



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

octobre
2012



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

Editorial:

Inquiétude, voire plus ? Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Une charte de privatisation du Service national de santé en Angleterre Par John Lister	Page 9
Fiscalisation ou cotisation ? Interviews croisées de Frédéric Pierru & de Frédéric Rauch	Page 14
« Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? ». Un rapport de l'IGAS aux aspects contradictoires Par Jean-Luc Gibelin, Directeur hospitalier	Page 22
Euthanasie : le point de vue et l'engagement de deux soignantes Par M ^{mes} Caro & Gimeno	Page 28
La santé au travail, la médecine du travail Par le D ^r Nadine Khayi-Palat	Page 32
Deux ans de memorandum et d'une politique de santé sauvage et de classe : Eliminons-les avant qu'ils nous tuent ! Par le D ^r Théodore Zdoukos, Médecin Directeur Général, section A du Système National de Santé	Page 39
Note sur la Grande conférence sociale de juillet 2012 : Changement de méthode, mais ambiguïté, contradictions et limites des réformes proposées. Par M ^{me} Catherine Mills	Page 42
« Les orientations de la FNARS pour repenser les politiques de solidarité » Par Stéphane Delaunay, responsable de la communication et Matthieu Angotti, Directeur général de la FNARS	Page 53
Des banques qui s'enrichissent sur le dos des hôpitaux ! Par le D ^r Michèle Leflon, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardenne	Page 58
Vers un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours Par le D ^r Alain Beaupin, Président de la Confédération des syndicats de médecins salariés non hospitaliers	Page 61
Note relative à la branche AT/MP Par M. Christophe Rondel, Economiste de la santé, Attaché parlementaire	Page 65

Billet d'humeur : Tout enfant est légitime. Par le D ^r Michel Limousin, Médecin à Malakoff	Page 67
Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ? Une contribution des professionnels de santé des centres de santé	Page 68
Nous n'avons le choix qu'entre le chaos universel et la Sécurité sociale universelle ! Interview de Liliane Croizat, Pierre Caillaud-Croizat, Bernard Lamirand, métallurgiste, Bruno Guérard, ancien inspecteur du travail & Manifeste pour une Sécurité sociale universelle	Page 79

Les notes de lecture :

Rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la Commission des Affaires sociales du Sénat Juillet 2012. <i>Note de lecture par Evelyne Vander Heym (septembre 2012)</i>	Page 85
« Enquête nationale et synthèses régionales sur la santé et les conditions de vie des Etudiants » <i>Note de lecture du D^r Fabien Cohen, chirurgien-dentiste (septembre 2012)</i>	Page 86

<i>Le courrier des lecteurs :</i>	Page 89
---	---------

<i>Les documents :</i>	Page 91
------------------------------	---------

Document unique : Déclaration finale de la Conférence internationale de Santé tenue à Nanterre les 12 et 13 mai 2012.	Page 92
---	---------

Editorial

Inquiétude, voire plus ?

Être réaliste, mesurer les difficultés, vouloir le succès du « changement ». Certes nous y sommes prêts. Mais chacun mesure bien qu'il y a loin de la coupe aux lèvres et surtout des paroles aux actes. Toutes les décisions concrètes d'importance du nouveau gouvernement tournent le dos aux attentes. Des décisions ou des demi-décisions voire des renoncements s'enchaînent et finalement aggravent la situation. Prenons l'exemple des honoraires libres. On a peur d'affronter les libéraux et on ne veut pas mettre d'argent pour revaloriser les honoraires conventionnels de base; alors on fait de la morale : on veut juste condamner ceux qui dépassent trop ... Donc on affiche une norme morale qui dit qu'au-delà de 150 %, les dépassements sont abusifs. Cette norme est très au-dessus de ce que pratiquait déjà la plupart des médecins du secteur II. Conclusion, nous aurons une augmentation des honoraires libres puisque chacun se sentira au dessous du maximum autorisé. La situation sera pire qu'avant ! On peut comprendre la colère qu'exprimeront ceux qui, pour favoriser l'accès aux soins, respectent la convention. Ils se sentiront floués.

Les restes à charge des familles restent... Ils portent bien leur nom. Les mutuelles seront officiellement autorisées à pratiquer la sélection : « *Les mutuelles ou unions peuvent (...) instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins* » dit une proposition de loi en débat. C'est le texte du député UMP Yves Bure qui est repris sans modification. Les mutuelles n'étaient pas autorisées jusqu'à maintenant à appliquer de telles dispositions. Ne tourne-t-on pas ici le dos à la Sécurité sociale égale pour tous ? Chacun recevra en fonction de ce qu'il peut cotiser et perdra de fait la liberté de choix de son médecin. Ceux qui veulent liquider la médecine sociale des centres de santé des Bouches-du-Rhône s'y retrouveront aisément...

Le patronat qui veut se débarrasser des charges de la politique familiale depuis l'origine de la Sécurité sociale trouve écho dans la fiscalisation accélérée de celle-ci.

Les entrepreneurs pigeons ne veulent pas payer d'impôts sur la revente de leurs entreprises : ils seront entendus dans l'heure. Mais les ouvriers de la sidérurgie seront déboutés de leurs revendications à vivre d'un travail utile : le directeur de la banque publique d'investissement leur répondra qu'ils sont des canards boiteux. Chacun ses oiseaux.

Le chômage est hissé au rôle de nécessaire fatalité. 46 % de fermeture d'usines en plus en un an. C'est de la faute aux salariés dont le pouvoir d'achat ne cesse de baisser : ils ne sont pas compétitifs ! Les financiers qui se gavent de spéculations et d'une réglementation européenne qui dirige vers eux toute la valeur ajoutée créée sont compétitifs ! D'ailleurs ils partent plus vite que les autres vers les paradis fiscaux...

L'inquiétude va se transformer un jour en colère. Mouvement social ? Ou recul des systèmes démocratiques français et européen ? Rien n'est écrit mais François Hollande joue gros ; sa responsabilité sera historique. Les Cahiers ont vocation à informer, à proposer, à permettre l'échange. Ils sont du côté du changement espéré en mai. Pas du renoncement ni de la fatalité des trahisons.

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

Articles

England's health care under neoliberal attack *A charter to privatise England's National Health Service*

Une charte de privatisation du Service national de santé en Angleterre

Par John Lister

NDLR : traduction assurée par la rédaction

La coalition gouvernementale de David Cameron dirigée par les Conservateurs a adopté une loi très controversée « Health and Social Care Act » que l'on peut traduire littéralement par « Charte de Santé publique et sociale ». Cette loi mettra en œuvre en avril prochain la réforme la plus profonde du National Health Service (NHS), « Service national de santé » en Angleterre. Il s'agit d'un mouvement qui vise consciemment à briser le NHS en Angleterre, d'abolir ses structures de gestion, d'ouvrir une part croissante de son budget en fournissant des services à la concurrence et en établissant un système de marché concurrentiel à la place de la planification actuelle.

Ces propositions fragmentent les structures existantes et mettent en péril les principes fondateurs du NHS, qui, en 1948 transcendaient les limites du marché, et pour la première fois mettrait en place un système de soins basé sur un partage maximum des risques et un accès universel et gratuit aux services de santé.

L'évidence montre que les marchés sont un mécanisme coûteux et insuffisant pour délivrer des soins complets et universels. Les réformes ne visent pas en fait à réduire les coûts, mais à privatiser au maximum, avec l'appui d'entreprises à but lucratif délivrant des services payés d'abord par des fonds publics et introduisant d'éventuelles charges supplémentaires ainsi que la facturation des traitements.

Le nouveau système laissera des écarts croissants en matière de soins, car les prestataires privés n'exécuteront que les soins où les profits seront garantis, alors que la viabilité de nombreux prestataires du secteur public existants sera compromise, car l'essentiel des ressources seront détournées par des soins « achetés » ailleurs. L'opposition à ces propositions a été forte parmi les professionnels de la santé et de l'opinion avisée. Le projet de loi divise les partis de la coalition, mais le temps est compté pour ceux qui rejettent ce projet de Loi. Il convient d'entrer dans une résistance soutenue et concertée.

Malgré les déclarations peu convaincantes de loyauté envers le NHS faites par le gouvernement de coalition dirigé par les Conservateurs qui affirme vigoureusement qu'il ne s'agit aucunement d'une « privatisation déguisée », les personnes averties qui connaissent ce projet de Loi sur la santé et les soins sociaux, Loi qui sera adoptée en avril prochain, pensent le contraire.

La loi ne s'applique qu'au NHS en Angleterre. Ses propositions incluent :

- L'abolition de l'obligation du Secrétaire d'État d'assurer des services de soins universels et complets accessibles à tous - ce qui arrête la responsabilité parlementaire pour le NHS ;
- L'abolition des organismes stratégiques existants qui détiennent les budgets des services du NHS (Primary Care Trusts and Strategic Health Authorities) ;
- Le remplacement par un réseau de consortiums locaux qui seront dirigés par les médecins de famille (GPs = médecins généralistes) auquel sera attribué un budget de 65 à 80 milliards de Livres Sterling, à côté d'un Conseil national de mise en service et un régulateur puissant, le « Monitor » ;
- L'ouverture d'une gamme croissante de services à la concurrence, ouvrant ainsi la voie aux prestataires privés d'une plus grande participation à but lucratif et sans but lucratif, dont certains ont déjà ramassé de très importants contrats dans les services de santé communautaires ;
- Exiger que tous les fournisseurs actuels des hôpitaux du NHS deviennent autonomes « Foundation trusts » (fondations à but non lucratif) en dehors de la structure de gestion du NHS ;
- L'augmentation du plafond de la part de revenus que peuvent faire les fondations de médecine privée (traitement des patients payants) d'une moyenne de 2 % à 49 %.

L'impact de ces changements profonds, qui ont été largement critiqués, même par le « Commons Health Committee » et le « Public Accounts Committee », serait exacerbé par le resserrement simultané des finances de la

NHS, resserrement qui est déjà bien avancé. Avec un gel de 3 ans, en termes réels, des dépenses et les pressions exercées sur le NHS, y compris l'augmentation de la demande entraînée par le vieillissement de la population, le NHS doit faire des « gains d'efficacité » [c.-à-d. des coupures] de 20 milliards de £ en 2014, soit l'équivalent d'au moins 4 % par an, année après année jusqu'à atteindre l'équilibre. De telles coupes n'ont jamais été atteintes par le NHS - ou n'importe où dans le monde.

Le secteur public a été le premier à sentir la pression - avec de nombreux hôpitaux déjà en déficit qui manquent cruellement de ressources, de nombreux problèmes sont à prévoir aussi pour les 20-30 prochaines années avec l'augmentation des factures coûteuses pour les nouveaux hôpitaux, financés par la bien nommée « Private Finance Initiative ». Le tarif payé aux médecins pour traiter les patients du NHS est réduit, avec le système du « Local Primary Care Trusts » qui détient les budgets des services de la Commission et qui tente de réduire l'éventail des traitements qu'ils vont payer, et de réduire le nombre de patients traités à l'hôpital.

Les problèmes financiers des hôpitaux seront encore aggravés si le projet de Loi ouvre la porte à de nouveaux concurrents privés qui pourront choisir de soigner les patients du NHS nécessitant des traitements les plus rentables dans le cadre du secteur privé. Les hôpitaux locaux perdront des revenus, mais devront faire face à toutes les situations d'urgence, et dans tous les cas faire face aux soins les plus coûteux, les plus risqués, les plus complexes ainsi que les maladies chroniques pour des patients qui ne semblent pas assez rentables pour être soignés dans le secteur privé.

Les hôpitaux sont contraints à des fusions et à des « reconfigurations » afin de réduire le nombre de lits, tandis que la santé mentale et le personnel de santé communautaire et les services sont également confrontés à la compression. Seuls les contrats du secteur privé sont en grande partie restés intacts.

L'ensemble des propositions de ce projet de Loi va à l'encontre du simple bon sens

La recherche a montré que le « *pre-NHS* », soit la situation actuelle avant la nouvelle loi, est l'un des systèmes le plus rentable et le plus efficace dans le monde. Les résultats cliniques l'ont prouvé rapidement et la satisfaction des patients atteint des niveaux record. Tout cela est mis en péril par le projet de Loi et les restrictions financières.

Le défi pour les militants à démêler l'essence de ces propositions complexes et de les porter à l'attention du

public, afin de créer une pression suffisante pour entraver davantage et si possible faire échouer ce projet de loi.

Le modèle National Health Service (NHS) – Service national de santé

L'Angleterre comprend de loin la plus grande part de la population du Royaume-Uni, avec environ 50 millions sur 60 millions. Environ 100 milliards de £ sur les 110 milliards du Royaume-Uni passent par le NHS. Depuis 1948, le NHS au Royaume-Uni a été en grande partie financé par la fiscalité générale et offre des services de soins de proximité qui sont gratuits et accessibles à tous sur la seule base d'un besoin clinique.

Cette méthode efficace de collecte de fonds a maintenu des frais généraux très bas par rapport aux normes internationales. La plupart des ressources du NHS peut donc se concentrer sur la prestation des soins. Pourtant, toutes les tentatives faites par les gouvernements successifs qu'ils soient Conservateur ou Travilliste dans les 25 dernières années, cherchant à « réformer » le NHS ont rendu le système plus bureaucratique, plus coûteux à administrer, et offre uniquement l'illusion « cosmétique » d'un choix du patient et d'un contrôle.

Plutôt que le modèle allégé et efficace du NHS, il semble que le modèle pour les réformateurs est le système cauchemardesque et coûteux, inégalitaire et bureaucratique de santé américain où, selon un récent article paru dans le journal résolument néolibéral, *The Economist*, entre un quart et un tiers des dépenses en 2009 a été gaspillé.

Seule la logique du financement des soins de santé collectivement par l'impôt, l'augmentation des paiements en fonction du revenu, offrant des avantages en fonction des besoins cliniques, est restée largement incontestée dans le NHS anglais. L'accent de privatisation a été mis sur la fourniture de services, et non pas le financement des soins.

Les adversaires idéologiques

Il y a toujours eu une « aile de droite », néolibérale pour critiquer le modèle de 1948 du NHS. Le NHS a cassé le moule en nationalisant le réseau hospitalier qui était en grande partie en faillite et en décrépitude. Le nouveau NHS a créé un nouveau type de service, financé collectivement et uniquement fondé sur le besoin plutôt que sur le profit et la capacité de payer ou non. Les soins de santé en Grande-Bretagne sont devenus un service public œuvrant avec un budget fixé par le gouvernement, et non sur la base de sécuriser des profits au bénéfice de propriétaires ou d'actionnaires. L'aile droite des conservateurs n'a jamais été en mesure d'accepter les conséquences

de ces changements qui furent votés, avec leur opposition, le 5 juillet 1948.

Et le NHS lui-même a toujours eu ses limites. Il est né d'une série de compromis politiques et a été établi sur la base d'une nationalisation des difficultés financières, chaotiques et anarchiques, méli-mélo de services publics et privés. Il a également été créé à la suite de la dévastation économique et des troubles sociaux de la Seconde Guerre mondiale, dans un pays dépendant des prêts massifs consentis par les États-Unis, pour éviter la faillite, et risquant de subir encore cinq ou six années de rationnement et de pénurie des produits de base.

Mais le NHS a toujours représenté une rupture fondamentale, radicale et historique, à un niveau qui n'est pas suffisamment mesuré aujourd'hui. Il s'agissait d'une « modernisation » d'un type entièrement nouveau, en ce sens qu'il a remplacé l'échec entre « économie mixte » et « marché » des soins de santé qui ont évolué au cours de deux siècles de capitalisme, et l'a remplacé par un nouveau système alternatif qui a effectivement « démarchandisé » les soins de santé – d'une façon qui n'a pas été appliquée aux autres industries nationalisées après la guerre, comme les chemins de fer, le charbon et l'acier – et ceci, même si le cadre du capitalisme britannique est resté intact, voire renforcé autour de lui.

Les médecins et les professionnels de la santé ont été libérés pour offrir le meilleur traitement possible aux patients en fonction de leurs besoins cliniques et des ressources disponibles, plutôt que contraints par la nécessité d'augmenter les charges et les honoraires.

Aucune des différentes « réformes » et réorganisations du NHS depuis 1989 n'a été basée sur la demande du public ou sur des éléments de modèles efficaces. Toutes ont plutôt été idéologiques, et basées sur un modèle néolibéral inapproprié, ce qui suppose – en dépit des preuves – qu'un mécanisme de marché ne peut fonctionner dans le contexte des soins de santé.

Pas un seul pays au monde n'a tenté de faire fonctionner tous ses services de santé comme un marché libre ; pas plus qu'un un marché libre ne peut espérer réussir dans un domaine où, partout dans le monde, ceux qui ont les plus grands besoins de santé, les personnes âgées, les jeunes enfants et les pauvres, sont le moins en mesure de payer le prix de marché pour leur traitement.

Sans l'intervention du gouvernement, de bailleurs de fonds publics ou de fondations pour couvrir une partie des services de base, et former le personnel médical, infirmier et les autres professionnels de santé, les systèmes de

soins de santé privés ne peuvent faire face. En Angleterre, la récente expansion du secteur privé a été presque entièrement le produit d'aide du gouvernement et de subventions commissionnées par le biais du NHS plutôt que le résultat d'une croissance organique d'un marché ou d'une demande réelle d'une médecine libérale.

Les hôpitaux privés sont presque toujours beaucoup plus petits que ceux du secteur public. Ils offrent une gamme plus restreinte de services, et ciblent une population plus limitée. Ils ne traitent pas de situations d'urgence ou de personnes gravement malades. Il n'y a pas de profit dans ce type d'actes et il n'existe aucun moyen pour les gouvernements d'obliger des fournisseurs privés à travailler pour des services qu'ils considèrent comme intrinsèquement non rentables.

« Monitor », le régulateur NHS⁽¹⁾ a exhorté de façon explicite les « foundations trusts » à se comporter comme les hôpitaux privés en se concentrant uniquement sur les services qui leur garantissent des surplus financiers et à rechercher des moyens de tirer leur épingle du jeu avec d'autres services.

La nouvelle loi requiert également que tous les NHS se transforment en fondations autonomes, gérées comme des entreprises compétitives – plutôt que de collaborer – avec des fondations voisines jusqu'à 2014.

À plus long terme, l'objectif du gouvernement est d'obtenir des fondations « hors bilan NHS », les invitant à se renflouer et à passer du statut de « fondations à but non lucratif » à celui « d'entreprises sociales ». Cette politique expérimentale, si elle est menée à bien, privatisera effectivement la quasi-totalité des prestations de service de santé en Angleterre d'ici 2014. Un million de travailleurs pourraient ainsi perdre leur salaire NHS, voir se modifier leurs grilles de rémunération et les modalités de leurs conditions d'emploi.

Du service public à un fonds d'assurance et une « marque »

Le « National Health Service » continuerait donc à exister en nom, mais de service public, capable de planifier l'allocation des ressources pour répondre aux besoins locaux de santé et mener une politique sociale, il serait réduit à un fonds d'assurance à payeur unique, avec l'argent des contribuables, pour acheter des soins de santé dans un marché concurrentiel, ceci dans concurrence variée de prestataires privés à but lucratif ou non lucratif.

¹ Voir *Monitor* | Independent Regulator of NHS Foundation Trusts

Loin d'être mis en accusation, ou « libérés » par les changements, il est clair que les médecins généralistes sont utilisés comme un levier utile pour forcer ces changements et porter la responsabilité de leurs conséquences négatives. En fait, les pouvoirs étendus du projet de Loi qui mettrait dans les mains d'un conseil de membres non élus, le « NHS Commissioning Board », dans ce NHS « réformé », un consortium de médecins généralistes qui auraient peu de réel pouvoir décisionnaire pour faire quoique ce soit, sinon sabrer et limiter les services.

Ils subiront des pressions pour exclure une gamme croissante de services, y compris les opérations de varices, la plupart des actes de chirurgie sur les hernies, les prothèses de hanche et du genou et le suivi des actes, et même les opérations de la cataracte, ceci basé sur l'influent rapport, commandé à McKinsey par le « New Labour government », en 2009 qui concernait des économies de trésorerie potentielles. Les patients ayant besoin de ces traitements aurait alors un choix : partir ou payer dans le secteur privé. Le principe universel selon lequel le traitement est disponible, sur la base d'un besoin clinique, et non la capacité de payer, est de plus en plus l'objet d'attaques, à la grande joie des patrons d'hôpitaux privés et de leurs actionnaires.

Peu de médecins généralistes auront le temps, la formation ou l'envie de s'engager dans le travail complexe de mise en service pour des populations plus importantes que leurs propres listes de patients ou d'assurer le suivi des dépenses de leur propre part dans les 80 milliards de livres du budget NHS.

Ils vont donc, inévitablement, céder la majorité de ce travail, et avec lui, le pouvoir réel, aux équipes de gestion, dans de nombreux cas, des équipes privées de consulting telles que celles de « McKinsey's, Unitedhealth, Pricewaterhouse Cooper » et autres. Dès à présent, ces entreprises sont impliquées à tous les niveaux au sein du NHS, et se lèchent les babines à la perspective de nouveaux contrats lucratifs.

Même les décisions cliniques des médecins généralistes au sujet de leurs propres patients sont de plus en plus prises sans leur contrôle. Les nouveaux « referral management centres » (« centres de gestion de référence ») sont mis en place de haut en bas du pays. Ils sont composés non pas par des médecins, mais par des infirmières ou par d'autres personnes qui ne connaissent ni les patients, ni les médecins généralistes impliqués et qui sont chargés de modifier, voire de renverser le jugement clinique de ces derniers. En moyenne, une personne sur huit est d'ores et déjà renvoyée avec des recommandations de soins alternatifs moins chers.

De plus en plus les décisions de politique publique, l'élaboration d'options pour le rationnement des soins et les propositions de suppression de services, seront dans les mains de gestionnaires du secteur privé. Les médecins généralistes pourront seulement « porter le chapeau » pour toute mauvaise publicité lorsque ces décisions atteindront le grand public.

