, en remplacement de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, dont il garderait les attributions. Il serait aussi informé des avis rendus par les différentes instances et aurait un pouvoir d'alerte à l'égard du directeur ou du conseil d'établissement. Les internes et assistants devraient être mieux représentés au sein de la CME, dont la composition doit donner lieu à concertation. Le CHSCT devrait comporter deux sections, une pour le personnel médical et une pour le personnel non médical, avec possibilité de sessions plénières. Les représentants médicaux seraient désignés pour partie par la CME et pour partie par les syndicats représentatifs selon un processus électoral à définir. L'organisation interne ne doit pas répondre à un modèle unique. Il faut laisser une liberté d'organisation aux établissements : en pôles, départements ou fédérations, constitués à partir d'un projet médical. Il faut respecter une cohérence médico-économique et déconcentrer la gestion. La taille de ces structures doit être adaptée à la logique qui prévaut à leur constitution. Pour la prise en charge des patients et pour l'enseignement, la structure la plus reconnue est le « service », mot qu'il ne faut pas avoir peur de prononcer. Sa constitution est organisée à partir d'une discipline et du travail en équipe. Il faut autoriser des expérimentations et faire confiance aux professionnels. Le management doit être participatif et une charte des managers (administratifs et médicaux) doit être élaborée et figurer dans le règlement intérieur des établissements. Il faut aussi assurer la sincérité de la présentation des informations, notamment comptables. Disposer d'un système d'information performant est une priorité. Il faut reconnaître le rôle et les fonctions des

cadres. Le président de la CME doit être responsabilisé dans le management, notamment concernant les contrats de pôles/départements/fédérations, et les nominations de responsables médicaux à la tête de ces structures et des services. Cette nomination doit se faire conjointement avec le directeur, lequel a le dernier mot en cas de désaccord. Elles se font pour une durée déterminée à partir d'une liste d'aptitude établie par la CME. Le président de la CME doit être aussi responsabilisé en matière de dialogue social, notamment à l'égard des PH. 4. Dans ses relations avec les pouvoirs publics, l'hôpital ne doit plus être soumis à des injonctions contradictoires. Il faut favoriser les initiatives des acteurs de terrain. Il faut donner aux hôpitaux une visibilité pluriannuelle et respecter le calendrier budgétaire. Les contrats de retour à l'équilibre financier ne peuvent pas être l'alpha et l'oméga de la politique contractuelle entre établissements et ARS. Il faut laisser s'organiser les coopérations à l'initiative des acteurs et ne les imposer qu'en cas de nécessité. Les autorisations d'activités doivent s'inscrire dans la logique du parcours de soins et de l'organisation territoriale. Il convient de préciser la nature des relations entre directeurs d'établissements et directeurs généraux d'ARS. Le plan régional de santé doit s'articuler avec le schéma de cohérence territoriale. Il faut redonner plus de rôle aux élus, notamment au niveau des ARS. Dans la discussion, E. Couty a dit qu'il faudrait envisager une réflexion particulière pour l'organisation et le fonctionnement de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris. Globalement, ces propositions ont été bien accueillies.

« Pourquoi je propose que les remboursements de la Sécurité sociale atteignent immédiatement le niveau de la CMU-C? Pour aller vers la sécurité sociale à 100 % pour toutes et tous afin de sortir de cette machinerie coûteuse, stigmatisante et inégalitaire ! »

Par Michel Katchadourian

La C.M.U. complémentaire prend en charge :

- le ticket modérateur (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;
- la participation forfaitaire d'un euro ;
- le forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation ;
- les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale (O.D.F.), les lunettes (verres et monture),
- les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils rou-

lants, etc.), au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

Dispense d'avance de frais : sauf cas particulier rien à payer lors d'une consultation médicale dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou d'une hospitalisation, ni pour les soins (actes infirmiers, actes de kinésithérapie, etc.), ni pour les analyses de laboratoire et les médicaments, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin et remboursables par l'Assurance Maladie.