Tout prestataire qualifié

Le pouvoir des médecins généralistes à prendre des décisions ou à mettre en œuvre des services sera sévèrement limité. Les brutales lois européennes sur la concurrence les obligent, à offrir à leurs patients nécessitant des tests de diagnostic ou des soins secondaires, un choix de traitement chez un « prestataire qualifié » – que ce dernier travaille à but lucratif ou sans but lucratif. La liste des « prestataires qualifiés » ne sera pas élaborée localement par les médecins généralistes qui sont censés en être chargés, mais sera administrés avec eux, en « légère collaboration », au niveau national par le « **Monitor** », pour maximiser la concurrence et encourager le nombre maximum de joueurs dans le nouveau marché. On peut craindre une nouvelle course vers le bas pour la qualité des soins cliniques, tout comme cela s'est produit avec le nettoyage des hôpitaux, lorsque le gouvernement de Margaret Thatcher, dans les années 1980, au cours d'années successives de budgets « NHS » surgelés ou en baisse, a forcé de sous-traiter ces services avec les nouveaux « cow-boy », ces entreprises de nettoyage qui semblaient offrir des économies à court terme.

Donner la priorité aux clients payants

La loi soulève également les limites strictes qui ont été imposées par les députés travaillistes sur le montant des revenus des « NHS foundation trusts ». Elles sont autorisées à faire du traitement de malades payants, dans les hôpitaux construits et gérés avec l'argent des contribuables. Cela coïncide avec une nouvelle directive de l'Union européenne cherchant à ouvrir une nouvelle ère de tourisme de santé (« soins transfrontaliers »), et arrive à un moment où les budgets ordinaires du NHS sont gelés ou en baisse en termes réels pour les années à venir. Beaucoup d'hôpitaux qui sont en mesure de le faire, seront obligés de donner la priorité à des clients payants privés qui généreront des revenus en créant un système à deux vitesses dans lequel les patients du NHS sont moins attrayants et réduits à des citoyens de seconde classe et ceci, même, dans le NHS hôpitaux.

Le projet de Loi continue également à être critiqué par l'opposition d'une majorité de médecins généralistes, leur syndicat, The British Medical Association et leur organisme professionnel. Les médecins généralistes sont les personnes clés qui sont supposées appliquer les modifica-

tions et les seuls qui sembleraient en tirer profit, de sorte que leur opposition est importante. Le projet de Loi a été critiqué par le Parti travailliste et par tous les corps des professionnels de la santé et tous les syndicats de santé, par l'organisation patronale, la « NHS Confederation », presque toutes les personnes réfléchies et libre de leur pensée, ainsi que tous les partis du « Commons Health Committee and Public Accounts Committee ». Tous ont été ignorés.

Le Parti travailliste a constaté qu'il est difficile de répondre aux revendications conservatrices et que les nouvelles politiques sont simplement une continuité des expériences de marketing controversées et coûteuses et de la privatisation partielle commencée sous Tony Blair. Cette politique qui a continué sous Gordon Brown à l'automne de 2009. La campagne actuelle si éloignée du Parti travailliste et des syndicats de santé qui lui sont affiliés reste muette et fait preuve visiblement d'un certain embarras.

Toutefois, la première priorité pour ceux qui résistent à l'assaut Lansley ne doit pas être de livrer des batailles d'hier avec et au sein du Parti travailliste, mais de construire le maximum d'unité et de poids de l'opposition du public pour arrêter le projet de Loi dans son élan.

David Cameron a clairement indiqué que les plans ambitieux de marketing et de privatisation des prestations de soins de santé fait partie d'un vaste programme conservateur pour les services publics. Les tactiques « pince » de pression sur les dépenses du secteur public et les ressources, combinées à la pression idéologique de sous-traiter des services à des prestataires privés seront appliquées à d'autres services de la même manière qu'elles

sont déjà utilisés sur le NHS. Les politiques de santé du résolulement eurosceptique, Cameron et son parti sont aussi remarquablement cohérentes, avec une stratégie européenne plus large, émergent pour la privatisation fragmentaire de certains services de santé qui offrent des bénéfices à un secteur privé impatient, tout en laissant intacts les systèmes de financement. L'Angleterre est devenue le laboratoire, chef de file mondial pour tester les politiques de santé à l'échelle du globe, sans preuve à l'appui.

Les militants désireux d'éviter de devenir des cobayes dans une expérience irresponsable auront besoin d'intensifier leurs efforts dans les prochains mois avant que la Loi n'entre complètement en vigueur, et les syndicats de la santé, qui ont traîné les pieds sur cette campagne devront décider s'il y a lieu de faire un vrai combat de celui-ci, ou se soumettre docilement à l'offensive Cameron. La campagne « Keep Our NHS Public » créée en 2005 pour lutter contre les expérimentations travaillistes dans ce style de marché de réformes et de privatisation, demeure un élément essentiel dans la recherche de se concentrer et d'organiser au niveau local des campagnes spécifiquement sur la santé, bien qu'il ait eu aussi quelques initiatives du site de militants sur Internet « 38 Degrees »⁽²⁾ et de diverses campagnes menées au niveau de la rue contre la privatisation et les coupes par « UKUncut »⁽³⁾.

² Voir : <http://www.38degrees.org.uk/>

³ Voir : <http://www.ukuncut.org.uk/>

Fiscalisation ou cotisation ?

Interviews croisées de Frédéric Pierru & de Frédéric Rauch

NDLR : Nous avons posé les mêmes questions à Frédéric Pierru, docteur en sciences politiques (CERAPS-CNRS) et à Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue Economie et Politique éditée par le Pcf. Pour une meilleure lisibilité et une meilleure cohérence nous avons décidé de donner les deux textes de réponses dans leur continuité, l'un après l'autre.

Réponses de Frédéric Pierru

1. La Sécurité sociale accuse cette année encore un déficit important, malgré une série de mesures qui s'enchaînent d'année en année sensées résorber ce déficit des comptes de l'organisme social. Quelles en sont selon vous les raisons ?

Le drame autour du « Trou de la Sécu » est aussi vieux que la Sécurité sociale elle-même. Dès les années 1950, des députés, de droite la plupart du temps, relaient les positions des tenants de ce que l'historien Jean Hatzfeld a appelé l'« objection libérale », composée du Patronat, de la Mutualité, des indépendants et, bien entendu des médecins libéraux. Le patronat, s'il a du concéder, en raison du contexte politique de la seconde guerre mondiale et de la collaboration de certains membres éminents avec l'occupant, la Sécurité sociale ne l'a jamais vraiment acceptée ; la Mutualité a, de son côté, vu d'un mauvais œil la naissance de celle-ci puisqu'elle la reléguait aux marges de la protection sociale française alors que les sociétés mutualistes en occupait le centre avant-guerre ; les indépendants ont refusé l'intégration au régime général et rejeté le principe d'une « gestion par les intéressés » qui, de fait, mettait au cœur de la gestion de la sécurité sociale les syndicats ouvriers ; enfin, les syndicats de médecins libéraux français se sont organisés dès le début du XX^e siècle pour combattre les assurances sociales, perçues comme une menace pour leur indépendance professionnelle. D'ailleurs les tables de la Loi de la médecine libérale – libre choix, liberté d'installation, liberté de prescription, paiement à l'acte, libre entente sur le montant des honoraires, etc. – ont été édictées en 1927 alors qu'étaient discutées au Parlement les premiers projets d'assurances sociales. Les arguments invoqués par cette nébuleuse libérale n'ont pas changé : la sécurité sociale « déresponsabiliserait » les salariés, elle favoriserait les « abus », notamment d'arrêts-maladie et, partant, la paresse, la « bobologie », etc. Bref, les finances de la Sécurité sociale donnent lieu à un psychodrame dans lequel les acteurs changent mais les dialogues restent les mêmes. Cette coalition libérale a repris des couleurs depuis les années 2000 : assurances complémentaires, syndicats de médecins libéraux et patronat cherchent, pour des raisons différentes, à remettre en cause la solidarité salariale qu'a

instaurée la Sécurité sociale. Le sociologue Julien Duval a bien montré que la raison de cette permanence n'est pas économique mais politique. Le trou de la Sécu est une arme symbolique contre la Sécurité sociale. Depuis la fin des années 1970 et la création de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, censée chiffrer la profondeur du « trou », ce thème du déficit sert à légitimer par une savante mise en scène les mesures restrictives par nature impopulaires. En fait, ce déficit n'est qu'un « besoin de financement » : les recettes varient en gros comme la croissance économique ; les dépenses de santé, par exemple, elles varient en fonction du progrès médical, de la hausse de la démographie, du vieillissement, de la situation épidémiologique... Il n'y a donc aucune raison pour que recettes et dépenses soient égales. Et comme, depuis les années 1980, la croissance est ralentie et les dépenses sont plus dynamiques, il est normal de constater un écart qui veut dire une seule chose : nous ne levons pas assez de recettes pour couvrir les dépenses. Les salaires (donc les cotisations) ont été victimes du chômage de masse et de la politique de désinflation compétitive, l'impôt (notamment la CSG) incarne désormais le mal absolu...

2. Pensez-vous que les premières mesures annoncées par le gouvernement pour le futur PLFSS 2013, notamment dans le champ de la santé, soient de nature à répondre à l'enjeu du déséquilibre des comptes sociaux ?

Une chose est certaine : la continuité est forte entre l'obsession budgétaire de la majorité précédente et celle de la majorité actuelle. Plus que jamais la Sécu demeure perçue dans le débat public comme un « coût » et une « charge » et n'est pas considérée sous l'angle de ses multiples et indispensables « bénéfices » sociaux et politiques. La rigueur budgétaire s'annonce rude : 2,7 % de croissance de l'ONDAM alors que les dépenses évoluent spontanément à 4 %, c'est encore moins que pour l'année 2012. Il y a au moins une bonne chose à relever : le gouvernement semble avoir rompu avec la ruineuse politique de « responsabilisation financière » des assurés sociaux qui, de remboursements en franchises, de

hausse de forfaits en dépassements d'honoraires, a opéré une révolution silencieuse : depuis les années 2000, les gouvernements ont privatisé, de façon rampante, les soins dits « courants » (hors affections de longue durée et hospitalisation) pour recentrer la prise en charge collective sur le « gros risque ». Le conseiller d'État et titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po, Didier Tabuteau, a ainsi montré que les dépenses de soins courants n'étaient plus prises en charge qu'à hauteur de 50 %. Les complémentaires « santé » sont de plus en plus associées à la gestion de ces derniers. Ruineuse car cette politique est une quadruple impasse : économique (elle n'a jamais permis de maîtriser les dépenses de santé), sociale (elle a fait exploser les inégalités sociales d'accès aux soins), sanitaire (le report de soins utiles débouche sur des maladies plus graves et plus coûteuses) et politique (les actifs bien portants qui paient de plus en plus les soins de leurs poches ou avec la prime en augmentation qu'ils versent à une assurance maladie complémentaire rechignent de plus en plus à financer un système dont ils ne profitent pas). C'est une « politique » qui, au nom de considérations budgétaires de court terme et du fait de ne pas heurter les syndicats de médecins libéraux, fait le beurre des assureurs. La majorité actuelle gèle le *statu quo* plutôt que de regagner le terrain perdu par la solidarité. Ainsi, par exemple, elle ne remet pas en cause les franchises qu'elle avait pourtant farouchement combattues quand elle était dans l'opposition. Sur les dépassements d'honoraires, l'affaire a l'air bien mal engagée étant donné la timidité des propositions de la CNAMTS et la fronde de certains spécialistes libéraux qui emmènent dans leur sillage les internes des hôpitaux publics. Le gouvernement se prépare même à relever les tarifs médicaux alors même que les médecins libéraux (pas les généralistes, mais les spécialistes) sont l'une des professions qui a vu son pouvoir d'achat le plus croître ces dernières années, loin devant celui des « simples » salariés ! De fait, les moyens de tenir l'ONDAM de ville sont peu effectifs. Mais il y a l'hôpital, qui lui, passe par les fourches caudines de la rigueur et ne peut s'y défilier. Certes la nouvelle ministre semble avoir pris la mesure du mécontentement, en installant une grande « concertation » sous le label « pour un pacte de confiance », en abrogeant le principe de la convergence tarifaire entre le public et le privé en matière de T2A, en supprimant cette disposition scélérate de la loi HPST de 2009 qui rétrécissait et vaporisait le service public hospitalier en quatorze missions pouvant être allouées, selon un mécanisme d'enchères, au public comme au privé. Pour le reste, on semble s'orienter vers un aménagement d'HPST plus qu'à sa suppression. L'hôpital continuera à connaître la rigueur et les suppressions de postes... J'oubliais une autre chose à mettre au crédit du gouvernement actuel : la volonté de s'attaquer aux rentes de situation dont profite l'industrie pharmaceutique, tant au niveau du prix des médicaments que des pratiques de pres-

cription. Il y a des députés, comme Catherine Lemorton, pharmacienne de métier, qui sont bien décidés à mettre fin aux petits arrangements entre amis qui font que la France est l'un des pays les plus gros consommateurs de médicaments. L'affaire du Mediator® a donné du poids à leur voix et on ne peut que s'en réjouir, même si le chantage à la délocalisation restera in fine l'arme brandie par l'industrie pour s'opposer à toute mesure de régulation un tant soit peu sévère... Au final, le PLFSS 2013 vise à limiter la casse sociale de la politique d'austérité. C'est un PLFSS défensif.

3. Lors de la récente Conférence sociale qui a réuni syndicats, patronat et État autour de la table des négociations, le gouvernement a laissé entendre qu'une augmentation de la CSG permettrait de résoudre en grande partie les difficultés de financement de la sécurité sociale. Dans le même temps, le patronat, Medef en tête, mais aussi plusieurs organisations syndicales ont laissé ouverte la porte d'un recours à une augmentation de la CSG pour répondre aux besoins de financement de la sécurité sociale. Qu'en pensez-vous ?

Tout d'abord, je tiens à rappeler une chose : tout euro transféré de la Sécurité sociale vers les assurances maladie complémentaires ou, pire, vers la poche des malades est un euro inégalitaire. Que l'on ne vienne pas nous raconter des sornettes : « réguler le marché » des complémentaires ne permettra pas de neutraliser les inégalités pour la simple raison que le financement de celles-ci passe par des primes non proportionnelles aux revenus mais fonction du risque. Dès lors, pour un ménage modeste, l'acquisition d'une complémentaire peut représenter 10 % de son revenu, alors que pour un ménage aisé ce chiffre tombe à 3 % ou moins... Le financement privé est un financement dégressif. Et je ne parle pas des pratiques de sélection des risques et de la très inégale qualité des contrats. Privatiser le financement débouche sur le résultat suivant : les plus pauvres paient plus pour avoir moins et les plus riches paient moins pour avoir plus. Il faut donc défendre le principe de recettes publiques afin de maintenir un haut niveau de solidarité devant les soins. Après, comment finance-t-on ? Par l'impôt (la CSG) ou par cotisations ? Rappelons d'abord qu'au milieu des années 1990 les gouvernements de droite puis de gauche ont décidé de fiscaliser progressivement les recettes de l'Assurance-maladie en basculant les cotisations maladie « salarié » vers la CSG. Cette évolution du financement est allée de pair avec un encadrement public toujours strict de la gestion des caisses. Pour ma part, je considère cette évolution comme inéluctable, à défaut d'être désirable. Je sais combien sont pertinents les arguments des défenseurs de la cotisation sociale, tel Bernard Friot. En effet, les cotisations sont du « salaire socialisé » et sont au cœur du conflit relatif au partage de la richesse créée par les salariés. « Baisser les charges sociales » revient à dire

qu'il faut « baisser les salaires ». Mais l'on voit bien que le débat actuel autour du « choc de compétitivité » et du « coût du travail » renforce la position des partisans de l'impôt qu'ils soient de droite ou de gauche. Bref, au-delà de la défense inconditionnelle du financement de la santé par des recettes publiques, le choix entre la cotisation et l'impôt est un choix entre attitude offensive et pragmatisme... J'avoue avoir été plus préoccupé ces dernières années par la montée du financement privé et son cortège d'inégalités sociales...

4. Face aux besoins d'une prise en charge sociale de haut niveau des français, de la naissance à la mort, quels sont selon vous les grands axes de réforme de la protection sociale qu'il faudrait engager ?

Je ne parlerai ici que de santé et pas des autres champs de la protection sociale. Avec mes amis André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon et Olivier Lyon Caen, nous avons voulu provoquer le débat en publiant un *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* en octobre 2001, à la veille d'échéances électorales cruciales. Nous avons en un sens échoué car jamais on n'a parlé si peu de santé au cours d'une campagne présidentielle ! Nous faisons non seulement un diagnostic sombre de l'évolution du système de santé mais nous y proposons un catalogue de mesures précisées qui additionnées les unes aux autres, dessinaient les contours d'une politique de santé alternative. Nous y disions que le service public de la santé repose sur quatre piliers : le service public de l'Assurance-maladie (le financement) qui doit reposer sur le principe d'un haut niveau de prise en charge collective des dépenses de santé ; le service public de la médecine de proximité dont l'instauration suppose d'accepter d'engager le combat avec les porte-parole de la frange la plus réactionnaire de la médecine libérale que l'on voit à la manœuvre autour des thèmes des dépassements d'honoraires et de la liberté d'installation ; le service public hospitalier dont il faut reconstituer l'unité et en exclure les

cliniques commerciales et dont le financement doit être mixte au lieu de reposer uniquement sur la T2A ; le service public de la prévention collective et de la sécurité sanitaire, historiquement faible, que l'on songe un instant à la place des dépenses de prévention dans le total des dépenses de santé. La « prévention » est un slogan brandi par beaucoup de gens qui ne savent pas vraiment ce qu'ils mettent derrière. La prévention médicalisée individuelle est une bonne chose (*cf.* les dépistages du cancer) mais la politique de prévention ne saurait s'y réduire. La prévention doit d'abord agir sur les déterminants sociaux qui font, par exemple, que les ouvriers vivent moins longtemps et en moins bonne santé que les cadres : conditions de vie, de travail, de logement, etc. On pourrait même dire, à la suite du grand épidémiologiste britannique Richard Wilkinson, qu'une véritable politique de prévention chercherait à réduire les inégalités socio-économiques tant le creusement de ces dernières impacte la santé de tous et pas seulement celle des plus pauvres ! Voilà où il convient de placer le débat public : non sur le terrain des querelles techniques autour du « trou de la Sécu » mais sur celui, éminemment politique, du choix de société que nous voulons : quel niveau de solidarité face à la médecine ? Quel est le champ des services publics dans le secteur de la santé, en particulier que doit rembourser la Sécurité sociale ? Quelle est la juste rémunération des différents professionnels de santé (généralistes, spécialistes, praticiens hospitaliers, médecine salariée, etc.) ? Quel choix entre prévention collective et individuelle d'un côté, soins de l'autre ? Quel démocratie dans un système de santé de plus en plus verticalisé, centralisé et technocratique ? Ce sont des questions autrement plus passionnantes que les polémiques autour des économies de bout de chandelles pour rentrer dans les clous de l'austérité européenne. Hélas, la pauvreté structurelle du débat politique sur la santé laisse accroire qu'elles ne seront pas posées, en tout cas pas dans les années qui viennent...

Réponses de Frédéric Rauch

1. La Sécurité sociale accuse cette année encore un déficit important, malgré une série de mesures qui s'enchaînent d'année en année censées résorber ce déficit des comptes de l'organisme social. Quelles en sont selon vous les raisons ?

Que la sécurité sociale soit en déficit est incontestable. Selon les données du projet de 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 com-

plète de la situation de la sécurité sociale, il faut ajouter le déficit du fonds de solidarité vieillesse (qui finance les prestations non contributive de la branche vieillesse), qui alourdit la balance de 4,1 milliards d'euros. Soit un déficit total de 19,1 milliards d'euros.

Mais ces chiffres doivent être mis en perspectives pour prendre sens. 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, cette récurrence des déficits malgré des batteries de mesures sensées les enrayer soulève la question de l'origine de ces déséquilibres. Et par conséquent celle de l'efficacité des mesures engagées jusqu'ici.

D'où viennent donc 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 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 aussi le fil rouge des mesures de maîtrise médicalisée ou comptable qui ont impacté la branche maladie.

Et d'une certaine façon, on peut dire que la démarche a porté ses fruits, en partie du moins⁴. 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 cycle 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 qu'en réduisant le niveau de la couverture socialisée des assurés sociaux, ces politiques de pression sur la dépense

de sécurité sociale ont bien permis d'en réduire le niveau. Ce dernier n'évoluant plus au rythme des besoins réels de la population. Le niveau de remboursement des soins ambulatoires par la Sécurité sociale ne dépasse plus en moyenne les 50 % (hors 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 inférieure de loin à ce qu'il faudrait pour répondre réellement aux besoins des malades (4,4 %), ce qui se traduit via les PRE et la T2A par des suppressions de services et de postes de professionnels de soins. Le taux 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 (29 % des assurés sociaux).

Mais ce qu'il y a d'encore plus notable pour notre question, 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, 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.

⁴ Commission des comptes de la sécurité sociale – Secrétariat général – N°24 du 02-2012

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. Le taux de chômage dépasse désormais les 10 %, il n'était « que » de l'ordre de 7 % avant cette crise. 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 désormais inférieure à 4 %, 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 2 milliards 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 qui s'accompagnent d'une explosion des prélèvements financiers sur les entreprises pour rémunérer le capital contre le travail. Logiques du capitalisme qui travaillent 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 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 319,2 milliards d'euros fin 2011. 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. Il serait temps d'inverser la donne, et les moyens existent encore pour le faire, 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. Nous jouons la survie de notre système de sécurité sociale et l'avenir de notre protection sociale.

2. Pensez-vous que les mesures annoncées par le gouvernement pour le PLFSS 2013, notamment dans le champ de la santé, soient de nature à répondre à l'enjeu du déséquilibre des comptes sociaux ?

A l'évidence non. Malgré les annonces, ce PLFSS pour 2013 est foncièrement inscrit dans la logique des précédents. Certes, il a des caractéristiques qui le distinguent de ceux des gouvernements précédents. Pour la première fois depuis très longtemps, sont proposées des recettes nouvelles (5 milliards d'euros) d'un montant supérieur aux mesures d'économies sur la dépense (2,4 milliards d'euros). Il avance des mesures importantes, forte en symbole pour certaines, comme le remboursement à 100 % de l'IVG ou comme le droit de départ à 60 ans à taux plein quelle que soit la durée de cotisation pour les salariés de l'amiante, utile à la réponse aux besoins des assurés pour d'autres, comme la suppression de la convergence tarifaire des établissements permettant de dés-aspixer les hôpitaux publics et assimilés ...

Mais il n'échappe pas à ses contradictions :

1. Bâti sur des hypothèses économiques folkloriques (0,8 % de croissance alors que nous venons d'enchaîner 3 trimestres à 0 % dans un contexte européen de récession et international de ralentissement de la croissance mondiale, 2,5 % de croissance de la masse salariale dans un contexte de recul de l'emploi, d'explosion du chômage et de la précarité), ce PLFSS surestime ses perspectives de recettes. Il n'échappera pas à une loi de finance rectificative en cours d'année 2013 qui augmentera la note pour les assurés sociaux.

2. L'augmentation des ressources de la sécurité sociale dans ce PLFSS (à laquelle il faut ajouter 5,2 milliards d'euros issus de la LFR de juillet 2012) ne servira pas à améliorer le niveau de la réponse aux besoins mais toujours à combler ses déficits. C'est d'ailleurs le fil conducteur de ce texte. Son annexe B stipule sans ambages que « *l'objectif du gouvernement est le retour à l'équilibre financier de l'ensemble des comptes publics, et plus particu-*

lièrement de ceux des administrations de sécurité sociale », à l'horizon 2017.

3. Il ne revient sur aucune des mesures emblématiques des régressions des 10 années de droite qui viennent de s'écouler. Pire, il en accentue certaines :

- Ainsi du maintien de l'ONDAM à un niveau qui ne permettra pas de répondre aux besoins de soins de la population. Fixer un ONDAM hospitalier à 2,6 %, c'est accepter de ne pas répondre aux besoins de la population et de continuer le saccage de l'hôpital public. La FHF a estimé à 3,2 % le besoin de financement des hôpitaux en 2013 pour reconduire mécaniquement ses dépenses. Le fixer en deçà, c'est accepter les suppressions de services et de postes hospitaliers. La CGT les a chiffrés à 10 000 postes environ. Cela au moment même où de nombreux établissements sont au bord de l'asphyxie financière, coincés entre des charges financières et d'amortissement en forte croissance (+13,1 % en 2011), un besoin de trésorerie de 1,3 milliard d'euros qui les paralyse et une dette de 24 milliards d'euros qui les plombe. Pareil pour l'ONDAM médico-social. Avec un taux de 4 %, on est très loin du niveau requis pour répondre aux besoins des populations (7 %). Pourtant, la perte d'autonomie et le handicap sont des dossiers cruciaux du mandat. Idem pour l'ONDAM ambulatoire limité à 2,6 %, ce qui ne remet pas en cause les déremboursements et forfaits imposés aux malades.

- Ainsi aussi des mesures d'efficacité de l'offre de soins. Pour le secteur ambulatoire, elles restent centrées sur la recherche d'économie par l'approfondissement de la maîtrise médicalisée de la dépense de prescription et des politiques de bonnes pratiques médicales, et non sur l'amélioration de la réponse sanitaire face aux besoins non satisfaits aujourd'hui ou à satisfaire demain. Il s'agit ainsi d'économiser 1,75 milliard d'euros en prolongeant les procédures actuelles de recherche d'économie sur les arrêts de travail (on parle de référentiel selon la pathologie), sur les prescriptions de génériques, sur l'accentuation des contrôles des prescriptions d'exception, etc. Quant au secteur hospitalier, elles poursuivront les politiques de renforcement de « l'efficacité interne » des établissements, en se fixant l'objectif de 657 millions d'économie supplémentaire sur l'hôpital. Avec les effets que l'on connaît déjà de ces procédures d'efficacité interne incarnés par les PRE.

4. Il poursuit les prélèvements iniques sur les retraités en leur ajoutant une CSG dépendance de 0,3 % (700 millions d'euros) qui impactera plus de 65 % des retraités. Annoncée comme une mesure qui ne touchera pas les retraités non imposables, cela signifie qu'elle impactera les retraités dont les pensions s'élèvent à 835 euros pour une personne seule et 1 250 euros pour un couple ! Mais pire encore, reprise du rapport Rosso-Debord, cette proposition remet un coup de canif dans les principes de solidarité universelle et intergénérationnelle de la Sécurité

sociale : les retraités paieront pour leur le financement de leur propre dépendance. C'est un pas de plus dans le sens de l'individualisation de la prise en charge de la perte d'autonomie, actuellement socialisée au travers de la branche maladie qui en est le financeur à 89 %.

Il y aurait encore beaucoup à dire. Comme le fait que les mesures d'appel de ce PLFSS (IVG à 100 %, fin de la convergence tarifaire, ...) sont elles-mêmes contradictoires. Que vaut concrètement cette annonce d'une IVG remboursée à 100 % par la Sécurité sociale lorsque la politique de fermeture des centres d'IVG n'est pas remise en cause ? Quelle valeur donner à la fin de la convergence tarifaire public-privé, quand aucune disposition dans ce texte n'ouvre sur une remise en cause des tarifs pratiqués aujourd'hui conduisant à cette convergence tarifaire ? Pas un article associé, pas même un renvoi à un décret n'ouvre de piste dans ce sens.

En fait, tout semble faire de ce PLFSS, premier texte sur la Sécurité sociale de ce nouveau gouvernement de gauche, un texte de continuité avec les politiques menées depuis 10 ans. Il ne faudra en attendre que les mêmes effets.

Néanmoins, il doit être mis en perspective avec les ambitions du gouvernement pour une prochaine réforme du financement de la sécurité sociale, dont les pistes seront données par les rapports Gallois sur la compétitivité et le coût du travail, du Haut Conseil du financement de l'assurance maladie, du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, du Haut Conseil de la famille et du Conseil d'orientation des retraites qui devraient être remis courant 2012-2013. A ce titre, ce PLFSS pour 2013 fait figure de texte de transition.

3. Lors de la récente Conférence sociale qui a réuni syndicats, patronat et État autour de la table des négociations, le gouvernement a laissé entendre qu'une augmentation de la CSG permettrait de résoudre en grande partie les difficultés de financement de la sécurité sociale. Dans le même temps, le patronat, Medef en tête, mais aussi plusieurs organisations syndicales ont laissé ouverte la porte d'un recours à une augmentation de la CSG pour répondre aux besoins de financement de la sécurité sociale. Qu'en pensez-vous ?

Il y a eu effectivement une ambition gouvernementale lors de cette Conférence sociale de juillet dernier, de faire valider dans le cadre d'un « nouveau compromis social historique » par l'ensemble des « partenaires sociaux », le principe d'un financement fiscalisé de la sécurité sociale. Elle a échoué, fort heureusement, 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. A 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. Quelque soit le niveau de ma contribution en cotisation sociale, lorsque je suis malade, je suis pris en charge par la Sécurité sociale, quelque 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 ne sont pas sans conséquences. Car 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 : elle 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. 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-générationnelle et intergénérationnelle.

En revanche, partie 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 classe pour l'appropriation des richesses produites. 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 socialisé de la sécurité sociale un cheval de bataille et de la suppression de la cotisation sociale sa cible. Et donc pas étonnant qu'il appuie 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. Elle est l'instrument masqué d'une fiscalisation du financement de la sécurité sociale. Qui ne reposerait principalement que sur les ménages.

Dans cette bataille, les partisans de la CSG avancent plusieurs arguments pour justifier le développement de la CSG pour financer 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 entre-

prises, 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.

En réalité aucun des arguments avancé ne tient :

1. Si la CSG a effectivement un rendement élevé, elle n'en est pas pour autant un mode de financement plus efficient 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 les revenus du capital. Injuste, elle est aussi inefficace car déconnectée du lieu de création des richesses et 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. A 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 pour ses prestations des arbitrages budgétaires des pouvoirs publics. Cotisation sociale et CSG sont donc bien deux modes de financement différents en nature et en pratique.

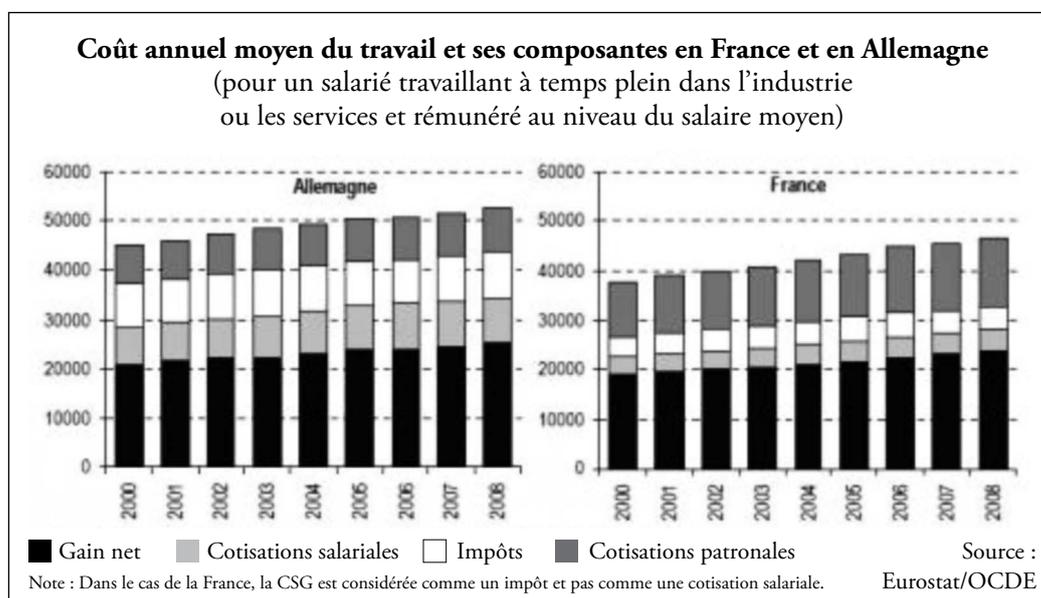
3. Quant à l'argument de la compétitivité des entreprises et du coût du travail, il suffit de se référer aux statistiques de l'OCDE (cf. graphique).

Le coût du travail, et donc les cotisations sociales patronales, n'est pas un élément déterminant de la compétitivité des entreprises françaises. Ces données validées par différents rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, qui traitent de la comparaison France/Allemagne, montrent bien qu'entre 2000 et 2008, le coût du travail était plus élevé en Allemagne qu'en France. Pourtant cela n'a pas empêché les entreprises françaises de perdre des marchés face à l'Allemagne et le solde de la balance commerciale de se dégrader progressivement sur l'ensemble de la période.

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 telle qu'elle est aujourd'hui.

4. Face aux besoins d'une prise en charge sociale de haut niveau des français, de la naissance à la mort, quels sont selon vous les grands axes de réforme de la protection sociale qu'il faudrait engager ?

C'est une question difficile, non par sa complexité, mais par l'ampleur des sujets qu'il faudrait traiter pour y répondre. Et je ne crois pas avoir les outils ni les compétences pour cela. Néanmoins je veux insister sur un point qui me paraît essentiel. La réponse à cette question constitue un choix de société, un choix de civilisation. A cet égard, elle ne peut être élaborée sans être construite avec l'ensemble de la population. Elle ne peut être qu'une réponse collective. Jamais une réponse d'expert. Ce sont donc les conditions d'élaboration de cette réponse qu'il faut construire.



« Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? »

Un rapport de l'IGAS aux aspects contradictoires

Par Jean-Luc Gibelin,
Directeur hospitalier

Le rapport daté de mars 2012 s'intitule : « Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? ». Ce rapport a porté sur les établissements de court-séjour uniquement : médecine, chirurgie et/ou obstétrique (MCO). Il fait partie du programme de travail de l'IGAS. Ce rapport est contrasté. Critique sur le manque de suivi national, sur les réalités notamment pour l'obstétrique, il reprend les poncifs « politiquement corrects » encore en cours pour la chirurgie. C'est un document argumenté, documenté, qui fera référence dans ce travail indispensable d'analyse et prospective en matière de regroupement et de restructurations hospitalières.

Il analyse les situations de restructuration des établissements hospitaliers déjà réalisées. Il différencie les trois secteurs obstétrique, chirurgie et médecine.

« Ainsi, si le mouvement de restructuration paraît quasiment terminé dans le secteur de l'obstétrique, il est loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie, et n'en est qu'à ses balbutiements en médecine. Les évolutions nécessaires exigeront des évolutions profondes dans le fonctionnement des EPS ; dans certains cas, c'est leur existence même qui est remise en cause. »

Le rapport tord le coup à quelques idées toutes faites et maintes fois assénées par les représentants gouvernementaux dans les dossiers locaux.

« En théorie en effet, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité, et réalise des économies d'échelle. Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer. Sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients

que d'avantages. L'expérience enseigne en outre que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements. »

Concernant les éléments chiffrés, le nombre d'établissements concernés par les fusions est plus important dans le secteur privé que le secteur public mais cela a été de manière offensive pour le secteur privé alors qu'il y a eu une sensible diminution des lits publics.

« C'est au cours des années 1990, avec la loi du 31 juillet 1991 et surtout les ordonnances de 1996, que l'on a commencé à tirer de manière significative les conséquences des progrès de la médecine et de la réduction des durées moyennes des séjours hospitaliers en réduisant fortement le nombre de lits et en encourageant les regroupements d'établissements. C'est ainsi qu'entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète sont supprimés (représentant 15 % des capacités installées). Pendant la même période, 380 établissements (11 % des établissements existants en 1992) sont supprimés ou regroupés. »

Évolutions du nombre de structures hospitalières et du nombre de lits d'hospitalisation entre 2003 et 2008 dans SAE :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Evol Nb
Nb d'établissements							
EPS	997	994	987	1006	1001	983	-14
PSPH	564	573	560	565	554	539	-25
Privé hors PSPH	1373	1323	1309	1306	1283	1262	-111
Nb de lits							
EPS	299102	294802	288866	291483	290067	284140	-14962
PSPH	51599	51729	50517	50791	50372	49961	-1638
Privé hors PSPH	106410	104183	104384	106231	106003	106326	-84

Cela montre combien le paysage dans les années 2010 est différent de la situation au début des années 1990 en termes d'offre de soins, de proximité, de présence de réponses publiques.

Concernant la question de la démographie médicale, le rapport précise que le problème est dans la répartition des nouveaux médecins, des spécialités, par région, par territoire de santé, à l'intérieur des régions elles-mêmes voire des départements. Bien évidemment, l'utilisation des difficultés objectives de la démographie médicale et de sa répartition par les ARS pour imposer des fusions ou des restructurations n'est pas évoquée par le rapport.

Le rapport démontre ensuite les inégalités entre les professions médicales du poids de l'assuranciel sur les pratiques. Cela peut aussi entraîner une volonté d'aller vers des « *grands centres* » où la protection juridique paraît plus importante. La réalité de terrain démontre souvent que cela reste une illusion et les risques sanitaires dans les grands centres ne sont pas inexistantes... L'intérêt théorique des opérations de regroupement est loin d'être uniformément démontré.

« Face aux nombreuses évolutions auxquelles les gestionnaires et régulateurs hospitaliers ont à faire face, l'augmentation de la taille des structures hospitalières, notamment par le biais de fusions, peut apparaître comme une réponse adaptée pour améliorer leur efficacité, leur attractivité ou leurs performances. Pour autant, s'il est exact que, dans certains cas et sous certaines réserves, l'augmentation de la taille d'un établissement hospitalier peut conduire à une amélioration de ses performances, il ne s'agit pas d'une règle générale. Au contraire, au-delà d'un certain seuil de capacité, les données et études disponibles témoignent plutôt des inconvénients de la grande taille pour un établissement hospitalier. Les enseignements de la gestion privée sont tout aussi ambivalents sur l'intérêt des fusions pour les entreprises. »

Combien de restructuration ont été imposées par ces arguments dont l'intérêt et l'efficacité sont maintenant très relativisés par ce rapport ! Le rapport rappelle ensuite combien les fusions et les regroupements ont été annoncés comme indispensables et incontournables mais aussi combien dans la réalité, le bilan est plus que mitigé. Toute cette casse pour cela ! Mais attention à ce que les arguments, maintenant, ne poussent pas à un pur et simple démantèlement des structures publiques au motif de leur grande taille après avoir démantelé celles de petites tailles...

Le rapport a même un chapitre intitulé : « *Les inconvénients de la grande taille ne doivent pas être minorés à l'hôpital* ». Les défenseurs des établissements à taille humaine apprécieront...

Pour les éléments financiers, le rapport est très clair :
« En ce qui concerne la France, les éléments médico-économiques disponibles montrent que les établissements de

grande taille ne sont pas ceux dont la situation est la plus favorable, ni en termes de coûts moyens de production, ni en termes d'équilibre financier global. »

Le rapport pointe ensuite le manque de clarté des orientations politique nationale en termes de restructuration hospitalière. L'absence d'outil de connaissance et de suivi des restructurations au niveau ministériel, un manque de lisibilité de la politique de coopération sont entre autre pointés par le rapport. Les choix paraissent clairement idéologiques et sans support ni logique liée aux réponses aux besoins de la population.

« Les fusions ne sont pas forcément le levier le plus pertinent pour conduire les restructurations hospitalières.

Opérations lourdes, longues et aux résultats incertains, les fusions doivent être réservées aux situations pour lesquelles elles apportent une réponse véritable, ce qui est loin d'être le cas pour tous les établissements confrontés à la nécessité de se restructurer. Ainsi, l'intérêt des fusions paraît marginal dans la résorption des déficits hospitaliers. »

L'état de la situation dans le secteur public est de 90 fusions entre EPS et plus de 210 directions communes pour les 15 dernières années. Le rapport révèle la prédominance des circonstances locales pour expliquer le nombre de fusions sur un territoire concerné... Pas de cohérence nationale...

La situation des maternités est traitée de manière spécifique.

« Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 1 010 en 1985, 814 en 1996, 779 en 1997, 576 en 2007, 554 en 2008, soit une baisse pratiquement linéaire pendant 30 ans, alors même que le nombre de naissances ré-augmentait. Parallèlement le nombre de lits d'obstétrique a été divisé par deux. Le taux d'utilisation des lits de maternité a donc fortement augmenté, passant de 22 accouchements/lit/an en 1975 à 46/lits/an fin 2008. Selon l'étude NFT, près de 180 opérations de recomposition ont eu lieu en obstétrique entre 1995 et 2005. Elles se sont soldées par 126 fermetures de services de maternité et par une quarantaine de regroupements ».

C'est la discipline qui a été le plus impactée par les restructurations. Seuls 30 % des établissements publics ayant subi une fermeture de maternité ont maintenu ou augmenté leur activité dans les trois années suivantes... L'hécatombe est aussi dans la durée... Dans le secteur privé, ce sont surtout des maternités - établissements qui ont fermé et cela a entraîné une réorientation du secteur commercial vers la chirurgie.

« Actuellement, 60 à 90 % des accouchements selon les régions se font dans le secteur public. » Mais cette concentration a d'autres conséquences. Alors que plus de 80 % des accouchements se déroulent sans complication, seuls 33 % se sont déroulés dans une maternité de niveau 1, ce sont celles qui ont le plus fermé dans le public. La question de la qualité de l'accompagnement et du cadre de la naissance est clairement posée au delà des critères financiers. »

Une autre idée souvent martelée est battue en brèche par le rapport.

« De plus cette tendance n'est pas forcément cohérente avec l'idée selon laquelle « plus on fait un acte, plus on sait le faire, et meilleur on est » (cf. annexe 5). Les données de l'ATIH montrent en effet que la charge annuelle en accouchements va de 0 à 160 pour un obstétricien ou une sage-femme mais que ce n'est pas forcément dans les plus gros établissements (par exemple les CHU qui possèdent des maternités de niveau 3) que l'activité individuelle est la plus grande. »

Concernant la chirurgie, le rapport porte l'argumentation de la fermeture des services tout en précisant que l'expérience montre que seuls 7 établissements ayant fermé chirurgie et maternités sur 47 ont dégagé des excédents à N+3. Cela permettra à une nouvelle enquête dans quelques années de dénoncer la non efficacité économique de ces fermetures ! Pour la chirurgie ambulatoire, le rapport note que ce ne peut être la formule toute faite et qu'elle n'est pas opérationnelle pour les petits établissements. Nous sommes de nouveau dans le discours tout fait qui risque de ne pas tenir avec le temps...

La médecine est le secteur le moins touché par les restructurations hospitalières.

« Le secteur public domine sans conteste l'offre de soins médicale avec 82 % des lits et 70 % des places de médecine. Il n'assure cependant que 75 % des séjours de plus d'un jour et 56 % des hospitalisations de moins d'une journée. La part de la médecine dans l'ensemble des séjours hospitaliers publics représente 66 % dans les hôpitaux publics et a plutôt tendance à augmenter (+1 % par exemple entre 2007 et 2008), alors qu'elle ne représente que 56 % de celle des PSPH et 39 % des séjours des cliniques privées. »

Les inadéquations relevées sont imputables à des problèmes d'organisation interne et le plus souvent par l'attente d'une structure d'aval adaptée. L'évaluation des fusions est malaisée. Cette politique volontariste, qui a été imposée contre les avis locaux dans de nombreux cas n'est pas évaluée. Pire, « rien ne permet d'affirmer que la qualité ou l'efficacité auraient été différents avec d'autres solutions ».

Les arguments utilisés pour imposer ces décisions disaient évidemment le contraire. Beaucoup de projets de regroupement sont un échec ; pour raisons structurelles, pour un déficit d'accompagnement au changement en particulier sur le volet social ; certains, rares, sont considérés comme des succès par la mission.

Des éléments concrets des recommandations du rapport :

Recommandation n°1 : Faire des restructurations hospitalières un axe particulier de la politique hospitalière, décliné par secteurs (médecine, chirurgie, obstétrique) et lui dédier des moyens et une organisation spécifiques.

Il s'agit là de la responsabilité de la DGOS de mettre les moyens et la volonté politique au suivi et à l'évaluation des restructurations. La mission veut avoir des éléments objectifs et des analyses quantitatives et qualitatives.

Recommandation n°2 : Améliorer la connaissance et le suivi des restructurations hospitalières en améliorant les outils actuels, en sensibilisant les acteurs locaux à leur remplissage et en ré-instituant l'observatoire national des recompositions hospitalières auprès de la DGOS.

La mission demande notamment que les problématiques de pertes de chances liées à un plus grand éloignement soient objectivées.