Plus de feuille de soins, mais parfois des devis : les professionnels de santé envoient la demande de règlement de leurs honoraires directement à votre caisse d'Assurance Maladie. Pour la demande de prise en charge de certaines prothèses (auditives, couronnes dentaires, etc.) ou de lunettes, le dentiste, l'opticien ou l'audioprothésiste établira au préalable un devis à adresser à caisse d'Assurance Maladie.

Chez un médecin généraliste, chez un médecin spécialiste : ils ne peuvent pas lui demander un dépassement d'honoraire, même s'ils le pratiquent habituellement (« secteur 2 »).

À l'hôpital : les soins et le forfait journalier correspondant à l'hébergement et aux repas sont gratuits

Chez le pharmacien, pour les médicaments remboursables : pour les pansements, et autres produits, le pharmacien doit proposer un article pouvant être pris en charge à 100 % au titre de la CMU complémentaire.

Chez le dentiste, pour le traitement des caries, le détartrage, les examens de contrôle : pour les couronnes et prothèses, il doit être établi un devis afin qu'il évalue le montant qui lui sera demandé. Ce devis n'a pas besoin d'être transmis préalablement au médecin conseil de l'assurance maladie. Les soins peuvent commencer immédiatement.

Chez l'opticien : une paire de lunette par an. Les verres sont gratuits sauf demande particulière (verres incassables,...). La monture est gratuite si elle coûte moins de 22,90 €, et il doit lui en être proposé dans cette gamme de prix. Les lentilles sont remboursées de la même façon que pour les assurés hors CMU.

Au laboratoire d'analyses médicales pour les examens et analyses prescrits par le médecin et remboursés par l'assurance maladie.

Pour les appareils auditifs : un appareil auditif externe de 443,63 € maximum sur 2 ans. Pour les plus de 20 ans, prise en charge du 2^e appareil sur une base plus réduite : -199,71 €.

Avec la CMU C même si ce n'est pas la panacée, l'accès aux soins est facilité. En l'étendant à toute la population et en l'intégrant au régime général de la sécurité sociale, on gommerait en partie les graves défauts de cette disposition !

Aucun financement patronal, ni étatique à partir de janvier 2009 discrimination, panier de soins, blocage des remboursements sécu remise en cause des principes d'universalité d'égalité, d'unicité.

On remet un peu plus en cause les dogmes, respect des critères de convergence, déficits publics déjà bien émoussés par la crise. On remet sur les rails la sécurité sociale comme socle de la protection sociale. On fait perdre aux assurances leur légitimité sociale acquise avec la gestion de la CMU C, ce qui les pousse à revendiquer la gestion au premier euro. Enfin pour la population il y a égalité de traitement ce qui facilite les convergences de rassemblement entre travailleurs pauvres, chômeurs, émigrés, jeunes etc.

On agit dans le sens d'une meilleure prévention: Prévention des chutes, des accidents de la circulation, de l'échec scolaire etc., avec un bon remboursement de lunettes adaptées, des verres qualitatifs, des prothèses auditives conformes aux progrès technologiques! Prévention des maladies cardio-vasculaires, de l'ostéoporose etc., avec un meilleur suivi des soins et des prothèses dentaires mieux remboursées! On en termine enfin, avec des systèmes spécifiques suivant l'âge, les revenus etc. On revient à l'esprit du CNR. Enfin dans le cadre de la crise financière et plus... on améliore de façon significative le pouvoir d'achat de la population.

Le coût de complémentaire santé devient exorbitant et crée des différences et de l'exclusion notamment dans le cadre des accords groupe dans les entreprises; loi Evin du 31 décembre 89 qui légalise un deuxième système obligatoire d'où sont exclus les retraités, les intérimaires, les licenciés, les personnes au foyer etc.... Et ce dispositif va être renforcé, institutionnalisé dans le cadre de la loi! Afin de trouver une solution à ce problème des propositions sont avancées, comme étendre la CMC aux chômeurs et il existe des aides financières pour obtenir une complémentarité santé. Ces propositions si elles peuvent paraître de bons sens sont porteuses d'effets pervers. Les complémentaires, devenant les financeurs uniques du Fonds CMU, vont demander une révision de sa gouvernance. La suite logique sera de demander le remboursement au premier Euro, la mise en concurrence de l'assurance maladie afin que les assurés aient le « libre » choix. Il faut bien être « libéral » dans une Europe de « concurrence libre et non faussée »!