Recommandation n°3 : Développer les études sur l'impact des recompositions hospitalières, et notamment des fusions.

Il s'agit là encore de moyens concrets pour l'accompagnement des restructurations avec notamment les reclassements professionnels, les mobilités géographiques. La mission pointe l'absence de ces accompagnements et donc l'absence d'égalité de traitement dans les différents dossiers de restructurations et de fusion. La mise en place d'une équipe nationale dédiée à cet accompagnement est vivement recommandée.

Recommandation n°4 : Créer à la DGOS une cellule nationale d'appui aux restructurations, chargées de coordonner l'action du niveau national afin de répondre aux besoins des acteurs locaux. Mobiliser tout particulièrement cette cellule, en liaison avec l'ANAP, sur l'accompagnement méthodologique des fusions.

La mission fixe l'objectif de l'assouplissement du fonctionnement des très gros établissements. Elle rappelle que les fusions impliquant de très grosses entités sont des échecs.

Recommandation n°5 : Missionner l'IGAS et l'ANAP sur l'optimisation de l'organisation des structures hospitalières de grande taille : quelle organisation juridique et financière des groupes d'hôpitaux publics ? Faut-il « déconsolider » les Assurances Publiques en établissements complètement autonomes, ou dans le cadre d'un modèle de groupe public à inventer ?

Le rapport confirme que la taille de 600 à 900 lits de MCO est le seuil maximal d'efficacité. Quid donc des structures beaucoup plus grande, quel devenir pour les grands CHR types APM, HCL, AP-HP ? L'efficacité du fonctionnement est une chose. Les statuts particuliers attachés à certaines de ces concentrations en est une autre. Il ne faut pas que sous prétexte de simplifier le fonctionnement ce soit le feu vert à la mise en cause des statuts particuliers comme celui des personnels de l'AP-HP.

Recommandation n°6 : Affirmer le rôle des ARS dans le pilotage des restructurations hospitalières au niveau régional. Adapter leur organisation, le cas échéant, pour leur permettre de mettre en œuvre cette politique au niveau des territoires de santé.

La mission insiste sur la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS) dans le pilotage et l'engagement des restructurations. Elle dénonce la tendance à déléguer cela aux directeurs d'établissements. Elle considère que les impacts des restructurations sur l'offre de soins locale doivent faire partie des « outils » de pilotage et de contrôle. C'est consternant de mesurer qu'il faut une mission d'IGAS pour pointer le besoin d'avoir des évaluations des politiques publiques... .

Recommandation n°7 : Mettre à disposition des ARS une grille d'analyse des projets de fusion envisagés, afin d'identifier les facteurs de réussite et les éventuels obstacles au rapprochement.

La mission fait une première liste de facteurs structurels caractérisant un « bon projet » :

- la complémentarité des activités ;
- une faible distance entre les deux établissements car un temps de transport trop important (supérieur à 45-50 minutes) compromet la réussite de la fusion ;
- la cohérence des bassins de vie, et la possibilité de recourir à un hôpital tiers, qui peut rendre l'augmentation d'activité difficile en raison d'un taux de fuite important ;
- des indicateurs financiers pas trop dégradés ; l'existence d'un déficit important dans l'un des établissements n'est pas nécessairement rédhibitoire, mais l'intérêt de la fusion pour résorber ce déficit doit être démontré ;

- la taille des établissements ; la fusion de deux établissements de taille importante est particulièrement difficile ; la fusion d'un petit hôpital avec une grosse structure est plus aisée, et aboutit plus fréquemment à des restructurations d'activités et d'organisation ;
- l'existence d'une opposition du corps médical ou de réticences des élus doit également être identifiée par l'ARS, pour le cas échéant tenter d'y remédier.

Il apparaît rapidement que plusieurs dossiers actuellement en cours ne remplissent pas les conditions du « bon projet »... .

Recommandation n°8 : Subordonner la mise en place par les ARS d'une direction commune à plusieurs établissements à l'élaboration préalable d'un projet de fusion, ou, à défaut, de restructurations précises à réaliser dans un calendrier déterminé.

Il s'agit là d'une proposition de modification de concept et de définition de la direction commune. Il s'agirait de passer d'un mode de coopération laissant les entités autonomes à une étape transitoire dans un calendrier établi et partagé de fusion ou de restructuration plus poussée. Cela nécessitera une grande vigilance, si cette recommandation était mise en œuvre, sur toutes les décisions de direction commune.

Recommandation n°9 : Accorder des dérogations aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins.

La mission donne un vrai coup d'arrêt aux fermetures tout azimut. Elle demande des études pour mesurer la perte de chance pour les futures patientes d'un allongement des délais de déplacement. Elle propose des dérogations pour avoir localement une visibilité permettant d'engager les investissements indispensables et avoir les conditions d'assurer les recrutements professionnels indispensables au bon fonctionnement des dites structures.

Recommandation n°10 : Mener une enquête à l'échelon européen sur les moyens d'améliorer les indicateurs médiocres parmi ceux relatifs à l'obstétrique.

La mission ouvre la réflexion sur le bien fondé de concentrer les femmes dans les grands centres de niveau 3 en demandant d'avoir une enquête européenne au sujets des pratiques diverses.

Recommandation n°11 : Organiser un pyramidage des activités et des contrôles plus cohérent.

La mission demande que la cohérence de l'organisation du maillage par les maternités du territoire national soit revue. Elle réfute la poursuite des fermetures des maternités de niveau 1 si les conditions d'accueil et de prise en charge sont réunies.

Recommandation n°12 : Assurer dans de bonnes conditions la permanence des soins chirurgicaux la nuit et le week-end en réduisant le nombre de sites chirurgicaux de garde non fonctionnant que très rarement.

Alors que les années de fermetures imposées sur les maternités montrent leurs limites et les erreurs faites, l'IGAS prône la même logique sur la chirurgie. L'ouverture de bloc la nuit n'est pas uniquement pour les interventions des urgences mais aussi pour la fin du tableau de garde par exemple. La concentration de moyens dans de grands centres serait un frein aux recrutements dans les petits mettant en cause l'activité de jour... Ce n'est vraiment pas la bonne piste.

Recommandation n°13 : Fixer un seuil d'activité pour les blocs opératoires et les plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux et fermer ceux qui ne fonctionnent pas suffisamment.

Même commentaire que précédemment.

Recommandation n°14 : Affiner les analyses pour fixer des seuils minimaux d'activité nécessaires à une qualité suffisante, en tenant compte du type d'intervention, de l'expérience du praticien et de celle de l'équipe.

Alors que de nombreux services de chirurgie ont été fermés ou condamnés, cette recommandation montre que les seuils utilisés méritent d'être affinés et améliorés.

Recommandation n°15 : Élargir la liste des actes de chirurgie conventionnelle soumis à la mise sous accord préalable, afin qu'ils soient plus souvent effectués en chirurgie ambulatoire.

Recommandation n°16 : Développer les méthodes de chirurgie de jour et plus généralement toutes les méthodes alternatives qui permettent une meilleure organisation de la chirurgie conventionnelle.

Recommandation n°17 : Apporter une aide à l'entourage pour faciliter les retours rapides à domicile : bonne information donnée à celui-ci, accès à des portages de repas, assistance téléphonique.

Recommandation n°18 : Ne pas inciter n'importe quel petit établissement à faire de la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est une piste d'évolution pour la chirurgie conventionnelle mais le rapport ne propose pas d'en faire l'argument « passe partout ». Concernant les aides lors du retour à domicile, il faut veiller à la prise en charge par la sécurité sociale au risque d'avoir un glissement sur les restes à charge d'une partie des dépenses de santé.

Recommandation n°19 : Veiller à ce que les indicateurs de chirurgie traditionnelle ne se dégradent pas simultanément à l'ouverture de la chirurgie ambulatoire.

La question des services d'aval et des capacités des structures de moyens séjours est posée avec force.

Recommandation n°20 : Affiner la connaissance des séjours médicaux, mener des études sur l'organisation, élaborer des grilles d'inadéquation.

Recommandation n°21 : Rationnaliser le fonctionnement des services spécialisés de médecine.

La médecine est dans la cible de restructurations potentielles. Le recours aux hôpitaux de jour ou de semaine est préconisé.

Recommandation n°22 : Améliorer la qualité technique et l'efficacité des plateaux techniques de biologie et d'imagerie.

Cette recommandation porte la notion de fermeture des plateaux techniques dit non rentables sans intégrer les frais liés à la couverture du territoire national. Ce sera une des pistes de domaines à suivre de près dans les prochains mois.

Recommandation n°23 : Établir un document d'orientation qui puisse servir de base à l'élaboration d'un projet médical préalable indispensable au projet d'établissement de la nouvelle entité. Élaborer des supports de communication interne et externe sur le projet.

Recommandation n°24 : Veiller à ce qu'une méthodologie de gestion de projet soit mise en place entre les établissements impliqués dans la fusion et que des moyens spécifiques soient affectés à l'opération, le cas échéant par l'allocation de crédits dédiés par l'ARS.

Comment imaginer que des restructurations n'aient pas été précédées d'un projet médical et accompagnées par une démarche projet ! Pour que la mission en fasse une recommandation c'est qu'il est nécessaire de le préciser... .

Recommandation n°25 : Mettre en place un binôme médico-administratif pour porter le projet, mobiliser l'ensemble des équipes et animer le groupe projet.

Les projets de fusion ne doivent plus être l'affaire des seuls directeurs. Pour que cela fonctionne, il faut l'investissement des personnels et en particulier ces personnels médicaux.

Recommandation n°26 : Encadrer davantage la phase de préfiguration de la fusion une fois qu'elle a été actée par les conseils de surveillances des établissements, en donnant de véritables pouvoirs au directeur préfigurateur, et en permettant une mise en place anticipée des institutions représentatives et des organes de gouvernance du nouvel établissement.

Recommandation n°27 : Créer une instance de dialogue social spécifique au projet de fusion afin que les représentants du personnel puissent être informés de l'avancement du projet et associés à la résolution des problèmes.

Recommandation n°28 : Permettre la prise en charge temporaire des frais de déplacement des personnels dont le nouveau site d'affectation est plus éloigné de leur domicile familial comme alternative à l'indemnité exceptionnelle de mobilité (décret et arrêté du 20 avril 2001).

Recommandation n°29 : Étudier la possibilité de maintenir temporairement le niveau de rémunération des personnels de direction, des praticiens hospitaliers et des autres personnels concernés par l'opération de fusion.

Il s'agit là de bien faire les simulations et de ne pas partir à l'aveugle dans la restructuration. Il est aussi question de mieux associer les instances représentatives des personnels. La dimension sociale de l'accompagnement est précisée. C'est une forme de désaveu des passages en force qui ont été opérés dans bien des dossiers. La prise en compte des conséquences y compris financières des fusions pour les personnels est enfin pointée. La mission va même jusqu'à proposer que transitoirement la fusion n'impacte pas la situation de certaines catégories de personnels. Il y a donc 29 recommandations de niveaux et d'importances différents.

Un camouflet des choix idéologiques portés sans discontinuer depuis de nombreuses années et par plusieurs gouvernements. En effet, ce regard sur les 15 années passées est édifiant. Quinze ans de restructuration, de fermetures d'activités et d'établissements au nom de l'obligation financière et un rapport qui dit clairement qu'il n'y a pas de résultats financiers probants à cette politique, pire qui avoue que les grandes structures sont sujettes à plus de difficultés financières. La casse a bien été faite, les fermetures d'activité sont réelle mais le résultat financier n'est pas au rendez-vous et il n'y a pas de suivi ni de d'analyse nationale de cette politique...

Les maternités, mais on croit faire un cauchemar !

En effet, sur chaque dossier pratiquement, il y a eu de doctes experts venus justifier la fermeture pour des raisons de sécurité, pour une logique nationale, pour la qualité... Et le rapport confirme que les naissances « normales » se font de plus en plus en services spécialisés par manque de place en maternité de niveau, elles ont été fermées... Et le rapport confirme que les concentrations hospitalières ont de vraies limites... . C'est quasiment un aveu de manipulation de masse... .

Par ailleurs, le rapport n'insiste pas sur les conséquences non mesurées notamment avec le non recrutement de PH dans les « petites » structures du fait de leur incertitudes et des conditions de travail plus dégradées que dans de grandes équipes notamment pour les gardes médicales. Cependant, ces structures sont souvent ensuite dans l'impossibilité de répondre correctement aux normes et se voient alors incriminées de ce non respect... C'est d'une certaine manière, l'aboutissement d'une politique idéologique : diminuer les dépenses remboursées coûte que coûte et non répondre aux besoins de la population. Sans doute est-ce de ce côté là qu'il faut chercher comment inverser la logique ?

Enfin, cette photographie contrastée et assez négative des coopérations hospitalières ne doit pas engager au repliement et à la non coopération. Au contraire, la coopération c'est bien ce qui permet à deux ou plusieurs entités de partager, de mettre en commun, de faire mieux. Les coopérations doivent être mutuellement avantageuses et permettre d'améliorer le service rendu. Cela nécessite un contrôle démocratique permanent, mais c'est une autre histoire.

Euthanasie : le point de vue et l'engagement de deux soignantes

Par M^{mes} Caro & Gimeno

NDLR : le 1^{er} chapitre est sous la plume de M^{me} Christiane Caro, infirmière CH de St-Brieuc, retraitée, membre de la Commission santé du Pcf et le second de M^{me} Danièle Gimeno, directrice coordinatrice des soins au CHU de Nice, CH de Menton, retraitée, membre du Conseil Scientifique du Centre Collaborant OMS en soins infirmiers - Lyon 1985-1992.

1. EUTHANASIE : « DE LA NAISSANCE A LA FIN DE LA VIE : L'HUMAIN D'ABORD »

Chacun reste marqué par la médiatisation de la fin de vie de Vincent Humbert et de Chantal Sebire laissant penser qu'il n'existerait qu'une seule voie. L'émotionnel nous a envahi en occultant une prise de conscience de l'existence des autres points de vue. Celui des professionnels de santé porté par Hervé Messager kinésithérapeute à Berck-sur-Mer dans son livre qui dénonce « ...l'avalanche médiatique... » avec « ...la répétition en boucle d'une multitude de mensonges... » ou le généticien Axel Kahn, membre du Comité national d'éthique qui rapporte que « Chantal Sebire avait refusé aussi bien une opération, qui aurait eu de fortes chances de réussite, que toute forme de médicament (y compris la morphine), qu'elle considérait comme « du poison », pour leur préférer la seule homéopathie. ». Lui aussi « regrette que cette vérité ait été occultée par le « tsunami médiatique ».

Pourquoi le besoin « d'une nouvelle loi s'imposerait-il donc » ? Remettre en cause ce projet pourrait apparaître, dans ces conditions, difficile. Et comment en serait-il autrement quand on colle à « mourir » le mot « dignement » ? Comment oser contester le « Droit » à la « dignité » dans ces moments ultimes de la vie ? De même, comment oser poursuivre en justice ces braves médecins, voir infirmières qui s'autorisent le Droit de soulager autrui, définitivement ? L'euthanasie nommée pudiquement « assistance médicalisée à mourir » se veut rassurante et donne la conviction de tout régler : plus de douleur, de souffrance : une Loi serait donc la vraie, bonne solution !

« Permettre à la personne de choisir de mettre fin à ses jours dans la dignité, lorsqu'elle le désire... »

Une affirmation qui part d'un bon sentiment mais qui mérite pour le moins, d'en étudier les motivations, les circonstances, le comportement des soignants et les réponses ou leur absence faute de moyens, de formation, sans oublier la maltraitance etc.

Françoise Dolto disait que demander la mort et la donner, c'est une communication manquée, une décep-

tion de communication. « Les humains ne communiquent pas assez les uns avec les autres. Ils sont pris dans les fantasmes de la mort de l'autre. Qui ne sont pas du tout des pulsions de mort, mais des pulsions d'agressivité visant l'autre qui déçoit. Mis en échec par celui qui réclame la mort, le soignant se sent coupable, et tente d'échapper à cette culpabilité en prenant la fuite ou au contraire en s'exécutant. Si les soignants étaient davantage conscients de ces mécanismes inconscients, ils pourraient entendre la demande sans se laisser instrumentaliser par elle. Ils pourraient se positionner, dire leurs limites, oser dire leur malaise devant la demande qui leur est faite et qu'ils jugent abusive, puisqu'ils sont là pour soigner jusqu'au bout et pas pour mettre fin à la vie. »

Mais qu'en est-il déjà vraiment pour celles qui ne le désirent pas ?

Si l'on examine le cas des personnes âgées, les « solutions » ne sont-elles pas déjà bien avancées ? Faute de lits suffisants, l'accès aux unités de cardiologie, pneumologie plus encore de réanimation etc. dans un certain nombre d'hôpitaux, leur est refusé à partir de 60 ans au bénéfice de patients plus jeunes. Des médecins ont donc décidé, sans qu'il y ait la moindre protestation, que la dernière tranche d'âge, dites du 3^e et 4^e âge des êtres humains serait sacrifiée faute de moyens financiers, de ressources humaines et matérielles adaptées aux besoins de la population. Des discours sont tenus aussi auprès des personnes de confiance, pour les convaincre « qu'il ne serait peut-être pas nécessaire de diriger la prochaine fois leur parent en service de réanimation ! » Une loi viendrait absoudre ces comportements.

Dans le même temps, les personnes âgées n'attendent pas que des tiers s'occupent ainsi de leurs cas.

Les statistiques en 2009 montraient que « les personnes âgées se suicident en moyenne beaucoup plus que le reste de la population, surtout après 85 ans, chez elles ou en maison de retraite, souvent en raison de dépressions non diagnostiquées, dans une indifférence générale que déplorent les professionnels... Se sentant « rejetés par une société très méprisante envers les gens qui ne sont plus actifs », souvent isolés et voyant leur état physique décliner, beaucoup de patients âgés ne voient pas d'autre issue... » expliquait le D^r Sophie

Moulias, gériatre à l'hôpital Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine) ».

Depuis, cette situation se poursuit, puisque cet été la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie Michèle Delaunay a fait état d'une augmentation inquiétante de suicides chez les personnes âgées et cité « *plusieurs particulièrement dramatiques avec un caractère radical* » caractéristique des gestes désespérés de personnes vieillissantes. Il s'agit bien d'en finir avec une vie qui ne paraît plus digne d'être vécue ».

Le psychiatre Michel Debout, professeur de médecine légale au CHU de Saint-Étienne déplore quant à lui que le suicide des vieillards « *ne scandalise ni ne fascine personne* ». « *Les personnes âgées vivent plus longtemps et leur fin de parcours est souvent faite de douleurs physiques et psychologiques. Par ailleurs, ces souffrances s'accompagnent d'un sentiment d'inutilité plus présent qu'auparavant. En effet, au sein d'une société qui accorde la primauté au rendement et à la productivité, les personnes âgées estiment qu'il vaut mieux en finir car « cela ne vaut plus le coup »*⁵.

Mais tout le monde ne le déplore pas ! Le débat sur l'euthanasie alimente des réactions légitimant le suicide des personnes âgées « *puisqu'elles l'ont choisi* » ! Ce n'est donc plus une préoccupation ou un problème, c'est devenu un droit ! On exclut les causes de désespoir, de dépression, de solitude... alors « *L'HUMAIN D'ABORD* » : oublié ?

Concernant toujours les personnes âgées : la maladie Alzheimer fait resurgir la peur de devenir « *fou* » induit tout « *naturellement* » le futur suicide.

La référence à l'argument « *... la question du choix à mettre en œuvre, librement consenti, des conditions de sa propre fin de vie lorsque la maladie, incurable, invalidante, ou bien l'accident de la vie, nous confine dans l'incapacité à vivre une vie normale et ou, porte atteinte à notre dignité* » amène à nous interroger sur ce qu'il convient d'entendre par une vie « *normale* » : un handicapé, un malade atteint de maladie mentale, de cancer, du sida, de la maladie Alzheimer et par extension pourquoi pas un chômeur [*qui se suicide aussi*], un sans domicile fixe, ont-ils une vie normale ? De même, en quoi le fait d'être atteint « *d'une maladie incurable, invalidante ...* » porte-t-il atteinte à la dignité ?

Avons-nous mesuré tous les futurs dérapages auxquels nous risquons d'exposer les plus faibles d'entre nous voire... nous-mêmes ! Ouverture de la boîte de

Pandore en quelque sorte où malgré toutes les pseudo-précautions dont on constate bien dans la réalité qu'elles ne pourront pas être garanties faute de moyens suffisants, une société normalisée qui exclurait les plus faibles en raison de soins coûteux ?

Le secteur de la santé a le plus résisté aux concepts de rentabilité :

Il était établi que « *La santé n'avait pas de prix* » car elle touchait à la vie. Il était donc nécessaire de développer les sciences, la recherche médicale et leur donner des moyens... Insidieusement, on observe de sérieux reculs idéologiques pour trouver des financements pour la protection sociale. Ainsi à partir de 1981, il a été introduit « *mais la santé a un coût !* »... En 2011, un directeur de l'ARS de Bretagne ouvre une autre brèche : la nécessité de faire des choix pour l'attribution d'enveloppes budgétaires pour les maternités ou pour la dépendance des personnes âgées et ajouté qu'il ne serait plus possible de financer la prise en charge de maladies coûteuses ! La psychanalyste Marguerite Charazac-Brunel est encore plus abrupte : « *A court terme, la société considère que cela fait faire des économies à la Sécurité Sociale*⁶ ».

Simultanément, ce recul économique accompagne un recul idéologique.

Dans une étude à Brest auprès des étudiants en médecine « *l'euthanasie devient une action médicale banalisée dont seul le résultat est représenté. Il est préoccupant de constater que plus de la moitié des étudiants, voire les 2/3 ne font pas référence à la demande du patient et confondent dans le même vocable ce que serait une euthanasie volontaire et une euthanasie occulte* ».

Il est urgent d'entendre enfin, les appels des professionnels des unités de Soins Palliatifs en particulier.

Que nous disaient-ils déjà en 2004⁷ : « *le projet thérapeutique ne doit pas être un projet qui «soulage» l'équipe soignante mais bien un projet centré sur le patient* ».⁸ ... « *Mais comment faire face à la confrontation quotidienne avec la déchéance et la mort quand la société et les tutelles négligent cette frange croissante de la population... La réduction des dépenses de santé ont un rôle prépondérant, elle ne permet pas aux soignants de réaliser des soins palliatifs de qualité. L'État, les pouvoirs publics ont un rôle fondamental à jouer à ce niveau. Les acteurs de la société civile, les*

⁵ Source express.be - 24 août 2012

⁶ *Ouest-France* - 22 août 2012

⁷ 10^e Congrès national de la société française d'accompagnement française et de soins palliatifs 10,11 et 12 juin 2004 – Besançon - Micropolis

⁸ Le projet thérapeutique / DUJEU V., DESMEDT M., HODY L., MALOTEAUX J-M. Cliniques Universitaires Saint-Luc – B – 1200 Bruxelles - Cellule d'aide à la coordination en soins palliatifs à domicile d'Angers

familles, les professionnels..., tout un chacun à son niveau de responsabilité pour éviter d'en arriver à l'euthanasie »⁽⁹⁾. Mais elle oblige aussi à affirmer l'urgence : des moyens décents, des lits d'USP, des équipes mobiles qui ne se mesurent pas en fractions, des formations permanentes...⁽¹⁰⁾

Habituer la pensée à l'impossibilité de changements immédiats nous a conduits à de graves renoncements alors qu'il est possible de construire une autre société et c'est dès maintenant ! « *Si toute la vie va inévitablement vers sa fin, nous devons durant la nôtre, la colorier avec nos couleurs d'amour et d'espoir.* » (Marc Chagall)

2. EUTHANASIE : STOPPER L'ERRANCE

Pour moi, en tant qu'infirmière, les pratiques euthanasiques sont un leurre car elles constituent une mauvaise réponse à un vrai problème. Elles représentent une situation délétère pour celui qui exécute l'acte et peut comporter en germe le risque de susciter des vocations latentes.

« *Je pense... [aussi]... que si l'être humain préfère la mort à la vie au point de l'implorer, c'est là un message d'une souffrance... [morale et/ou physique]... surhumaine terrible...⁽¹¹⁾* » auquel nous n'avons pas su ou pas pu répondre et qui dans ce cas doit réinterroger nos pratiques soignantes et nos connaissances. Il me paraît donc contraire et dangereux de vouloir légaliser l'euthanasie. Ce projet vient heurter tout ce qui a motivé mon choix professionnel, résumé à 42 ans de vie hospitalière. Que ce soit sur le plan syndical et politique, j'ai toujours œuvré et bataillé pour obtenir des conditions de travail compatibles avec un exercice professionnel conforme aux valeurs éthiques et déontologiques de notre société et de ma profession.

Peut-on demander aux seuls soignants de préserver l'humanité et la dignité des mourants, alors que la société dans sa grande majorité s'interroge peu sur la réalité du quotidien de leur travail, et sur la maltraitance institutionnelle qui leur est imposée faute de ressources suffisantes pour assurer des soins de qualité. On peut toutefois s'interroger sur la réalité de cette aptitude qui serait accordée aux mourants, alors qu'elle demeure quasiment immatérielle pour les biens portants.

A ceux qui prétendent vouloir accomplir un acte d'amour vis à vis de l'un des leurs, qu'ils l'accomplissent eux-mêmes, un acte d'amour ne se délègue pas. Le soignant n'a pas à se transformer en bras armé des pratiques euthanasiques. Alors que l'on se soucierait de la dignité et de l'humanité des mourants, on semble moins préoccupés de celles des vivants, de quelle logique relève ce projet ? Veut-on comme en Suisse autoriser l'assistance à l'euthanasie des fatigués de la vie, en référence aux cliniques «DIGNITAS», ou comme aux États-Unis « On exécute bien les attardés mentaux... »⁽¹²⁾.

En ma qualité d'infirmière, l'exigence des moyens a été un combat permanent, y compris en m'opposant à ma hiérarchie infirmière et administrative, au risque d'en payer les conséquences à titre personnel, là n'était pas l'essentiel. Pour moi, l'important c'était d'obtenir les moyens d'accomplir les meilleurs soins requis par l'état des patients, quels que soient leurs niveaux de gravité.

Au nom de la liberté de choix du patient et/ou de sa famille, comment peut-on demander aux soignants de s'impliquer dans la légalisation d'un homicide par rapport aux principes fondateurs de l'acte de soin, qui consiste à «prendre soin de...», jusqu'au bout. Au nom de la présumée dignité, ce choix voudrait se révéler comme un acte ultime d'humanité pour décider de soi, ce qui me paraît un leurre qui masque l'absence d'humanité qui embrase notre société. Qui parle d'inhumanité, d'indignité lorsqu'il s'agit des grands de ce monde qui agonisent pendant des mois, des années (le Général Franco, le Prince Rainier de Monaco, Ariel Sharon Premier ministre israélien, etc.). Peut-on comme Manuel Valls, ministre de l'Intérieur, déclarer : « *Nous devons sortir de l'hypocrisie et légiférer* ». Peut-on au vu de ce seul prétexte, qu'il existe des pratiques euthanasiques clandestines, choisir de les légaliser, alors faudra-t-il aussi envisager de légaliser d'autres actes illégaux. Cette visée me semble courte, déraisonnable et dangereuse parce qu'elle comporte en germe des dérapages de toutes sortes. Je crains que cette orientation réponde davantage et de façon masquée aux préoccupations liées au vieillissement de la population qui commence à poser problèmes pour les comptes sociaux et qu'une fois de plus l'économie prime sur le médico-social, tournant le dos aux valeurs d'assistance et de solidarité de notre République.

Qu'en sera-t-il de « La recherche, la science et le progrès au miroir de la personne humaine » en fin de vie si l'on s'oriente vers l'euthanasie, qu'elle soit active ou passive ?

⁹ A la recherche du sens gériatrie : fin de vie... souffrance des soignants M.-F. Bernard Infirmière spécialiste clinique Unité mobile Accompagnement et Soins Palliatifs Hôpital Émile ROUX 94456 Limeil Brevannes – 10^e Congrès

¹⁰ Euthanasie : en finir avec l'hypocrisie ? G. Berrichon Équipe mobile de Soins Palliatifs Centre Hospitalier d'Avignon - Équipe mobile Douleur et Soins Palliatifs Centre Hospitalier Cavaillon-Lauris – 10^e Congrès

¹¹ *Humanité Hebdo* – 31/12/04 Article intitulé « En que soignante ». P. 14

¹² Encart page 63 du n°20962-19/07/2012 de l'*Humanité Dimanche*

Si aujourd'hui, cette question revient dans notre actualité, je pense qu'elle témoigne aussi de notre inquiétude d'être au monde et du recul des consciences face aux principes fondateurs de notre humanité. Enfin, comment peut-on se réclamer de « L'HUMAIN D'ABORD » et soutenir un tel projet qui autorise l'aide active à mourir ? Pour moi, vous l'aurez compris, aucune Humanité ne peut justifier de pratiques euthanasiques et je terminerai cette réflexion par deux citations :

L'une de Robert Badinter avocat, qui déclara en 1981, en sa qualité de Garde des Sceaux et membre du parti socialiste lors de son combat contre la peine de mort : « *Je ne veux pas d'une justice qui tue* ». De même, « *Je ne veux pas d'une médecine qui tue* ».

L'autre, de Lucien Bonnafé, médecin psychiatre, membre du Parti communiste français qui disait : « *Un pays se juge à la manière dont il traite ses fous* », et nous voyons aussi ce que la psychiatrie est devenue aujourd'hui... Je pense que les malades en fin de vie qui ne relèvent plus de traitements médicaux lourds requièrent jusqu'au bout des soins d'hygiène et de confort dits d'entretien de la vie, accompagnés de traitements antidouleur adaptés à leur état. Les connaissances médicales actuelles, tout comme les savoirs des soignants le permettent. Leurs applications relèvent de la simple volonté politique. Si la loi Leonetti, a résulté d'un « beau consensus » satisfaisant pour les uns, peu rassurant de mon point de vue, je conclurai mon propos par une citation du philosophe Bernard Stiegler qui nous rappelle que : « *C'est la contradiction qui fait penser, pas le consensus...* (et nous incite) à réarmer notre pensée. »

La santé au travail La médecine du travail

**Par le D^r Nadine Khayi-Palat, Médecin du travail en service inter-entreprise dans le Tarn-et-Garonne,
Mandatée CGT pour les négociations nationales de branches au CISME.**

I. État des lieux et évolution

I-1 Santé des salariés

I-1.a - Droit constitutionnel :

« (La nation) garantit à tous, (...) la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. » (11^e alinéa au préambule de la constitution de 1946 annexé à celle de 1958)

I-1.b - Fonction régaliennne :

La protection de la santé fait donc partie des missions régaliennes de l'état.

Cette mission se décline selon deux moyens :

- Des obligations réglementaires de prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail, prescrites principalement aux employeurs. Elles ont pour objet d'imposer, à ces derniers, la mise en œuvre des mesures de prévention nécessaires pour assurer leur obligation de sécurité de résultat, c'est-à-dire pour prévenir tout accident du travail et toute maladie professionnelle.
- La médecine du travail chargée d'une double mission, celle de mettre en œuvre les moyens d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et celle de surveiller la santé des travailleurs au travail pour permettre de s'assurer que l'obligation de sécurité de résultat est bien remplie ou pour constater altération et atteintes à la santé qui constitueraient un échec de l'obligation de prévention.

I-1.c - Mission d'ordre public social :

Les relations de travail étant régies par le droit du travail, la santé au travail relève d'une mission d'ordre public social qui, jusque là, était confiée au médecin du travail.

I-1.d - Santé publique et santé au travail :

La santé publique est l'ensemble des actions et descriptions des pouvoirs publics relatives à la santé des citoyens. La santé au travail s'adressant à une population particulière est une partie de la santé publique ;

d'autant plus que, par les nuisances que les conditions de travail imposent à l'environnement, la population touchée dépasse l'enceinte de l'entreprise. Thomas Le Roux, dans le livre « Santé au travail, entre savoirs et pouvoirs » note au XIX^e siècle, que le conseil de salubrité publique, s'intéresse à la santé des ouvriers des fabriques insalubres mais rapidement cette institution est l'objet de conflits d'intérêt et impute déjà les atteintes à la santé des ouvriers aux mauvaises habitudes de vie et d'hygiène plutôt qu'aux produits manipulés. Actuellement nous assistons à un retour de ces orientations avec l'introduction dans les missions des médecins du travail la lutte contre les addictions, et la mise en cause systématique des comportements des salariés lors des accidents du travail.

I-1.e - Inégalités sociales de santé :

Dans les études statistiques les indicateurs de santé montrent qu'il existe des différences notables suivant les catégories socioprofessionnelles. L'espérance de vie des ouvriers accuse un déficit par rapport aux cadres : l'écart d'espérance de vie entre les hommes cadres et ouvriers est de 6,3 années, il n'est que de 3,0 ans chez les femmes ; ces écarts sont stables depuis la période 76/84 jusqu'à la période actuelle (2000/2008). Si on considère l'espérance de vie sans incapacité, la différence est encore plus grande : un cadre supérieur à 35 ans peut espérer vivre encore 46,6 années dont 73 % en bonne santé alors qu'un ouvrier du même âge n'a que 40,9 années devant lui dont seulement 60 % en bonne santé. Les ouvriers subissent donc une double peine. Pour les femmes, si l'écart d'espérance de vie est moindre entre ouvrières et cadres, le % de cette espérance de vie sans incapacité varie entre 70 % pour les cadres et 55 % pour les ouvrières.

I.1.f - Rôle du travail dans ces inégalités :

Annette Leclerc⁽¹³⁾ directrice de recherche à l'unité 687 de l'Inserm à Villejuif, dans un colloque sur la réduction des inégalités sociales de santé étudie la cohorte « GAZEL », écrit ceci :

¹³ « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé » avec Monique Kaminski et Thierry Lang, elle a publié en 2008 « Inégaux face à la santé, du constat à l'action », aux éditions La Découverte - Inserm.

« Ainsi, il apparaît s'agissant des lombalgies que les écarts entre ouvriers et cadres disparaîtraient à 73 % si tous étaient à égalité en matière d'exposition.

Les expositions les plus susceptibles de contribuer à des inégalités sociales de santé sont les suivantes :

- expositions à des cancérogènes ;
- à des facteurs physiques ;
- à des contraintes ergonomiques ;
- à certains facteurs psychosociaux ;
- à des facteurs liés à l'organisation du travail et au statut d'emploi.

Il est certain que des actions relevant de la sphère travail contribueraient à réduire les inégalités sociales de santé :

- réduire les expositions professionnelles ;
- améliorer le statut dans l'emploi ;
- favoriser l'accès au travail et le maintien dans l'emploi avec des conditions de travail adaptées ».

I-2 Médecine du travail /santé au travail

I-2.a - Origine de la médecine du travail :

La médecine du travail est née au XVIII^e siècle pour permettre aux patrons de trouver une population d'ouvriers en suffisamment bon état pour travailler (le rapport Villermé en 1840 fait état d'un très mauvais état de la population) et de se protéger lorsque les ouvriers les attaquaient suite à des accidents de travail. Il y a toujours une stratégie ambivalente du patronat qui se poursuit jusqu'à ce jour :

- Mettre en place une prévention théorique destinée à détourner l'attention de la puissance publique (vous avez sûrement mieux à faire par ailleurs, nous nous occupons de ça !)
- Faire porter la responsabilité de l'échec de la prévention aux victimes (ils ne respectent pas les consignes !), sélectionner à l'embauche et mettre hors de l'entreprise les inemployables.

Les guerres sont l'occasion de structurer ces services par les besoins des industries de guerre et le manque de main d'œuvre. Pendant la 2^e guerre, le pouvoir de Vichy met en place les services de santé au travail dans toutes les usines ; l'inconscient collectif semble ne pas s'être débarrassé de ce souvenir.

En 1946, le 11 octobre, sous l'impulsion de Marcel Paul et Ambroise Croizat, est réorganisée la médecine du travail. Jusque dans les années 60, elle reste une médecine de sélection (ce qui ne provoque pas de réaction dans une période de plein emploi), « qui protège les employeurs des charges de la réparation des AT puis de MP et qui est à ce titre bien plus centrée sur les travailleurs que sur les lieux et les conditions de travail ». 1969 voit l'introduction des actions en milieu de travail : l'observation des conditions de travail se fait sur le poste ; mais c'est rapidement la pénurie des médecins qui s'installe.

I-2.b - Démédicalisation (plus particulièrement dans les Services Inter entreprises) :

Pascal Marichalar souligne dans un article de Politis intitulé « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », la volonté constante du CNPF et de l'UIMM puis du CISME d'écarter les médecins des entreprises et de réduire leur indépendance. Déjà à cette époque, « le SNPMT milite pour une refonte de l'organisation des services, son représentant estimant en effet en 1973 que « l'organisation des services médicaux repose sur une *hypocrisie* : il ne suffit pas de reconnaître aux médecins une *indépendance professionnelle purement nominale* (certains même diront encore plus restrictivement *indépendance technique*) si on ne limite pas de façon efficace leur dépendance sur les plans économique, administratif et disciplinaire ». Le médecin se trouve dans une position qui peut effectivement être très inconfortable s'il est isolé ; intervenant dans un champ de conflit social, il peut avoir accès aux causes des altérations de la santé et doit alerter les salariés et les employeurs ; il est confronté à la volonté des employeurs de cacher ces causes et à la crainte des salariés de perdre leur emploi et donc de minimiser ou même d'occulter les risques même s'ils sont majeurs. Les employeurs veulent éviter que les médecins continuent de mettre en lumière ces agissements surtout au moment où les organisations du travail deviennent de plus en plus pathogènes. Actuellement, la volonté du CISME s'exprime dans l'orientation des négociations ; sous le prétexte d'une pénurie de médecins, (qui est de fait organisée de longue date) et s'appuyant sur la diminution de l'offre médicale, cette instance pousse à la substitution des médecins par diverses professions ; il orchestre la mise en place des infirmières (pour lesquelles aucune spécialisation n'est exigée), de médecins au rabais (collaborateurs médecins sans diplôme avec une formation de 15 jours proposée par leur organisme de formation). Le nombre de médecins du travail en France se situe autour de 6000 dont le tiers arrive à l'âge de la retraite dans les 5 ans ; dans mon service, pour le même nombre de salariés suivis (40 000 environ) le nombre de médecins est passé de 17 à 11 en 3 ou 4 ans et peut-être à 8 en 2013. Dans ces services, la tâche devient impossible et pousse les médecins vers la sortie : les anciens en arrivent à jeter l'éponge dès qu'ils le peuvent et les jeunes regardent vers les services autonomes où l'effectif suivi peut être 4 ou 5 fois moins important.

I-2.c - Pluridisciplinarité :

La pluridisciplinarité est intégrée dans les services de santé au travail à l'occasion de la transcription de la directive européenne de 1989. Celle-ci distinguait clairement les 2 aspects : gestion des risques (art. 7 : protection et prévention avec des salariés désignés par l'employeur) et surveillance de la santé des salariés (art. 14 : Pour assu-

rer la surveillance appropriée de la santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, des mesures sont fixées conformément aux législations et/ou pratiques nationales).

La transcription s'est faite dans la loi de modernisation sociale en 2002, elle prévoyait :

1. Nécessité de compléter les compétences des MDT
2. Dans le domaine de la santé au travail
3. Dans l'esprit de la circulaire européenne de 1989
4. Garantissant l'indépendance des MDT et des IPRP.

La mise en œuvre s'est faite avec la publication des décrets après le changement de mandature. Le décret (2004) institue :

1. Initiative exclusive des SST pour la mise en œuvre
2. Statut d'indépendance non explicite pour les IPRP
3. Difficultés de contrôle social effectif
4. Possible confusion entre prévention du point de vue de la santé et gestion des risques

L'équipe pluridisciplinaire est utilisée par les services comme faire valoir ; c'est le moyen de donner l'impression aux entreprises qu'on leur donne quelque chose en échange de la cotisation puisqu'il y a moins (quand il y en a encore !) de visites médicales systématiques. Parfois des secrétaires sont propulsées Assistantes en Santé au Travail après une formation minimaliste et envoyées pour faire les VRP du service. Certains services de santé au travail ont mis en place un service technique d'IPRP totalement déconnecté des médecins qui ignorent même quand ceux là interviennent dans leurs entreprises et ne sont pas destinataires des conclusions ! Lorsque les médecins arrivent à tenir le cap, il peut y avoir des actions intéressantes mais le manque de médecin rend totalement illusoire pour l'avenir l'efficacité de cette surveillance. Les IPRP n'étant plus sous la responsabilité du médecin se trouvera exposé aux exigences des directeurs et donc des employeurs. L'issue risque d'être : se taire ou partir.

I-2.d - Réforme 2011 :

La dernière réforme de la médecine du travail a été fortement critiquée par les médecins de la CGT et le collectif avait adressé au gouvernement une demande de suspension des décrets d'application avant la mise en place au 1^{er} juillet avec l'argumentaire détaillé. Sous prétexte d'adapter la médecine du travail aux réalités actuelles, les différentes réformes traduisent en fait les stratégies collectives des employeurs pour se prémunir contre les risques juridiques (lié à l'obligation de sécurité de résultats pour la protection de la santé) et assurantiels (par le risque d'augmentation des primes d'assurance si un risque n'est pas pris en compte) que peuvent occasionner les actions des médecins. La pénurie de médecins sert de

justification à ces réformes, la gouvernance des services de médecine du travail confiée dans un cadre exclusif ou majoritaire aux employeurs est le moyen de ces stratégies. Comment imaginer qu'un employeur, enfermé dans une logique économique, contradictoire avec l'obligation de sécurité de résultat, notamment dans un contexte concurrentiel exacerbé, mette en place et gouverne, loyalement, une institution dont l'une des fonctions est de constater la réussite ou l'échec de cette obligation ?

Ces stratégies des organisations d'employeurs cheminent depuis 2000 avec plus ou moins de bonheur mais avec constance et leur aboutissement est constitué par la loi de juillet 2011 et les deux décrets de janvier 2012 qui sont applicables le 1^{er} juillet 2012. La loi de juillet 2011 a été imposée, contre l'avis de l'opposition, par une majorité dévouée à la cause des employeurs. Elle entérine les stratégies de ces derniers :

- La gouvernance des services de santé au travail demeure dans l'escarcelle des employeurs par l'artifice de la voie prépondérante du président employeur.
- Dans les services dépendant directement de l'entreprise (SST autonomes) le médecin est directement sous la subordination de l'employeur alors que son indépendance n'est plus garantie que formellement et son rôle laissé à son appréciation.
- Dans les services dépendant d'associations d'employeurs (SST interentreprises), c'est le directeur du service qui organise les missions, sous la houlette du conseil d'administration contrôlé par les employeurs. Le médecin du travail « anime » une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est composée principalement d'une équipe médicale qui relève des dispositions du code de la santé publique. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire se substituent au médecin du travail, soit dans ses activités cliniques individuelles, soit dans son action en milieu de travail.
- Alors qu'il devrait assumer en partie un rôle d'ordre public social qui relève de la mission régaliennne de l'état, cette loi assigne au médecin du travail, une position périphérique qui vise à l'éloigner des structures de contrôle, au profit de ceux qui sont responsables putatifs des atteintes à la santé des travailleurs au travail, les employeurs. Les interlocuteurs de la puissance publique ne sont plus les médecins du travail mais les responsables employeurs des services « de santé au travail ».
- Le rôle des services n'est plus seulement lié à celui des médecins du travail mais concerne également des missions « d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité ». Cette confusion brouille la nature et l'exercice des missions dévolus au médecin du travail.

Les deux décrets de janvier 2012, dont l'un n'a même pas été visé par le Conseil d'État, ont été rédigés dans la précipitation, comme en témoignent de nombreuses imperfections de rédaction. Ils relèvent du même esprit que la loi et en majorent les aspects les plus négatifs :

- Contrairement à la situation antérieure, le silence de l'administration sur le dossier d'agrément du service vaut dorénavant accord.
- Dans les services interentreprises, c'est l'équipe pluridisciplinaire qui se substitue au médecin du travail dans de nombreux domaines.
- La périodicité des visites est encore augmentée. Notamment pour les visites de surveillance médicale renforcée, non seulement leur périodicité est portée à 24 mois mais la liste des risques professionnels qui l'impliquent a été scandaleusement minorée.
- Les visites de reprise après maladie ou accidents du travail ne surviennent plus que pour des durées d'arrêt très longues.
- La substitution du médecin du travail par d'autres professionnels, notamment par des médecins sans titre de spécialité, ni compétence et au statut précaire, prive le médecin du travail d'une partie de la visibilité et fait assumer à d'autres professionnels des missions pour lesquelles ils n'ont ni la compétence, ni les moyens, ni l'autorité nécessaires. Il en résulte des moyens inadaptés aux missions des médecins du travail.