Sur l'aide à la complémentaire santé, via un crédit d'impôt ou un chèque pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Nous sommes dans une logique néolibérale avec des fonds socialisés qui alimentent des assurances privées,

c'est une vieille méthode des années 1930! Cela ne doit pas nous faire perdre de vue notre objectif d'une prise en charge à 100 % et renouer avec la bataille pour obtenir; l'élection des représentants des assurés sociaux à la Sécurité sociale. Cerise sur le gâteau, la couverture de la CMU/C va au-delà du champ de Sécurité sociale elle poursuit ainsi les objectifs du CNR et ceux d'Ambroize Croizat, en élargissant à terme la Sécu au Chômage par exemple aux aides sociales car le bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS peut vous ouvrir droit aux tarifs sociaux de l'énergie et les bénéficiaires de la CMU-C peuvent également prétendre à des réductions sur les abonnements de transport.

Pour bénéficier de la CMU, les conditions

Ne pas avoir droit, à aucun autre titre, aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité, et résider en France de manière stable et régulière.

Personnes exclues du dispositif de la CMU

Même si elles résident en France de manière stable et régulière, certaines personnes ne peuvent pas bénéficier de la CMU. Il s'agit notamment des personnes suivantes :

- membre du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, fonctionnaire d'un État étranger et personne assimilée, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent,
- personne venue en France pour suivre un traitement médical ou une cure,
- personne étrangère titulaire d'une carte de séjour « retraité ».

Condition de résidence stable

Vous devez résider en France de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. Si vous êtes sans domicile fixe, en habitat mobile ou en habitat très précaire, vous devez élire résidence auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée. Le délai de 3 mois n'est pas exigé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- vous êtes inscrit dans un établissement d'enseignement ou vous effectuez un stage en France dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique,
- vous êtes bénéficiaire de prestations familiales (prestation d'accueil du jeune enfant, allocations familiales, allocation de rentrée scolaire, etc.),
- vous êtes bénéficiaire d'allocations aux personnes âgées (allocation de solidarité aux personnes âgées, etc.),
- vous êtes bénéficiaire d'une allocation de logement ou de l'aide personnalisée au logement (APL),
- vous êtes bénéficiaire de prestations d'aide sociale (revenu de solidarité active, etc.),
- vous êtes reconnu personne réfugiée, admise au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

Conditions de résidence régulière

Si vous êtes de nationalité étrangère, vous devez justifier, ainsi que vos ayants droit, être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Personne étrangère non européenne

Pour justifier que vous êtes en situation régulière, vous devez pouvoir fournir un titre de séjour en cours de validité, ou tout autre document attestant que vous en avez fait la demande auprès de la préfecture de votre lieu de résidence: récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, etc.

À noter: si vous êtes en situation irrégulière, vous n'avez pas droit à la CMU mais vous pouvez demander à bénéficier de l'Aide médicale de l'État (AME).

Personne étrangère européenne (Union européenne, Espace économique européen, Confédération Suisse)

Si vous êtes inactif ou demandeur d'emploi, l'accès à la CMU peut vous être accordé si:

- vous séjournez en France de manière régulière, et si vous connaissez un accident de la vie vous conduisant à perdre vos ressources ou votre assurance maladie.
- vous devez contacter votre CPAM afin qu'elle effectue un examen approfondi de votre situation individuelle et détermine votre droit à la CMU.
- vous avez droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux.
- vous devez respecter le parcours de soins coordonnés,
- vous êtes remboursé selon les taux de remboursements habituels (consultation médicale, médicaments, hospitalisation, etc.).

Frais non remboursés

Les participations de l'assuré aux dépenses médicales (ticket modérateur, participation forfaitaire d'un euro, franchises médicales) restent à votre charge. Par ailleurs, vous ne bénéficiez pas du tiers-payant.