Le seul élément positif de la loi qui réaffirmait le rôle d'alerte du médecin du travail et lui confiait l'établissement ou la conservation de la traçabilité individuelle et collective des expositions professionnelles et de leurs effets, dans le cadre de son rôle de surveillance de la santé, est sapé dans les décrets, par le siphonage des moyens de leur visibilité.

I-3 Prévention médicale/gestion des risques

La distinction entre ces 2 notions ne semble pas évidente. Le but est toujours, au premier abord, de faire en sorte que les salariés se portent mieux ; au travail ou dans leur travail ou à cause de leur travail ou malgré leur travail ? On voit déjà que lorsqu'on veut préciser les choses, on ne sait plus comment les dire.

Par expérience nous savons aussi que tout ce qui est mis en place dans l'intérêt des salariés, si ça ne coïncide pas avec l'intérêt des employeurs ou s'il n'y a pas une lutte constante pour conserver cet avantage, est constamment repris à son avantage par la classe dominante. Il en est donc ainsi pour ce qui touche à la santé au travail des salariés (et même de certains non salariés) : le rapport Villerme voit le jour car le capital avait besoin

de main d'œuvre en bon état qu'elle ne trouvait pas, de même pendant les périodes de guerre (rareté de la main d'œuvre) ; actuellement l'introduction des IPRP procède de la même logique.

I-3.a - Prévention médicale :

Elle relève donc d'une mission régaliennne ; celle-ci était jusqu'à présent confiée au médecin du travail qui en assumait la responsabilité en personne. Pour être schématique, il s'agit d'éclairer, de mettre en lumière ce qui, dans le travail, pose un problème pour la construction de la santé d'un individu, de repérer tout ce qui, dans le cheminement personnel du sujet qu'est la santé, fait obstacle à cette progression. Le rôle du médecin du travail, et de l'équipe pluridisciplinaire en prévention de la santé au travail, est de poser ces problèmes de façon individuelle et collective, dans la consultation individuelle et dans les instances représentatives des salariés. La prévention médicale ne peut pas être la sélection des salariés aptes à supporter des conditions de travail délétères (ce qui est plus souvent une « aptitude » économique que médicale : des salariés sont déclarés aptes plus parce qu'ils ne peuvent faire autrement pour survivre que parce que leur état de santé le permet). La seule aptitude qui aurait grâce à mes yeux serait l'aptitude d'un poste à recevoir un salarié. Le médecin du travail retrouverait sa véritable fonction de médecin soignant le travail.

I-3.b - Gestion des risques :

Il s'agit là des risques créés par le travail ou plutôt, les conditions de réalisation des tâches contenues dans le travail. Celles-ci sont déterminées par l'employeur en dernier ressort ; il est donc effectivement responsables des risques dans le travail (ce qu'on appelle les risques professionnels de façon très restrictives). La loi prend acte de cela en lui laissant la responsabilité de la gestion des risques encourus lors du travail. La gestion des risques est légalement de la responsabilité pleine et entière de l'employeur.

Les éléments selon lesquels l'employeur se détermine sont de plusieurs natures :

- L'état des connaissances : il est donc important de lui faire connaître l'avancement des connaissances sur ce sujet, et surtout de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'obstacle au développement des connaissances et à leur diffusion ; les lobbies industriels, les conflits d'intérêt sont autant d'obstacles à dévoiler et à combattre.
- Les possibilités techniques et organisationnelles du travail : il est actuellement impossible de supprimer le travail de nuit des personnels hospitaliers ou des transports longues distances. Supprimer le travail sur l'amiante paraît difficile tant que les désamiantages ne sont pas terminés.

- La réglementation : tant que les données de la connaissance ne sont pas traduites en textes réglementaires contraignants, elles sont difficiles à mettre en œuvre. Pour cela il faut en plus un corps de contrôleur et d'IT en mesure de faire respecter « l'effectivité de la loi » comme c'est dit dans le plan santé travail.
- Le rapport de force
- Le coût, son intérêt financier

Actuellement, la gestion des risques s'apparente plutôt à une gestion du risque financier de façon assurantielle : cette gestion consiste à mettre en place ce qui est réglementairement obligatoire et autant que possible à contourner au maximum ce qui peut l'être afin de ne pas payer de pénalité, de ne pas augmenter la cotisation AT/MP. Il s'agit de « gérer » en pesant le risque (ou l'avantage) financier en améliorant ou non les conditions de travail. Les CHSCT en viennent souvent d'ailleurs à se battre sur ce terrain là ; cela peut être un outil si on ne perd pas de vue l'essentiel pour tomber dans la gestion du risque avec l'employeur.

I-3.c - Passage de la prévention à l'aide à la gestion des risques :

La médecine du travail a été créée en même temps que la Sécurité sociale pour « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Il ne s'agissait pas simplement d'éviter les accidents et leurs conséquences pour la santé c'est-à-dire les atteintes à la santé mais même les altérations de la santé, ce qui comprend tous les dysfonctionnements qui adviennent avant toute atteinte alors que la personne est encore en « bonne santé » mais n'est plus sur ce cheminement ascendant vers son épanouissement. Si Marcel Paul et Ambroise Croizat ont créé 2 institutions, ce n'est sûrement pas un hasard : la santé au travail avait bien une place à part dans la conception des institutions mises en place pour que la population accède à un meilleur état de santé.

Dès les premières années, la Sécurité sociale a été attaquée et édulcorée, affaiblie avec la confiscation par la classe dominante (État et employeurs) de la gestion au service des assurés. La médecine du travail n'a pas eu droit, de la part de la classe ouvrière, au même engouement ; les travailleurs n'ont pas su se saisir de cette institution ; situation qui d'ailleurs persiste encore de nos jours. Dès la mise en place, les employeurs en ont fait une institution à leur mesure profitant de l'attribution de l'organisation et de la gestion des services. Le contrôle social censé contrôler les actions des services n'a jamais fonctionné, pour le moins dans les services interentreprises, qui concernent la plus grosse partie des salariés. Les employeurs ont donc organisé les services à leur service, accentuant ainsi l'impression que les médecins du

travail étaient du côté des employeurs. Or, sociologiquement, les médecins ont une culture plus proche de celle des employeurs que de celle des ouvriers et peuvent ainsi en partager les conceptions si une réflexion sur le métier ne vient pas perturber cette logique.

Si les années 70 ont vu se développer une médecine plus à l'écoute du travail avec le développement de la clinique médicale du travail, l'introduction des actions en milieu de travail, cette embellie n'a pas duré : avec la montée du chômage, les luttes pour l'emploi se sont substituées à l'analyse du travail. Les employeurs en ont profité pour avancer leurs propositions. Les médecins devenant trop inquisiteurs sont renvoyés à leurs consultations en substituant la présence des IPRP à celle des médecins, mais comme c'est encore trop, il faut brouiller les pistes en évitant toutes les rencontres entre médecins et salariés qui n'auraient pas pour finalité de savoir si le salarié peut occuper le poste défini par l'employeur.

Pas de visibilité sur les risques signifie pas de risque. Pour parachever l'ouvrage, les dernières réformes ont introduit dans le code du travail un chapitre sur l'« Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ». La pénurie organisée des médecins a permis ainsi de passer de la prévention pour la santé à la gestion des risques pour l'employeur. Alors que la responsabilité des médecins consistait à mettre en lumière le lien entre le travail (et les conditions de sa réalisation) et les difficultés de construction de la santé, il va partager avec le service, la responsabilité de la gestion des risques. Actuellement les 2 fonctions coexistent dans les textes mais les médecins se trouvent en très grande difficultés pour assumer la fonction de prévention pour la santé.

II. Place de la santé au travail dans les organisations politiques de gauche et les organisations syndicales

II-1 Lutte pour l'emploi contre réflexion sur le travail

La société depuis les dernières décennies subit une mutation considérable qui touche tous les domaines. Le développement des sciences donne le sentiment d'un monde sans limites, on arrive à un monde virtuel tellement rapide qu'on perd de vue la réalité de ce qui se passe derrière les milliers d'opérations à la seconde que permet l'informatique. Dans le même temps on assiste à la financiarisation du monde économique qui éloigne de la réalité de l'entreprise et du travail concret mais aussi de la finalité du travail : le produit fabriqué, sa qualité, l'usage qui en sera fait n'intéressent plus celui qui est à l'autre bout de la chaîne ; il n'y a plus là que des chiffres et des tableaux de bord qui ne sont interprétés que dans le sens du bénéfice financier. La réalité du monde de l'entreprise disparaissant, la notion de collectif disparaît aussi, l'indi-

vidualisme procède à mon sens de la même logique. Le développement du capitalisme conduit dans cette période au chômage de masse que nous connaissons. Associé à la perte du sens du travail et à l'individualisme, la réflexion sur le travail (qui nécessite une réflexion collective) a été remplacée par la lutte pour l'emploi (qui est une relation individuelle) ; l'emploi devenait la première préoccupation et tant pis si le travail effectué dans l'emploi occupé n'avait plus de sens, il permettait de manger (mais au prix d'un renoncement à son propre développement, donc au prix de sa santé) ; il faut noter que l'absence d'emploi et donc de revenu est encore plus coûteux pour la santé ; donc l'emploi est devenu l'urgence sociale, malheureusement la réflexion sur le travail en a fait les frais.

II-2 Protection sociale/santé au travail

II-2.a - Une spécificité mal évaluée :

La santé au travail et la médecine du travail sont des objets très mal connus. La plupart du temps, les salariés pensent que le médecin est là pour les soigner. Le reste de la population n'ayant le plus souvent même pas l'idée de l'existence de cette spécialité. Pour certains le médecin du travail est à peine médecin ou médecin n'ayant pas réussi à faire autre chose de mieux. Pour clarifier les choses d'emblée, le médecin du travail est un spécialiste dont la formation nécessite comme pour les autres spécialités 12 ans d'étude après le bac. Au moins jusqu'à présent puisque les employeurs se proposent de former des généralistes en 15 jours (au lieu de 4 ans) pour occuper les postes laissés vacants par l'absence de médecins !

La médecine du travail est donc à partir de là classée dans la protection sociale. Cependant la spécificité de la médecine du travail est qu'elle n'a pas pour objet le sujet (malade ou non) mais le travail ; pour être schématique, le médecin du travail (même associé à l'équipe pluridisciplinaire) soigne le travail pour qu'il ne nuise pas à l'Homme au travail. La consultation en médecine de soin permet d'accéder à un diagnostic qui est un état du sujet ; la consultation de médecine du travail, associée aux observations sur le poste, permet d'accéder à la réalité du travail qui est extérieure au sujet ; elle permet aussi au médecin ainsi qu'au sujet, d'accéder au vécu du travail, pour comprendre les ressorts qui conduisent à des altérations ou des atteintes de sa santé, le but étant alors de lui permettre de reprendre la main pour redevenir acteur et reprendre le chemin de la construction de sa santé. Nous voyons donc que la santé au travail, si elle est une partie importante de la santé publique qui justifie que le plan santé/travail soit inclus dans le plan de santé publique, elle a un objet spécifique qui justifie qu'elle dépende du ministère du travail. Elle mérite de toute façon une place à part de la médecine de soin ou de prévention en santé publique pure.

II-2.b - Manque d'implication des organisations politiques et syndicales :

Pour ce qui est du PCF ou du Front de Gauche, sans avoir fait un inventaire exhaustif des publications, peu d'articles s'intéressent à ce sujet. Les articles de *l'Huma* traitent ce thème plutôt sous l'angle de la nécessité d'améliorer la réparation, d'améliorer les conditions de travail ; mais l'acte de travailler, sa finalité, sa place dans la vie d'un être humain (en dehors du fait que ça lui apporte un salaire et donc les moyens de survivre) n'est pas abordé souvent. Il est nécessaire que ce sujet soit l'objet d'une réflexion politique mobilisant des compétences diverses (autant philosophiques que sociologiques) pour analyser ce que signifie aujourd'hui le travail, sa place pour l'homme et pour la société.

Dans les organisations syndicales, le niveau de réflexion semble souffrir de la même faiblesse ; peut-être constate-t-on un retour du travail dans l'action de la CGT avec l'action menée chez Renault. Reste à voir les suites et si les organisations de base s'en saisissent. La direction confédérale de la CGT envisage le rattachement de la santé au travail aux CARSAT. A priori le choix peut paraître logique ; c'est oublier que la CARSAT agit en tant qu'assureur et la logique est donc financière ; d'autre part c'est oublier aussi que les CARSAT sont sous la tutelle d'un faux paritarisme qui met en permanence l'intérêt des salariés en difficulté. Il existe un collectif de médecin CGT qui tente d'apporter des arguments pour impulser une réflexion sur le travail et les services de santé au travail mais il est peu entendu. Le rapport signé par Christian Delacherie pour le Conseil Economique et Social était loin d'apporter des solutions aux problèmes des services de santé au travail et a servi d'argument aux employeurs dans les services pour la mise en place de la réforme.

Pour les autres confédérations syndicales, même les médecins que je peux rencontrer dans les négociations de branche sont au niveau de la réflexion sur le travail ; ils ne distinguent même pas la prévention pour la santé de la gestion des risques pour les employeurs ; l'amalgame avec la santé publique ne les fait pas tiquer et qu'un service de santé au travail mène une action sur l'obésité en prenant comme axe la diététique et l'activité physique sans se poser la question de l'influence des horaires décalés ne les fait même pas réagir. On voit bien dans ces conditions que la réflexion des salariés a du mal à trouver sa voie.

III Pourquoi redonner une place centrale à la santé au travail ?

III-1 Améliorer le travail c'est améliorer l'emploi

Améliorer le travail, dans le sens de la santé, signifie lui redonner un sens, une finalité appropriable par cha-

cun. Chacun doit pouvoir se réaliser dans son ouvrage, en faire son œuvre (au sens artistique ou artisanal du terme), en percevoir l'utilité sociale et se savoir reconnu par le reste de la société (jugement d'utilité) et par ses pairs (jugement de beauté).

Pour cela il est nécessaire de disposer de temps :

- pour réaliser la tâche suivant les règles de métier partagées
- pour échanger et construire les règles de métier
- pour laisser à l'organisme les temps de repos nécessaires d'abord pour éviter les altérations physiques (TMS) ensuite pour le développement personnel et la vie sociale.

Si cela peut rappeler l'idée de partager le travail, on voit que c'est loin d'être le partage de l'emploi proposé en son temps par le gouvernement socialiste. Il s'agit non pas du partage d'un gâteau au goût amer mais d'une fête. C'est un travail qui n'est pas pour soi, pour en tirer de quoi vivre mais un travail qui est inclus dans la société, qui est un don de soi, un partage.

Ces évolutions du travail nécessite de passer :

- une diminution de la pression temporelle sur les salariés
- la fin de l'intensification du travail
- la fin de la densification des postes
- l'arrêt du morcellement des tâches qui font perdre le sens de l'ouvrage
- la création d'espaces de parole sur le contenu et la finalité du travail avec du temps alloué.

Donc ça passe obligatoirement par la création d'emploi. Et la libération bien entendu de l'aliénation capitaliste ! J'ajouterai que la recherche sur le sujet ainsi que pour le développement des services de médecine du travail nécessite aussi la création de postes.

III-2 L'Humain d'abord

Si l'Humain est au centre de la construction de notre visée, le travail, objet central dans la construction de l'individu et de la société ne peut être qu'au centre de nos préoccupations politiques. Le travail concerne tous les domaines de la vie de l'individu : le faire (l'action de production), l'avoir (ce que permet la rétribution du travail au plan matériel et symbolique) et l'être (le statut social). Le travail non aliéné et non aliénant, c'est-à-dire où chacun est en capacité et en responsabilité de ses actes, où chacun peut se sentir acteur et constructeur d'un objet socialement utile, est un fondement du vivre ensemble et de la construction des individus. Il n'y a pas de société s'il n'y a pas partage d'activités pour construire un but commun ; le travail doit donc reprendre sa place et sa vraie valeur dans la société.

III-3 Quel devenir pour la médecine du travail ?

La médecine du travail doit être repensée dans un projet global de société. Partie prenante de la santé publique elle ne doit pas s'y fondre car son objet n'est pas le même. Les réformes qui se sont succédé n'ont pas apporté l'efficacité qui était promise ; au contraire elle a été éloignée de ses buts. La question pourrait donc se poser à terme se savoir si une réforme suffirait ou s'il faut la reconstruire sur les ruines actuelles. Le détournement de la médecine du travail vers l'aide à la gestion des risques pour les employeurs répond très certainement à un besoin pour les TPE et même certaines PME. La création de 2 services distincts pourrait être une solution ; sans empêcher les échanges entre les 2 services, cela clarifierait les positions et permettrait aux médecins appuyés par l'équipe pluridisciplinaire de se préoccuper uniquement de prévention pour la santé alors que le service de prévention des accidents et de gestion des risques s'occuperait de satisfaire aux obligations légales de l'employeur.

Ce qui paraît légitime de conserver, c'est le financement par les employeurs : étant à l'origine des risques et étant juridiquement responsables de la prévention, il est légitime qu'ils financent le service qui peut les éclairer sur la réalité des risques.

La pluridisciplinarité doit aussi être conservée et même étoffée par des spécialités moins habituelles (comme la sociologie, l'économie) en assurant l'indépendance professionnelle de chaque membre de l'équipe et l'orientation exclusive vers la prévention pour la santé.

Il convient de maintenir des dispositions concernant le repérage des dangers et des risques, l'alerte et la traçabilité des conséquences individuelles et collectives des risques par les médecins du travail, mais assurées par des moyens de la visibilité et des obligations formelles de traçabilité des expositions par les employeurs et leurs préposés.

Ce qui doit impérativement être réformé c'est la responsabilité de l'organisation : en tant que mission régalienne de l'État, l'organisation des services devrait relever de l'État. La mission de contrôle attribué à la commission de contrôle où siègent les salariés doit être repensée ; les moyens notamment en temps doivent être accordés à ces salariés ; il me paraît logique qu'en tant que bénéficiaires de ces services, les salariés soient au premier plan de leur gestion. Une gestion avec participation des employeurs et de l'État pourrait être imaginée. L'aptitude au poste doit être supprimée car c'est un vecteur d'exclusion ; seule l'inaptitude avec obligation d'adaptation du poste est légitime.

Deux ans de mémorandum et d'une politique de santé sauvage et de classe : Éliminons-les avant qu'ils nous tuent !

**Par le D^r Théodore Zdoukos, Médecin Directeur Général, Section A du Système National de Santé,
membre du Conseil Général de l'Organisme de Médecins Hospitaliers et du Centre Médical Social
de la Solidarité de Thessalonique**

NDLR : Traduction : Frédérique Bouvier

Le droit à la santé est celui qui a été le plus attaqué par la politique du mémorandum et les décrets d'application qui en découlent, en comparaison avec tous les autres domaines de la lutte des classes.

Et ceci parce que :

a) Il est totalement prouvé d'un point de vue épidémiologique que la pauvreté généralisée, le chômage, l'insécurité quotidienne, la dissolution des relations de travail et l'oppression des libertés de travail produisent plus de maladie et de mort. On a déjà enregistré dans notre pays une forte augmentation des suicides et des maladies dues à une pathologie dite sociale (abus de substances, alcoolisme, violences domestiques, négligence envers les enfants, maltraitements, traitements, etc.) et il est également connu que dans les pays où le FMI est passé avec des politiques similaires, s'est produit en quelques années seulement une augmentation considérable des taux de morbidité et de mortalité, qui concernait aussi toute la gamme nosologique moderne (infectieuse, cardio-vasculaire et maligne) et qui est marquée par une réduction de l'espérance de vie semblable à celle de l'époque des guerres mondiales.

b) Le système public des services de santé a été réduit et démantelé à un tel degré que, de fait, a été aussi aboli le droit à un accès libre et gratuit aux soins pour la plus grande partie de la population, alors que les non-assurés sont désormais légalement dans l'obligation de payer de leur poche l'ensemble des coûts des services qui leur sont dispensés par le Système National de Santé tandis que les assurés sont appelés à payer, de plus en plus souvent et de plus en plus cher, dans les hôpitaux, là où ils sont dispensés, des tests de laboratoire coûteux et des actes médico-hospitaliers ainsi que les soins de base qui désormais ne sont plus pris en charge par leurs Caisses. Avec la Caisse Unifiée de Sécurité Sociale et de Retraites (EOΠYY) par contre, s'est produit une unification vers le bas des branches de santé des Caisses, puisque beaucoup moins de médecins conventionnés, rétribués beaucoup plus fai-

blement et soumis à un régime beaucoup plus étouffant, bureaucratique et anti-scientifique, sont appelés à fournir des soins médico-pharmaceutiques de base à des assurés beaucoup plus nombreux et pour lesquels le financement global de toutes les prestations a diminué de moitié : tout le EOΠYY reçoit de l'État la moitié de l'argent qui était donné précédemment uniquement à la Caisse de Sécurité Sociale des Employés du secteur Privé. Or les derniers arrangements en matière de médicaments vont conduire une grande partie des assurés à les payer aussi de leur poche (s'ils en ont la capacité), dans leur tentative d'éviter d'être victimes d'effets secondaires dangereux ou d'échec thérapeutique dû à une contrefaçon de qualité douteuse que l'État lui-même les oblige à prendre, simplement parce que c'est moins cher. Bien sûr Loverdos et ses riches amis conserveront pour eux-mêmes et leurs familles les « maudits » originaux et les génériques sérieux.