CMU complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une protection complémentaire santé gratuite accordée aux personnes remplissant certaines conditions de résidence et de ressources.

Notion de résidence

Vous résidez en France si vous y avez:

- soit votre foyer,
- soit le lieu de votre séjour principal.

Condition liée au foyer

Le foyer s'entend du lieu où vous habitez normalement, c'est-à-dire le lieu de votre résidence habituelle, à

condition que cette résidence en France ait un caractère permanent.

Condition liée au séjour principal

Vous remplissez la condition liée au séjour principal si vous êtes personnellement et effectivement présent à titre principal en France, c'est-à-dire si vous y séjournez pendant plus de 6 mois (ou 180 jours) au cours de l'année civile de versement de la prestation.

Les droits des bénéficiaires

La CMU-C vous donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire de vos dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Vos dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour vos soins dentaires, vos lunettes, vos prothèses auditives... Concrètement, pour faciliter votre accès aux soins, vous ne payez pas directement vos dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais.

La consultation est directement réglée par l'assurance maladie et l'organisme qui gère votre CMU-C.

Aides sociales

Le bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS peut vous ouvrir droit aux tarifs sociaux de l'énergie. Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent également prétendre à des réductions sur les abonnements de transport.

Le tarif social de l'électricité

Ce tarif est accordé automatiquement aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS titulaires d'un contrat de fourniture d'électricité pour leur résidence principale. Ce tarif consiste en une réduction sur le montant de votre facture. En pratique, vous n'avez rien à faire, les caisses d'assurance maladie adressent directement aux fournisseurs d'électricité les coordonnées des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Vous recevez ensuite un courrier vous confirmant votre droit. Pour plus de précisions: décret n° 2012-309 du 6 mars 2012 – décret n° 2004-325 du 8 avril 2004

Le tarif social du gaz

Ce tarif est accordé automatiquement aux personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS qui disposent d'un contrat individuel de distribution de gaz ou qui résident dans un immeuble collectif chauffé au gaz.

- Si vous avez un contrat individuel, ce tarif vous donne droit à une déduction sur le montant de votre facture. Par ailleurs, vous bénéficiez de la gratuité de la mise en service et de l'enregistrement de votre contrat, ainsi que d'une réduction de 80 % sur la facturation d'un déplacement dû à une interruption de fourniture faisant suite à un défaut de règlement.

- Si vous résidez dans un immeuble collectif chauffé au gaz, ce tarif vous donne droit au versement d'un montant forfaitaire pour réduire le coût de vos charges.

En pratique, vous n'avez rien à faire, les caisses d'assurance maladie adressent aux distributeurs de gaz les coordonnées des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Ces tarifs sont accordés automatiquement pour une durée de 18 mois renouvelable.

Les tarifs de solidarité transport

Les compagnies de transport peuvent offrir aux bénéficiaires de la CMU-C des réductions sur le prix de leur abonnement de transport.

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie, à hauteur de 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.

Comment se déroule la prise en charge des soins ?

Chez le médecin traitant ou un médecin spécialiste
Avant tout, vous devez déclarer un médecin traitant auprès de votre caisse d'assurance maladie. Vous devez consulter un médecin conventionné de secteur 1 ou 2 (les consultations avec des professionnels non reconnus par l'assurance maladie ne sont pas prises en charge : diététicien, ostéopathe...). Lors des consultations chez votre médecin traitant ou un médecin spécialiste vers lequel votre médecin vous aura orienté, vous devez présenter votre carte vitale à jour et votre attestation de CMU-C. Vous pouvez consulter directement un gynécologue, un ophtalmologiste, un psychiatre, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme. Vous n'avez pas à avancer les frais et sauf exigences particulières de votre part (visite à domicile, ou consultation en dehors des horaires habituels) le professionnel ne peut vous facturer de dépassements d'honoraires.