Nous vivons donc une barbarie sans précédent : au moment même où pour la large majorité populaire des habitants du territoire, les besoins d'une couverture santé en temps opportun, gratuite et de qualité s'accroissent, justement en raison de la dramatique détérioration des conditions de vie qui augmentent la morbidité globale, le système national de santé, c'est un euphémisme désormais, exclut les non-assurés, c'est à dire les plus faibles, d'une hospitalisation en hôpital public. Les nouveaux frais d'hospitalisation fixes (KEN), prévoient des prix irréalistes jusqu'à 7 fois supérieurs aux anciens, beaucoup plus élevés le coût réel d'hospitalisation et semblables à ceux du secteur privé, afin de les rendre prohibitifs pour un pauvre (parce que les non-assurés sont pauvres) à qui on demande de payer intégralement la totalité de son hospitalisation. Or lorsque nous parlons des non-assurés aujourd'hui, il faut savoir que nous parlons de 30% environ de la population du territoire. Alors que tous les chômeurs de longue durée ne perçoivent pas d'indemnités de chômage, tous ceux travaillant à temps partiel ou au noir et qui n'ont pas le minimum d'heures de travail (i.e. qui n'ont pas au moins 60 vignettes de cotisations)

requis par la loi pour avoir un livret d'assuré, tous ceux qui ne peuvent pas payer à la Caisse de petits Artisans et Commerçants parce qu'ils ont fermé leurs commerces ou qui sont au bord de la faillite et qui sont dans l'impossibilité de donner 870 euros tous les deux mois, un grand nombre d'ingénieurs au chômage et de professions libérales, et naturellement les immigrés sans-papiers et tous les patrons qui les emploient au noir, toutes celles et tous ceux-là n'ont pas de carnet de santé et ne remplissent pas non plus les conditions pour bénéficier d'une Caisse de Prévoyance.

La mise en œuvre de politiques néolibérales depuis le début des années 90 a conduit avec ses faiblesses et ses contradictions initiales à un démantèlement progressif du EΣY. Sous la pression pour l'adaptation financière et avec comme souci central les déficits des hôpitaux, la discipline financière et la nécessité d'équilibrer les budgets, dans l'argumentaire gouvernemental autant de la droite classique que de la social-démocratie en mutation, on a entrepris la déstructuration idéologique du système public de santé considéré comme contre-productif et inefficace tout en commençant à le sous-financer en le privatisant.

Ainsi déjà avant la soumission au FMI et à la politique des mémorandums, en accord avec les éléments fournis par l'OCDE lui-même et l'Eurostat, la Grèce était le premier pays avec des dépenses de santé catastrophiques, c'est à dire avec des ménages faisant faillite car impuissants à faire face aux dépenses de soins, le budget public régulier pour la prévoyance-santé en était encore à seulement 6,5 % du total, contre 12,5 % en moyenne dans les pays de l'UE, 6 % du revenu familial en Grèce contre 2 % dans l'UE allaient à des dépenses médico-pharmaceutiques et le rapport des dépenses de santé entre secteur public et secteur privé était de 47 % contre 53 %, de loin le pire de tous les pays de l'OCDE et pas seulement de l'UE. En vérité les organismes eux-mêmes soulignaient dans leurs rapports la nécessité de renforcer le secteur public de santé, malgré le fait que dans d'autres domaines (par exemple, les conditions qui régissent les relations de travail) leurs positions et leurs directives étaient réactionnaires. Avec le début du programme de stabilisation, tout change comme par magie. Soudain, tous les milieux bourgeois, étrangers et locaux, découvrent que nous dépensons beaucoup pour le EΣY et qu'il doit y avoir des restrictions drastiques à tous les niveaux.

Nous distinguons 4 phases dans la politique appliquée par le gouvernement et les créanciers, qui s'est traduite explicitement dans les deux mémorandums et leurs différentes mises à jour :

*** 1^{re} phase, les 9 premiers mois de 2010 :**

a) 60 % de coupe dans les dépenses de fonctionnement du EΣY qui le conduit à un effondrement fonctionnel immédiat (pénurie sans précédent de matériels, diminution du nombre d'actes chirurgicaux et médicaux, alors que l'on enregistre simultanément une augmentation de 25 % des admissions)

b) une journée entière de consultations privées dans les dispensaires, que paieront les patients, et dont une disposition législative prévoit que les revenus serviront à payer les heures supplémentaires du personnel

c) des coupes dans les programmes des services de garde et dans la rémunération des personnels de santé

d) la loi Xenogiannakopoulou qui, dans son article 26, prévoit ouvertement la fermeture des hôpitaux sur simple décision ministérielle.

*** 2^e phase, de septembre 2010 à avril 2011 :** l'arrivée de Loverdos à la tête du ministère de la Santé, s'est accompagnée d'une intensification du mécanisme d'encaissement du EΣY auprès des patients, comme le prévoyait le Mémorandum actualisé en août. Établissement d'un forfait de 3 euros dans les services de consultations externes et même dans les centres de santé où il passe vite à 5 euros, sans que ce soit observé dans la pratique, établissement du paiement par les non-assurés dont nous avons parlé plus haut (à nouveau comme sous Alekos Papadopoulos après une attaque à la Goebbels contre les migrants qui sont pris pour cible à cause du dysfonctionnement et du malaise économique du système) tout comme le paiement (partiel ou total) par les assurés de nombreux actes et examens.

*** 3^e phase, de mai à octobre 2011 :** diminution des structures et du personnel du système public, avec le plan de fusion de 137 hôpitaux en 83, on a entrepris la limitation drastique des postes du personnel titulaire de toutes les catégories et la suppression de milliers d'autres qui fonctionnent actuellement grâce à la réserve, la fermeture de 4 500 lits déjà existants et celle 11 500 autres qui étaient prévus, la suppression d'hôpitaux entiers (psychiatriques par exemple) ou de certains de leurs secteurs, la fermeture d'unités de santé mentale, de structures de prévoyance sanitaire, d'organismes d'aide aux personnes sous addictions, des postes du Premier Secours (ambulanciers) etc.

*** 4^e phase fonctionnelle idéologique, équation morale secteur public-secteur privé :**

a) concession de 556 lits bien équipés du EΣY à des compagnies d'assurances privées à l'usage exclusif de leurs clients puisque ceux-ci paient 20 % de plus les frais d'hospitalisation

b) énorme augmentation des frais d'hospitalisation fixes selon un barème diagnostic et thérapeutique, ce qui signifie exclusion sociale et mort pour le non-assuré, tandis que cela conduit très rapidement à l'effondrement de secteurs d'assurance déjà rongés par la fraude fiscale aux cotisations et leur détournement, la restriction du financement d'état et maintenant des coupes dans le cadre de la réduction des titres de l'État et la mise en place d'une administration commune aux hôpitaux publics et privés.

Donc le démantèlement du système public de santé a commencé dès sa naissance et s'est achevé au fond par sa collusion avec les autorités, la philosophie et le cynisme des entrepreneurs du secteur privé et sous la pression étouffante de la réduction drastique des dépenses publiques. Et sa privatisation, qui a déjà eu lieu en grande partie, en servant le besoin du capital de maintenir sa rentabilité en période de crise et en transformant la santé, un droit social de la plus haute importance et un besoin, en une marchandise.

Pour la grande majorité populaire un rapide renversement de cette politique est à proprement parler une question de vie ou de mort. La gauche doit mettre immédiatement ce renversement au premier plan de son discours public et de ses actions et décrire à nouveau un système de santé complet, universel, de qualité et gratuit pour tous, de la prévention à la guérison.

Note sur la Grande conférence sociale de juillet 2012 : Changement de méthode, mais ambiguïté, contradictions et limites des réformes proposées

Par M^{me} Catherine Mills

La « grande conférence sociale » s'est tenue les 9 et 10 juillet 2012 au Palais d'Iéna, dans les locaux du Conseil économique, social et environnemental. Ouverte par le Président de la République, clôturée par le Premier ministre, elle a réuni plus de 300 participants, représentants des organisations syndicales, des employeurs et des collectivités territoriales. Préalablement, le Président de la République, le Premier ministre et les ministres concernés ont rencontré l'ensemble des huit organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel. Cette conférence sociale se voulait la marque d'un nouvel état d'esprit que prétendent insuffler le Chef de l'État et le Gouvernement dans la conduite des réformes et des relations sociales. La concertation ainsi que les acteurs sociaux et territoriaux du pays sont présentés comme des acteurs du changement et du type de réformes de la nouvelle équipe gouvernementale. Dialogue social, certes, mais aussi volonté d'intégration des syndicats.

D'emblée il est avancé que le contexte d'une crise européenne et mondiale exigerait des solutions nouvelles. Mais comme exemple significatif inquiétant il est déclaré que cela placerait notre modèle social considéré comme protecteur, issu de l'héritage de 1945 et des conquêtes sociales successives, dans une situation paradoxale. D'un côté, les principes et les apports seraient confortés. Mais d'un autre côté, cela «révélerait ses limites et questionnerait son caractère soutenable».

L'objectif de la conférence serait de construire une « feuille de route sociale », pour chaque domaine appelant des réformes, on présente la méthode (concertation préalable à une initiative gouvernementale, négociation entre partenaires sociaux, recours à une expertise préparatoire, etc.) et le calendrier. On viserait un processus dans la durée, un lieu permanent de dialogue, d'expertise et de prospective ouvert à l'ensemble des acteurs sociaux, à l'image du rôle du Commissariat Général du Plan. Cette nouvelle instance sera créée auprès du Premier ministre. Sept tables-rondes, animées par un ministre et un « facilitateur », ont échangé sur les constats, analyses, propositions, méthode et calendrier :

- **Table ronde n°1** animée par Michel Sapin : « Développer l'emploi, et en priorité l'emploi des jeunes » - Facilitatrice : Catherine Barbaroux

- **Table ronde n°2** animée par Thierry Repentin : « Développer les compétences et la formation tout au long de la vie » - Facilitateur : Vincent Merle

- **Table ronde n°3** animée par Pierre Moscovici/Benoît Hamon : « Assurer des systèmes de rémunérations justes et efficaces » - Facilitateur : Jean-Philippe Cotis

- **Table ronde n°4** animée par Najat Vallaud-Belkacem : « Atteindre l'égalité professionnelle et améliorer la qualité de vie au travail » - Facilitatrice : Muriel Pénicaut

- **Table ronde n°5** animée par Arnaud Montebourg : « Réunir les conditions du redressement productif » - Facilitateur : Louis Gallois

- **Table ronde n°6** animée par Marisol Touraine : « Assurer l'avenir des retraites et de notre protection sociale » - Facilitateur : Jean-Baptiste de Foucauld

- **Table ronde n°7** animée par Marylise Lebranchu : « Moderniser l'action publique avec ses agents » - Facilitateur : Bernard Pêcheur

La liste des animateurs et des facilitateurs est à elle-seule éloquentes du type de réformes souhaitées, fondamentalement des réformes social-libérales.

La démocratie sociale est certes affichée... mais au détriment d'objectifs sociaux ambitieux, de la recherche d'une nouvelle politique économique comme d'une nouvelle gestion des entreprises, ainsi que de moyens de financement novateurs. Nous nous proposons de suivre les travaux des différentes tables-rondes, en avançant des propositions alternatives pour contribuer au développement et au succès des luttes

Table ronde 1 : Développer l'emploi, en priorité l'emploi des jeunes

Constats et objectifs :

Face au contexte économique et social particulièrement dégradé, le gouvernement souhaite une mobilisation de l'État, des partenaires sociaux, des collectivités territoriales, de l'ensemble des acteurs concernés, pour développer l'emploi et lutter contre le chômage, cette

mobilisation viserait à concilier compétitivité et progrès social. Des améliorations sont souhaitées sur les dispositifs existants, de nouveaux dispositifs seraient nécessaires. Les acteurs consultés partagent une volonté d'agir en faveur de l'insertion des jeunes, avec un effort particulier pour les moins qualifiés, trop souvent éloignés du marché du travail. La question de l'orientation devra être abordée. Les discriminations de toutes sortes qui pénalisent l'accès à l'emploi et l'égalité dans l'emploi devraient être combattues. Le constat conjoint d'un faible taux d'emploi des jeunes et des seniors appellerait une insertion professionnelle durable des jeunes ainsi qu'un maintien en emploi des seniors jusqu'à leur départ en retraite. Un engagement collectif fort concernerait l'emploi des personnes en situation de handicap. La précarité croissante de nombreux actifs impliquerait d'engager des actions contre « certaines pratiques » et notamment la dualité du marché du travail. Il s'agirait aussi de lutter contre le travail illégal et l'économie informelle afin de mettre fin à des abus inacceptables qui empêchent l'accès aux droits des personnes concernées. Les « mutations économiques » exigeraient l'anticipation et le partage d'informations au sein des entreprises ainsi que l'amélioration des outils permettant aux entreprises de « faire face aux aléas conjoncturels » sans préjudice pour l'emploi et l'activité. Toutes les formes de créations d'emplois devraient être encouragées, sans se limiter aux seuls emplois salariés, notamment la création et la reprise d'entreprises. Le déploiement territorial de la politique de l'emploi et l'articulation à tous les niveaux des interventions des différents partenaires sont considérés comme des conditions de leur efficacité, au croisement entre démocratie sociale et démocratie territoriale.

Chantiers prioritaires, méthode, calendrier :

1) Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes faiblement qualifiés, le Gouvernement engage une consultation des partenaires sociaux et des acteurs territoriaux sur la mise en œuvre des emplois d'avenir, préalablement au projet de loi qui sera présenté dès le mois de septembre. Cela permettrait notamment d'échanger sur les jeunes et les structures concernées, de préciser les voies de mobilisation de la formation professionnelle dans le parcours des jeunes en emploi d'avenir, de clarifier les droits individuels des salariés concernés et de mettre en place des déclinaisons territoriales de la mobilisation pour l'emploi des jeunes. Cela exigerait une articulation avec les interventions définies par les partenaires sociaux dans les accords nationaux interprofessionnels sur l'emploi des jeunes conclus en 2011, cela ferait l'objet d'un point d'étape d'ici à la fin de l'année 2012.

2) Insertion professionnelle durable des jeunes et maintien en emploi des salariés seniors, le Gouvernement invite les partenaires sociaux à négocier au niveau natio-

nal interprofessionnel sur certaines modalités du contrat de génération : gestion des âges dans l'entreprise, mise en œuvre du transfert des compétences, adaptation du dispositif aux différentes tailles d'entreprises, place accordée aux négociations d'entreprises et de branches. Cette négociation sera conduite d'ici la fin 2012, et s'engagera sur le fondement d'un document d'orientation remis en septembre. Elle sera suivie d'un projet de loi instituant le Contrat de Génération. Les régions pourraient travailler de concert avec l'État et les partenaires sociaux à une mobilisation des aides publiques vers les entreprises s'engageant en faveur de l'emploi des jeunes et des seniors.

3) Travailleurs handicapés. Une négociation interprofessionnelle sur l'amélioration de l'accès à l'emploi et à la formation professionnelle des travailleurs handicapés pourrait se dérouler au cours du premier semestre 2013. Le Gouvernement tiendra compte des résultats avant de décider d'un éventuel renforcement des sanctions applicables aux entreprises ne respectant pas les objectifs.

4) Sécurisation de l'emploi, indispensable face à la forte dégradation de l'emploi, les principales victimes étant les salariés précaires et ceux qui sont touchés par des licenciements économiques. Les partenaires sociaux pourraient négocier au niveau national interprofessionnel un volet d'anticipation des évolutions de l'activité avec un renforcement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, une information transparente des représentants du personnel. Une dimension territoriale serait nécessaire. Cela comporterait aussi un volet relatif à l'accompagnement des « mutations économiques », le dialogue social pourrait inciter à des leviers plus efficaces de maintien de l'emploi et de l'activité dans les entreprises rencontrant des difficultés conjoncturelles et ayant besoin d'adaptations (activité partielle, maintien de l'activité et de l'emploi, recours à la formation...), d'améliorer et de sécuriser juridiquement les procédures de licenciements collectifs, d'encadrer les licenciements manifestement abusifs et les obligations liées à des projets de fermeture de sites rentables. Enfin cela pourrait comporter un volet ayant trait à la lutte contre la précarité excessive du marché du travail (contrats précaires, temps partiel voire très partiel subi,...), ainsi qu'à la prise en charge par le service public de l'emploi des publics concernés. Cette négociation pourrait être conduite d'ici la fin du 1^{er} trimestre 2013, sur la base d'un document d'orientation transmis en septembre 2012. L'activité partielle fera l'objet, avant une refonte plus globale dans le cadre de cette négociation, de premières améliorations immédiates dès la rentrée sur la base de l'évaluation de l'accord national interprofessionnel de janvier 2012 et du récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

5) La renégociation de la convention d'assurance chômage : les partenaires sociaux sont invités à tenir compte à la fois de la situation financière du régime, du marché

du travail dégradé et des évolutions des négociations, en particulier en vue de la modulation des cotisations.

6) Un chantier relatif à la sécurisation des parcours professionnels sera ouvert, notamment à partir d'une réflexion sur le compte individuel de formation. Un travail de prospective au printemps 2013 sera confié à un groupe de personnalités comportant des juristes, des partenaires sociaux, des représentants de branches, des DRH, pour formaliser des propositions à l'automne 2013.

7) L'accompagnement vers l'emploi des personnes en situation d'exclusion devrait être amélioré, face à l'augmentation continue du chômage de longue durée. Un travail commun, associerait les partenaires sociaux, les collectivités territoriales, les associations et l'État, en visant la complémentarité des interventions en soutien de ces publics. La grande conférence annoncée par le Premier ministre sur la lutte contre la pauvreté se tiendra à l'automne 2012.

8) Un bilan de l'accord national interprofessionnel de « modernisation du Marché du travail » de 2008 à court terme serait effectué à court terme avec une évaluation au printemps 2013. Le gouvernement propose son appui technique tenant compte des éventuelles suggestions. Une évaluation contradictoire des aides aux entreprises en faveur de l'emploi sera effectuée pour juger de leur pertinence en termes de développement économique et d'emploi. En outre le Gouvernement réunira, dès l'automne 2012, la Commission nationale de lutte contre le travail illégal. Avant la fin 2012, une réunion des partenaires sociaux convoquée par le Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social fera le point des actions engagées.

Table ronde 2 : Développer les compétences et la formation tout au long de la vie

Constats et objectifs :

Le nombre de jeunes entrant sur le marché du travail sans qualification reste trop élevé, il conviendrait d'agir prioritairement en faveur de l'accès à la qualification et de l'insertion professionnelle durable de ces jeunes. Le contexte marqué par l'accélération des « mutations économiques » et la discontinuité croissante des trajectoires professionnelles imposerait de mieux anticiper l'évolution des emplois et des compétences, d'améliorer l'information et l'orientation professionnelle tout au long de la vie, d'articuler mieux la formation professionnelle initiale et la formation continue, et de contribuer à un dispositif d'accès à la formation fluide, qui soit plus attaché à la personne tout en s'inscrivant dans un cadre collectif.

Le renforcement de la lutte contre l'illettrisme et pour la maîtrise des savoirs de base constituerait la condition préalable de la concrétisation du droit à la formation tout au long de la vie.

La bonne articulation des acteurs de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle au niveau des territoires est essentielle pour sécuriser les trajectoires professionnelles, en complémentarité avec les initiatives prises au niveau national, interprofessionnel, de branches et d'entreprises.

Chantiers prioritaires, méthode et calendrier :

1) Un plan d'urgence notamment pour les salariés les moins qualifiés, dans un contexte de dégradation de la situation de l'emploi qui les frappe particulièrement. État, régions et partenaires sociaux devraient se mobiliser.

Ce plan comporterait trois volets :

- une action conjointe visant à diminuer de manière significative le nombre de jeunes entrant sur le marché du travail sans qualification, notamment en renforçant la lutte contre le « décrochage ». Une mobilisation en complémentarité des différentes voies de formation professionnelle, en effectuant un bilan des démarches déjà réalisées, en engageant une réflexion sur un service public de l'orientation au sein des territoires, et en agissant pour concrétiser « le droit à la formation initiale différée ».
- une intervention coordonnée sur le volet « compétences » de l'accompagnement des mutations économiques : dans les entreprises menacées, accompagner les salariés pour les former plutôt que les licencier, préparer leur reconversion en amont d'un risque de licenciement, ou encore accélérer leur entrée en formation dès lors que le licenciement est confirmé.
- une mobilisation sur la formation des demandeurs d'emploi, afin d'améliorer leur accès à la formation et leur offrir davantage d'opportunités de formations conduisant à l'emploi. Le renforcement des liens conventionnels et le développement d'outils partagés entre les Régions et Pôle Emploi viseraient à mieux orienter vers la formation, réduire les délais d'entrée en formation, organiser de réelles complémentarités dans le financement de l'offre de formation. Les principaux organismes de formation des demandeurs d'emploi tels que l'AFPA seraient mobilisés.

Une réflexion serait conduite avec les partenaires sociaux et les Régions pour la mise en place d'un service public de la formation professionnelle. La mobilisation sur ces trois volets serait conduite au niveau national entre État, Régions et partenaires sociaux à l'automne 2012 et mise en œuvre au niveau régional dès le début 2013. Cela pourrait s'articuler avec un bilan des accords nationaux interprofessionnels sur l'emploi des jeunes de 2011 et sur la prochaine convention État-Fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels 2013-2015, qui sera négociée d'ici la fin de l'année dans le respect des prérogatives des partenaires sociaux.

2) Un travail de réflexion sur le « compte individuel de formation » viserait à clarifier ses finalités, les modalités de son abondement, son articulation avec les autres dispositifs dans un souci de lisibilité, de renforcement de l'accompagnement et s'inscrire dans un cadre collectif, avec les structures susceptibles de le gérer. Le lien sera réalisé avec la réflexion relative à la formation initiale différée.

Cette étude, qui envisagera différents scénarios, sera confiée au Conseil national de la formation professionnelle tout au long de la vie, au sein duquel tous les représentants de la table ronde sont représentés. Elle sera finalisée au cours du premier trimestre 2013 et pourra donner lieu ensuite à un texte d'orientation proposé par le Gouvernement et soumis à la consultation au printemps suivant, en premier lieu auprès des partenaires sociaux et des Conseils régionaux.

3) La formation en entreprise: le plan de formation devrait constituer un élément décisif de la stratégie de l'entreprise et de l'anticipation des compétences ainsi que de la sécurisation de l'emploi. On viserait une meilleure articulation entre la négociation prévue dans les entreprises de plus de 300 salariés sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences d'une part et la formalisation des orientations de formation susceptibles de nourrir le plan de formation d'autre part.