Chez le pharmacien : les médicaments ou les matériels médicaux sont pris en charge s'ils sont prescrits par votre médecin et remboursables par l'assurance maladie. Sur présentation de votre carte vitale et de votre attestation CMU-C, vous n'avez pas à avancer les frais. Pour une prise en charge à 100 % vous êtes tenu d'accepter les médicaments génériques, sauf si votre ordonnance stipule que les médicaments prescrits ne sont pas substituables.

À l'hôpital ou en clinique conventionnée : les frais d'hospitalisation et le forfait journalier sont pris en charge de façon illimitée. Les prestations de confort (télévision, téléphone, chambre individuelle) restent à votre charge.

Chez le dentiste : les consultations et les soins urgents sont pris en charge. Sur présentation de votre carte vitale et de votre attestation CMU-C, vous n'avez pas à avancer les frais. Les prothèses dentaires sont prises en

charge dans la limite de tarifs fixés par arrêté. Pour les traitements orthodontiques, un devis est nécessaire.

Chez l'auxiliaire médical : les soins de masseur-kinésithérapeute, d'infirmier, d'orthophoniste, prescrits par votre médecin traitant sont pris en charge. Sur présentation de votre carte vitale et de votre attestation CMU-C, vous n'avez pas à avancer les frais.

Chez l'opticien : vous avez droit à une paire de lunettes par an.

Au laboratoire d'analyse ou au centre d'examen médicaux : les analyses et examens prescrits par votre médecin traitant ou un médecin spécialiste sont pris en charge, s'ils sont remboursables par l'assurance maladie. Sur présentation de votre carte vitale et de votre attestation CMU-C, vous n'avez pas à avancer les frais.

En vacances, à l'étranger

Vous partez dans un pays de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse. Avant votre départ, demandez votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) à votre caisse d'assurance maladie. En cas de soins médicaux pendant votre séjour, vous bénéficierez de la prise en charge de vos soins médicaux selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour :

- soit vous n'aurez pas à faire l'avance des frais médicaux
- soit vous devrez faire l'avance des frais médicaux et vous ferez rembourser sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour.

Si vous avez eu besoin de soins médicaux pendant votre séjour et que vous avez dû les régler sur place car vous n'aviez pas votre CEAM, ou si vous avez fait l'avance des frais médicaux et n'avez pas demandé leur remboursement sur place, vous pourrez éventuellement être remboursé à votre retour en France. Pour cela, conservez les factures acquittées et les justificatifs de paiement et adressez-les à votre caisse d'assurance maladie. Vous serez remboursé sur la base des tarifs français dans la limite des dépenses engagées.

Vous partez hors d'Europe

Pour un séjour hors d'Europe, il est préférable de souscrire une assurance voyage pour les frais médicaux. En effet, seuls les soins urgents imprévus pourront éventuellement être pris en charge. Vous devrez régler vos frais médicaux sur place. Vous pourrez éventuellement être remboursé à votre retour en France sur présentation des factures et justificatifs de paiement à votre caisse d'assurance maladie. Au vu des justificatifs, le médecin conseil de votre caisse d'assurance maladie appréciera si vous étiez ou non dans une situation d'urgence. Il vous accordera alors ou non le remboursement de vos soins, dans la limite des tarifs forfaitaires français en vigueur.

Budget du fond CMU

À partir de 2011, la seule recette du Fonds CMU est constituée par la taxe CMU (taxe de solidarité additionnelle) à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé. Cette contribution est égale à 6,27 % des primes ou cotisations des complémentaires santé, soit près de 1,9 milliard d'euros en 2011. Concernant les dépenses: le Fonds CMU verse trimestriellement aux régimes d'assurance maladie et aux organismes complémentaires un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire de la CMU-C qu'ils gèrent. Ce forfait, fixé à 370 € depuis 2009. De plus, le Fonds verse trimestriellement aux organismes complémentaires un quart du montant de l'ACS octroyé à chaque bénéficiaire présent dans les effectifs de l'organisme.

« LFB, un labo pharmaceutique public en danger »

*par Jean-Pierre Basset,
Militant pour le don de sang bénévole*

Le LFB (Laboratoire du Fractionnement et des Biotechnologies) est menacé. Ce laboratoire 100 % public produit les « Médicaments Dérivés du Sang » (MDS) issus du plasma sanguin des donateurs de sang bénévoles prélevé par l'Établissement Français du Sang (EFS). En France, 500 000 malades moyenne/an en bénéficient pour des pathologies toujours graves parfois rares, souvent invalidantes. C'est dire que le LFB est un outil essentiel dans le champ de la santé publique. Mais c'est un établissement relevant de l'éthique, hors commerce et sans profit, dans un monde sans pitié où les multinationales du commerce des produits sanguins surfent avec des milliards de dollars de CA dans les pays développés. Le LFB est donc l'objet d'une bataille sourde, opaque. Je pense que si les forces dominantes sont toutes, officiellement « pour l'éthique » elles ne supportent pas que ce domaine de la santé échappe à la marchandisation. Contrairement aux produits « labiles » (Concentrés de globules rouges, plaquettes...) les MDS relèvent du champ du médicament, mesure imposée par les institutions européennes. Les MDS sont, grâce à d'obligatoires « appels d'offres » des hôpitaux, mis en concurrence avec les multinationales étrangères qui « cassent les prix » en France et se rattrapent dans le reste du monde avec de fortes marges. Par exemple, les USA ont imposé l'utilisation exclusive du plasma national sur leur territoire, le LFB n'est pas présent donc pas concurrent. Aussi le LFB qui a perdu près de 50 % de la fourniture de nos hôpitaux voit son activité déséquilibrée en particulier dans le

domaine important des immunoglobulines, tombé lui au-dessous de 50 %. Conséquence le bilan 2011 a été pour la première fois négatif avec une perte de 6,5 millions d'Euros et la suppression de 35 emplois dans les équipes R&D, secteur pourtant crucial pour l'avenir.

Outre l'environnement concurrentiel sur le marché national le LFB subit de la part des autorités françaises seize exigences spécifiques de sécurité sanitaires qui ne sont pas imposées à ses concurrents. De plus la France est le seul pays développé à déclarer les « suspicions » de Maladie de Creutzfeld Jakob sporadique (MCJs). Quand une « suspicion » de MCJs est déclarée dans la famille d'un donneur de sang, tout le « lot » de médicaments pouvant contenir du plasma de ce donneur fait l'objet d'un « retrait » et est détruit. Chaque « retrait » a un coût supérieur à un million d'Euros, cinq millions d'Euros pour le dernier le 4 octobre 2012!

La France est le seul pays à détruire ainsi les « lots » alors que les multinationales concurrentes du LFB n'y sont pas astreintes, leur pays d'origine ne déclarant pas les « suspicions » de MCJs. C'est une discrimination inacceptable nuisible au seul établissement public français, le LFB, qui voit sa notoriété anéantie. Si la France estime que cette mesure de sécurité sanitaire s'impose pourquoi cette « police sanitaire » ne s'applique pas aux 50 % de patients traités avec des produits importés? Aussi, à l'automne 2012, le LFB connaît de graves difficultés l'amenant à diminuer ses investissements industriels, sa R&D et à supprimer 290 emplois « Équivalents Plein Temps » sur un effectif de 1 600 soit plus de 18 %. (Agence de Presse Médicale 3/10/12).

Depuis juin 2012 le changement est arrivé dit-on. Il est urgent que M^{me} la Ministre de la santé et des affaires sociales use de son autorité pour :

1. réunir tous les services et agences concernés (LFB, EFS, DGS et ANSM ex AFSSAPS) afin d'aligner les dispositions françaises sur les pratiques des autres pays européennes et supprimer la déclaration de suspicion de MCJs, conformément à la « Recommandation » N° 8 du rapport IGAS de novembre 2010,

2. de demander à l'ANSM de contrôler la conformité éthique de tous les MDS importés et d'exiger la traçabilité des poches de plasma utilisées par les concurrents du LFB dans la fabrication de chacun de leurs « lots » de MDS entrant dans nos hôpitaux (« Recommandations » 5 et 6 rapport IGAS p 35). Conséquence secondaire, les destructions de « lots » entraînent des « pénalités » pour l'EFS, 13 millions d'Euros en 2011. Il est scandaleux qu'au moment où, pour cause de « crise financière », tous les budgets sont réduits, deux établissements publics soient contraints de jeter des Millions d'Euros à la poubelle.

Les documents des Cahiers

Le Document unique :

Financement des hôpitaux publics : changer de logiciel

NDLR: nous donnons ici comme document une pétition signée par de nombreux médecins de l'APHP parmi lesquels nous notons la présence de René Adam Paul Brousse, Jacques Belghiti Beaujon, Albert Bensman Paris, François Boué Antoine Béclère, Didier Dreyfuss Louis Mourier, André Grimaldi Pitié Salpêtrière, Véronique Leblond Pitié Salpêtrière, Emmanuel Masméjean Pompidou, Alain Sobel Mondor, Hervé Sors Pompidou. L'intérêt de ce texte est qu'il donne les clés pour sortir l'hôpital public de sa crise.

Le plan d'efficience de l'APHP prévoit de restituer en 2013 une somme de 150 millions d'euros, saignée annuelle devenue désormais rituelle et prévue pour durer. L'APHP a déjà réalisé 310 millions d'euros « d'efficience » en 3 ans. Le nouvel objectif annoncé est irréaliste dans des groupes hospitaliers déjà soumis à une pression financière intenable. Les inaugurations de bâtiments flamboyants ne sauraient masquer la réalité quotidienne : les équipes à bout, les locaux vétustes, insalubres, hors normes, les équipements non entretenus ou non renouvelés, les investissements gelés. Les 3 seuls moyens mis à notre disposition à ce jour pour « faire de l'efficience » sont devenus inefficaces :

1. Poursuivre l'augmentation de l'activité. La population n'étant pas plus malade qu'avant, il s'agit de « gagner des parts de marché ». Cette concurrence entrave les bonnes coopérations que l'APHP devrait avoir avec les autres établissements de service public. Une activité supérieure n'est qu'une course à l'échalote sans bénéfice pour les patients et encore moins pour l'assurance maladie. Elle est en partie illusoire compte tenu de la baisse des tarifs programmés pour respecter l'ONDAM. Elle n'est de toute façon plus possible à l'APHP qui peine à assurer le maintien de l'activité actuelle.

2. Diminuer les coûts en faisant des « économies de personnels ». Ce n'est plus tenable au niveau des personnels assurant les soins et les activités supports sauf à dégrader la qualité. Entre 2009 et 2011 les personnels non médicaux de l'APHP sont passés de 51 239 soignants à 48 600. Il n'est pas possible de poursuivre dans cette voie, sauf à refuser d'assumer l'offre de soins actuelle.

3. Poursuivre des restructurations de grande ampleur. Celles réalisées précédemment nécessitent des temps d'adaptation qui n'ont pas encore permis de retrouver le niveau d'activité antérieur pour certains des sites affectés. Il ne semble donc pas y avoir des ressources à trouver par cette voie.

On peut sûrement réduire encore le nombre de personnel du siège ne serait-ce qu'en appliquant réellement le principe de subsidiarité entre le siège et les hôpitaux et en supprimant les très nombreux doublons de procédures administratives. On peut encore gratter quelques millions en poursuivant la vente des « bijoux de famille » et il faut certainement réaliser quelques micro-restructurations utiles. Mais le compte n'y sera pas ni pour 2013 ni pour après.

Il faut donc changer le logiciel au niveau de l'APHP comme à l'échelle nationale. Il faut en finir avec l'alternative : ou défendre son hôpital au détriment de la Sécurité sociale ou défendre la Sécurité sociale au détriment de son hôpital. C'est-à-dire qu'il faut que les acteurs et les institutions aient une incitation financière à appliquer le juste soin au juste coût c'est-à-dire au moindre coût, ou du moins qu'ils ne soient pas pénalisés par leurs efforts, comme c'est le cas actuellement.

Il faut mettre en place un système de financement permettant de défendre son hôpital tout en défendant la Sécurité sociale, en assurant la qualité des soins et en maintenant l'activité globale en termes de soins et non de séjours (indépendamment des modalités de prises en charge ambulatoires ou en hospitalisations). Le principe doit être le suivant : une part significative des économies réalisées au bénéfice de la collectivité (et non des bénéfices de l'hôpital engrangés en multipliant abusivement les activités « rentables ») doit revenir collectivement à ceux qui les réalisent. Ce juste retour doit se traduire en moyens humains et techniques supplémentaires et/ou en amélioration des conditions de travail (il n'est pas contradictoire avec une participation à la solidarité institutionnelle si celle-ci se fait dans la transparence).

Les gisements d'économies pour les cliniciens sont essentiellement de deux ordres :

- d'une part supprimer des gaspillages par la juste prescription (des médicaments, des dispositifs, des examens complémentaires, des transports...). Il faut

donc en faire une politique de rationalisation des soins fondée sur la pertinence des actes

- d'autre part développer des pratiques innovantes et moins coûteuses permettant notamment le remplacement d'une partie des hospitalisations par des soins ambulatoires correctement financés et la réduction des hospitalisations inutiles ou inutilement prolongées grâce à l'amélioration de la coordination des soins avec l'aval et l'amont de l'hospitalisation mais aussi à l'intérieur même de l'hôpital.

Cela suppose :

1. d'assurer parallèlement le financement de la recherche et du progrès médical « authentique »,
2. de sortir du tout T2A et de la convergence tarifaire intra sectorielle. Il faut créer des financements nouveaux pour des activités nouvelles (remplacement de certaines hospitalisations de jour par des hospitalisations de demi-journée ou des consultations pluri-professionnelles médicales et paramédicales, forfaits de prise en charge ambulatoire spécifique portant sur une durée limitée, remplacement d'unités d'hospitalisation par des équipes mobiles comportant médecin senior et paramédicaux, création de structures intra-hospitalières de soins de suite spécialisées...).

Seuls les professionnels sont à même au niveau de chaque spécialité et de chaque service de faire des propositions pour travailler autrement. Nous appelons à une refonte de la stratégie managériale de l'APHP où il faut revenir à une gestion médicalisée partant des équipes de soins dans les services et organisant des évaluations comparatives interservices et inter-hôpital. Les collégiales qui le souhaitent pourraient être force de propositions au lieu d'être cantonnées à des stratégies défensives.

Parallèlement, nous demandons au ministère :

1. une révision de la répartition de l'ONDAM avec une réduction de la part croissante accordée aux industriels et aux prestataires de la Santé sans rapport avec l'amélioration du service médical réellement rendu,
2. une limitation du champ d'application de la T2A,
3. une régulation des tarifs au niveau de chaque établissement,
4. la mise en place de dotations négociées au niveau des ARS sur la base de contrats d'objectifs et de moyens,
5. la définition d'une politique de financement des investissements lourds hors T2A et l'autorisation pour les hôpitaux d'accéder à des prêts à taux zéro auprès de la nouvelle banque publique d'investissement,
6. la mise en place d'une « mission APHP » dans le but de définir un plan à 10 ans resituant la place des différents hôpitaux de l'APHP dans les territoires de santé de l'Île de France (sur les 150 millions d'économie demandée pour 2013, la moitié concerne les groupes hospitaliers du Nord et de l'Est de Paris et de Seine Saint Denis). La gouvernance et les modalités de fonctionnement de l'institution doivent être redéfinies (quelle décentralisation ? Quelle intégration avec l'université ?).

Nous réclamons la mise en place d'une concertation nationale avec les soignants, les représentants de la Sécurité sociale et du ministère pour repenser le mode de financement des hôpitaux et sa régulation allant au-delà d'une simple mission de toilettage de la T2A. Nous n'accepterons pas une politique se limitant à de simples aménagements de la logique productiviste dans un budget restreint, conduisant au « toujours plus avec toujours moins » dans un plan de retour à l'équilibre sans fin.