4) Une bonne concertation des acteurs et la coordination de leurs interventions respectives, notamment au niveau des territoires, est indispensable. Le Gouvernement souhaite assurer la cohérence entre l'évolution envisagée des dispositifs de formation tout au long de la vie et la nouvelle étape de décentralisation qu'il prépare. Les partenaires sociaux seront associés à l'automne 2012 à la préparation de ce nouvel acte de décentralisation, notamment sur le volet formation professionnelle. Par ailleurs, une simplification de la gouvernance régionale sera conduite, au profit notamment du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle. Un bilan des réalisations engagées au titre du service public de l'orientation sera réalisé à l'automne 2012. Il contribuera aux réflexions sur le nouvel acte de décentralisation sur cette thématique. Les partenaires sociaux souhaitent que, conformément à l'ANI de janvier 2009, le FPSPP puisse demain contractualiser avec les Régions sur les champs de la formation des demandeurs d'emploi, de la lutte contre l'illettrisme et de la gestion des transitions professionnelles.

Table ronde 3 : Assurer des systèmes de rémunération justes et efficaces

Baucoup de mots, de réunions programmées, pour cacher l'essentiel : pas de revalorisation conséquente des salaires et des minima sociaux.

Des constats et objectifs qui se veulent partagés. Il s'agirait d'agir, dans un « contexte économique particulièrement contraint », en faveur d'une dynamique « soutenable » des salaires permettant une juste valorisation du travail et des compétences. Le Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC), en tant qu'élément d'ordre public social, devrait garantir aux salariés dont les rémunérations sont les plus faibles leur pouvoir d'achat et une participation au développement économique de la Nation. Cela sans précision. La place centrale de la négociation collective est réaffirmée – notamment de branche – dans la définition des équilibres salariaux en lien avec la construction des classifications professionnelles et la valorisation des qualifications. Les dispositifs de rémunération liés à la performance de l'entreprise qui occupent une place croissante sans cohérence d'ensemble devraient être repensés à l'issue d'une série d'interventions législatives.

Chantiers prioritaires, méthode et calendrier :

1) Évolution des règles de revalorisation du SMIC. Un groupe de travail interministériel sera constitué. Le Gouvernement présentera un projet de texte avant la fin de l'année, qui sera soumis et débattu avec les partenaires sociaux.

2) Le comité de suivi des négociations salariales de branches, sous la présidence du Ministre chargé du travail, réunira à la rentrée les membres de la Commission nationale de la négociation collective, pour faire le point des négociations dans les branches présentant aujourd'hui un minimum conventionnel inférieur au SMIC et programmer les actions correctrices nécessaires. Le Gouvernement présentera un bilan global de la situation en fin d'année dans le cadre de la procédure de revalorisation du SMIC. Il examinera en concertation avec les partenaires sociaux, les mesures législatives nécessaires concernant l'efficacité réelle des allègements généraux de cotisations sociales. Ce dispositif devra combiner efficacité, incitation mais aussi prise en compte de la situation objective des entreprises. Un comité de suivi, devrait mener un travail sur les trajectoires salariales permises par les grilles conventionnelles et sur les efforts à poursuivre dans la structuration des branches présentant des blocages pérennes de négociation.

3) Une négociation interprofessionnelle en 2013 sur les dispositifs de participation financière et d'épargne salariale. Il s'agirait de les « simplifier », d'en favoriser l'accès aux TPE/PME. Un Conseil d'orientation de la participation, de l'intéressement, de l'épargne salariale et de l'actionnariat salarié (COPIESAS) devrait mener un travail de réflexion. En outre, la prime « dividendes », inefficace sera supprimée.

4) Empêcher les pratiques de rémunérations abusives des dirigeants et renforcer le cadre de la gouvernance d'entreprise, notamment par la participation de représen-

tants des salariés au comité de rémunération. Un projet de loi serait présenté avant la fin de l'année. Les partenaires sociaux dans le cadre de la négociation sur les institutions représentatives du personnel, devraient prendre en compte la transparence des modalités de détermination des diverses formes de rémunération.

Table ronde 4 : Atteindre l'égalité professionnelle et améliorer la qualité de vie au travail

Constats et objectifs :

Des objectifs définis en commun viseraient à mettre fin à la persistance des inégalités professionnelles et salariales entre les femmes et les hommes. Ils porteront sur les causes structurelles des inégalités et sur l'écart persistant de salaire entre les femmes et les hommes, à qualification équivalente. Résorber cet écart, constitue une priorité. L'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail sont des questions de droit mais aussi des facteurs de compétitivité et de performance pour les entreprises. Cet enjeu devrait être intégré, de façon transversale, dans toutes les négociations interprofessionnelles, de branche et d'entreprise. Les participants ont souligné le rôle de la négociation de branche en matière d'égalité professionnelle. La mobilisation en faveur de l'égalité professionnelle devrait en priorité assurer une réelle effectivité du droit ; les lois antérieures sont nombreuses mais leur pleine application bute sur un « triangle de faiblesses » qui relègue l'égalité professionnelle au second plan : faiblesse de l'État dans la mise en œuvre des lois et le conseil aux entreprises ; faiblesse des organisations syndicales, qui ne font que trop rarement de ce sujet une priorité du dialogue social ; faiblesse des employeurs, qui voient dans les inégalités entre femmes et hommes un problème de la société toute entière. Des solutions innovantes et des expérimentations seront nécessaires pour accompagner les entreprises, notamment les petites et moyennes entreprises, en matière d'égalité. Cette « culture de l'égalité » devrait également se développer au-delà de l'entreprise pour lutter contre toutes les formes de stéréotypes.

Le temps partiel explique près de la moitié des inégalités de salaires. Le développement croissant du temps partiel subi est facteur de précarisation et de contraintes majeures pour les salariés. L'échelle des métiers et des classifications joue également un rôle important dans la perpétuation des inégalités.

Il faudrait aussi encourager les entreprises à des efforts de promotion des femmes sur des postes de direction participant aux comités de direction des entreprises. Les organisations syndicales devraient également veiller à assurer une représentation plus équilibrée des femmes dans les institutions représentatives du personnel. La « qualité de vie au travail » impliquerait l'information partagée

dans l'entreprise, de nouvelles relations sociales et du travail, la prise en compte du développement personnel et de la conciliation de la vie au travail et de la vie personnelle. La dimension parentalité dans l'entreprise, devrait être mieux intégrée par les entreprises, il faudrait articuler les temps afin de faciliter les carrières des femmes, favoriser l'épanouissement des salariés et la performance économique des entreprises. Un congé parental d'éducation de trop longue durée éloigne des femmes du marché du travail, ralentit leurs carrières et décourage l'implication des pères. La santé au travail devrait être revisitée, au niveau national et régional, avec des actions partenariales.

Chantiers prioritaires, méthode et calendrier :

Rendre les lois effectives et construire un engagement tripartite

1) L'égalité réelle entre les femmes et les hommes, définie par le Gouvernement et les partenaires sociaux.

L'égalité professionnelle devrait devenir une priorité partagée de l'État, des collectivités locales, des chefs d'entreprises, et des représentants des salariés dans l'entreprise. Un comité de pilotage réuni en septembre 2012 devrait définir et organiser les actions à mettre en œuvre au niveau national et régional. Au niveau national, il élaborerait des outils pour accompagner les petites et moyennes entreprises ; il rédigerait un rapport de situation comparée, un outil de diagnostic et son adaptation pour les PME. Il ferait un état des lieux des bonnes pratiques et expérimentations existantes. Il définirait, sur proposition de l'État, une stratégie intégrée pour la lutte contre les stéréotypes de genre. Il définirait également des actions de sensibilisation auprès des entreprises concernées pour des dynamiques positives de promotion des femmes dans l'encadrement supérieur, dans les comités de direction. Des expérimentations seront conduites en commun au niveau régional, notamment des programmes pour assurer l'effectivité du droit seraient définis d'ici la fin 2012 dans plusieurs régions, ces plans devraient prendre en compte les spécificités et les besoins des petites entreprises et des différents secteurs d'activité. Ce serait aussi la recherche d'une plus grande mixité des métiers dans certains secteurs. Enfin l'accompagnement serait renforcé et des formations adaptées pour les personnes en congé parental seraient organisées pour éviter leur éloignement durable du marché du travail.

2) Le dispositif d'application de la loi du 9 novembre 2010 (article 99) après consultation des partenaires sociaux serait précisé dans le cadre du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle (CSEP) pour répondre à deux objectifs, notamment dans les grandes entreprises : donner une priorité à la négociation par rapport à l'initiative unilatérale de l'employeur, et prévoir une transmission à l'État des plans unilatéraux des employeurs.

3) Les partenaires sociaux pourraient mener un travail commun pour renforcer la gouvernance de la politique de santé au travail tant au niveau national qu'au niveau régional. L'objectif est de développer des actions partenariales, ciblées sur des branches et des territoires, afin d'améliorer les conditions de travail, particulièrement dans les petites entreprises. Deux groupes de réflexion seront consacrés l'un à l'évolution de l'ANACT et de son réseau, l'autre au renforcement du rôle du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) et des comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP).

4) Un bilan sera conduit dans le cadre du COCT des expériences de Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) territoriaux.

5) La négociation sur les mesures de prévention de la pénibilité serait renforcée dans les entreprises ou les branches et pourrait donner lieu à des expérimentations. Elle permettrait la prise en compte des spécificités des questions liées à la santé et aux conditions de travail des femmes.

La mobilisation à travers la négociation collective

6) La question de l'égalité femmes hommes serait posée dans tous les chantiers de négociation interprofessionnelle ouverts par les partenaires sociaux : négociation sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle ; négociation sur la modernisation du dialogue social ; négociation sur la sécurisation de l'emploi.

7) Les partenaires sociaux lanceront le 21 septembre leur négociation sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail, avec pour objectif d'aboutir avant la fin du 1er trimestre 2013. Un point d'étape sera réalisé avec le Gouvernement à la fin 2012. Un rendez-vous serait organisé avec les partenaires sociaux pour tirer les conséquences des conclusions de la négociation.

8) Cette négociation traitera de l'articulation des temps professionnels et des temps personnels et de la prise en compte de la parentalité dans l'entreprise. Elle pourrait la problématique des congés familiaux (congé parental d'éducation, congé de soutien familial, congé paternité). Mais les évolutions nécessaires ne devraient pas conduire à une réduction des droits des femmes en matière de congé maternité.

9) De nouvelles négociations collectives pourraient viser une meilleure prise en compte de l'égalité professionnelle et salariale dans le dialogue social.

10) La question du temps partiel pourrait être traitée dans la négociation sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle en lien avec la négociation sur la sécurisation de l'emploi. Une telle négociation pourrait aborder la lutte contre la précarité, la limitation des petits temps partiels, l'accès aux droits sociaux, l'amplitude et prévisibilité des horaires, la rémunération des heures complémentaires.

11) Une conférence de progrès sera organisée avec les branches qui, telle que la propreté, connaissent un fort recours au temps partiel. De nouvelles modalités d'organisation du travail et la diffusion des bonnes pratiques pourraient être définies.

Nouveaux champs de mobilisation

12) Pour lutter contre les racines des inégalités, un groupe de travail sera créé dans le cadre du conseil supérieur de l'égalité professionnelle sur l'analyse des classifications d'ici la fin de l'année ; ses conclusions seront transmises à la Commission nationale de la négociation collective.

13) La négociation sur la modernisation du dialogue social devrait dégager des mesures pour assurer une meilleure représentation des femmes dans les instances représentatives du personnel (IRP)

14) L'État proposera aux partenaires sociaux une réflexion commune sur le processus de notation sociale des entreprises qui inclut notamment la problématique qualité de vie au travail, ainsi que d'autres dimensions constitutives de la responsabilité sociale des entreprises.

Table ronde 5 : Réunir les conditions du redressement productif

Un fossé sépare des déclarations vagues et la réalité de la désindustrialisation, des fermetures et des licenciements. On notera l'absence de réelles propositions alternatives, la coupure avec l'angoisse du monde du travail. C'est une véritable dichotomie entre l'économique et le social. C'est le refus d'envisager sérieusement un autre financement, notamment un nouveau crédit, de travailler à une autre politique économique et une autre gestion des entreprises. La question d'une autre construction européenne est évacuée.

Constats et objectifs :

Le partage d'une préoccupation commune face au risque de désindustrialisation du pays, appelle une réponse urgente de la Nation. Cette désindustrialisation s'accompagne d'une dégradation continue de la balance commerciale de la France aussi bien à l'extérieur qu'au sein de l'Union Européenne, nos exportations ne permettant plus de régler notre facture énergétique. Elle se traduit également par une perte massive d'emplois industriels sur les 10 dernières années et une chute importante de la part de l'industrie dans notre économie.

On déclare que face à l'insuffisante coordination des politiques industrielles en Europe, la France devrait promouvoir auprès des instances européennes et internationales des propositions fortes permettant de définir et mettre en œuvre une véritable politique industrielle

européenne et d'assurer une juste réciprocité dans les échanges commerciaux.

L'épargne des Français, reprend-on, ne serait pas suffisamment orientée vers l'investissement productif, dans un contexte où les nouvelles règles prudentielles (Bâle III et Solvabilité 2) vont être source de nouvelles contraintes. Une politique ambitieuse devrait être mise en œuvre immédiatement, permettant d'engager le redressement productif du pays vers une industrie de référence durablement compétitive, sans préciser ce que cela signifie. On souhaite s'appuyer sur les travaux de la Conférence Nationale de l'Industrie (CNI). Les facteurs d'innovation, le financement et l'investissement des entreprises, le capital humain, sont considérés comme trois axes forts de soutien à la compétitivité, notamment celle des Petites et Moyennes Entreprises (PME) et des Entreprises de Taille Intermédiaires (ETI). On souhaite aussi que les entreprises puissent disposer, grâce aux dispositifs de formation initiale et continue et à la restauration d'une image positive des métiers industriels, des compétences dont elles ont besoin. Les régions devraient aussi prendre toute leur place dans le développement économique et la mobilisation des outils permettant le redressement productif.

On souhaite aussi que les entreprises puissent disposer, grâce aux dispositifs de formation initiale et continue et à la restauration d'une image positive des métiers industriels, des compétences dont elles ont besoin. Un prix modéré de l'énergie constituant un avantage comparatif de la base industrielle France, cet avantage devrait être conservé.

Si l'on affirme à juste titre : « La compétitivité de notre industrie s'apprécie de manière globale, en toute appréciation sur la compétitivité coût de notre industrie doit s'insérer dans le cadre d'une vision globale incluant les facteurs de compétitivité hors-coût », on aimerait quelques précisions. D'autant qu'on est en droit de s'inquiéter sur la phrase suivante : « la réflexion sur le mode de financement de la protection sociale doit prendre en compte son impact sur le dynamisme de l'économie », ce qui signifie quoi ? On n'ose pas le préciser ici.

De même comment traiter le redressement productif sans oser responsabiliser les entreprises face à la montée des licenciements et sans envisager de véritables alternatives. Les questions des pouvoirs des salariés, d'un nouveau crédit et d'une transformation de la gestion des entreprises comme d'une réorientation de la construction européenne ne sont même pas posées. Bref beaucoup de bruit pour rien, ce n'est pas du tout à la hauteur de l'avalanche de licenciements.

Chantiers prioritaires, méthode et calendrier :

1) Une nouvelle ambition industrielle pourrait s'appuyer sur la prise en compte du long terme et un dialogue social renforcé. En lien avec la négociation sur les institutions représentatives du personnel, les salariés

devraient bénéficier, dans une logique d'anticipation, d'une information loyale et transparente sur les décisions stratégiques des entreprises. La taille des entreprises doit être prise en compte dans la mise en œuvre d'une telle démarche.

2) Le rôle de la CNI sera réaffirmé, ses participants élargis et son fonctionnement renforcé pour lui permettre de répondre efficacement au double objectif de concertation et de propositions. La thématique des relations entre dialogue social dans l'industrie et compétitivité de l'entreprise pourrait être inscrite à son programme de travail ainsi que la question des transmissions d'entreprises. Ses travaux doivent conduire à la mise en œuvre opérationnelle par le gouvernement de mesures en faveur de l'industrie, en lien avec les territoires et les branches professionnelles.

3) Les Régions, dans le cadre d'un acte III de la décentralisation, joueraient un rôle pivot dans la définition et la mise en œuvre territorialisée des actions de redressement productif, l'État assurant la cohérence nécessaire et fixant des impulsions, comme il le fait pour les grandes filières.

4) Recherche technologique et d'innovation, le ciblage du Crédit Impôt Recherche, destiné à développer la Recherche et Développement des entreprises en France, sera affiné pour le rendre plus efficace et plus accessible aux PME et aux ETI. La recherche technologique et le transfert de technologie vers les entreprises seront renforcés pour accroître le potentiel technologique du pays, soutenir la croissance des filières industrielles actuelles et créer les filières de demain. L'objectif de 3 % du PIB consacré à la R&D serait réaffirmé. La politique des pôles de compétitivité est soutenue ici comme un atout majeur pour le tissu industriel français et l'on prétend la poursuivre activement en lien avec les régions, en tenant compte des conclusions de la dernière évaluation dite indépendante. Une réflexion se tiendra au second semestre 2012 sur le sujet. L'élaboration des programmes de recherche technologique et de développement communs fondés sur le potentiel technologique réel des entreprises, pourrait être un moyen de développer de nouvelles filières d'excellence. La question de la conception de tels programmes pourrait être mise à l'agenda de la CNI, ils devraient associer les PME et les ETI et ne pas reposer uniquement sur les grands groupes.

5) Le financement des entreprises, la volonté du Gouvernement est de mieux orienter l'épargne privée vers les entreprises, notamment les PME, et de rendre les dispositifs de financement public existants mieux coordonnés, plus simples et plus efficaces : la Banque publique d'investissement doit répondre à ce défi en diffusant au sein des territoires un véritable service aux entreprises, simple d'accès et apportant une solution individuelle adaptée à chaque situation, sans concurrence entre les dispositifs mobilisés.

6) L'image de l'industrie devrait être rénovée auprès des jeunes et les métiers techniques valorisés pour assurer la formation et la présence de compétences sur le territoire. La Semaine de l'Industrie pourrait participer à cet objectif en devenant un rendez-vous annuel incontournable.

7) L'environnement des entreprises exigerait une meilleure cohésion entre les entreprises pour renforcer le tissu industriel français, par exemple en améliorant la capacité à exporter des PME. L'environnement réglementaire, administratif et fiscal doit être propice à leur développement, les freins encore existants aujourd'hui doivent être levés. La question des délais de paiement est centrale. La commande publique doit servir le développement des PME et ETI.

8) Un « Agenda compétitivité » viserait à assurer le lien et la cohérence entre les différents chantiers ayant un impact sur la compétitivité des entreprises (outils publics d'accompagnement des entreprises, politique européenne, fiscalité, financement de la protection sociale, formation initiale et continue). Les enjeux pour l'industrie seraient systématiquement analysés. On tiendrait compte des mesures envisagées pour renforcer le dialogue social et les droits des salariés.

9) Une mission sur la compétitivité de l'industrie confiée à Louis Gallois. Son rapport sera présenté devant la CNI avant la fin du mois d'octobre 2012. On peut fortement douter de la novation de ce rapport.

Table ronde 6 : « Assurer l'avenir des retraites et de notre protection sociale »

La table ronde dresse en premier lieu des constats et des objectifs avant de définir en deuxième lieu des chantiers dits prioritaires, une méthode et un calendrier :

• Le financement de la protection sociale

Le texte prend beaucoup de précautions et reste volontiers ambigu, mais les inquiétudes demeurent notamment sur la façon de réduire les déficits, sur le refus de dégager de nouveaux moyens de financement à partir du développement des cotisations sociales et leur articulation au relèvement de l'emploi, et des salaires, comme sur le recours à la CSG et la réduction des cotisations patronales.

Constats et objectifs :

S'il est affirmé que « le haut niveau de solidarité qui caractérise le système français de protection sociale, a permis d'atténuer, notamment pour les personnes les plus vulnérables, les effets de la crise économique actuelle. Il doit être préservé ». C'est aussitôt pour constater « une inadéquation structurelle entre le niveau des dépenses et celui des ressources, inadéquation qui, au-delà des

difficultés de financement qu'elle soulève, met en cause la confiance de la population, et en particulier des plus jeunes générations, dans le système de protection sociale, et a conduit à financer par l'endettement une partie des dépenses annuelles ». Sans pour autant que l'on s'engage à développer le financement, face à la question considérée comme centrale: la réduction des déficits et de la dette publique. S'il est déclaré « il est nécessaire d'apporter rapidement une solution pérenne à ce problème en améliorant à la fois l'efficacité du système de protection sociale et celle de son mode de financement, prenant en compte notamment ses effets sur le dynamisme de notre économie. Il est important de se placer dans une perspective européenne et pluriannuelle ». Bien sûr on se garde de reprendre explicitement le dogme néoclassique de l'excès des prélèvements publics et sociaux, notamment des cotisations sociales, particulièrement des cotisations patronales, mais on retient quand même l'idée que cela ne doit pas entraver le dynamisme de notre économie. Et l'on reprend sans grande précision l'idée qu'« il convient d'adapter notre système de protection sociale à l'évolution des besoins sociaux, afin de prendre en compte en particulier la perte d'autonomie des personnes âgées les difficultés d'insertion des jeunes dans la vie active, et l'émergence de nouvelles formes de pauvreté ». Il est ensuite souhaité de « forger un consensus national autour des grandes priorités de notre système de protection sociale », afin de s'assurer d'une évolution « soutenable » des dépenses de protection sociale. Cela exigerait « une forte implication des partenaires sociaux dans ce processus et dans l'élaboration concertée des solutions pour assurer l'avenir de notre système de protection sociale ». Et l'on viserait à « refonder le pacte social dans le respect du rôle de chacun, État comme partenaires sociaux ». Et l'on relève que « les différents organismes de concertation créés au cours des dernières années auraient fait la preuve de leur capacité à établir des diagnostics ». Sans voir que ces organismes, pour l'essentiel, ont véhiculé des principes de la pensée unique et des politiques économiques libérales ou social-libérales. Il est aussi affirmé que le Haut Conseil du financement de la protection sociale, revu dans sa composition, pourrait constituer un cadre de travail sur le financement de la protection sociale. Et l'on ajoute de façon étroite et peu explicite : « Il importe d'évaluer les différentes options au regard de leur impact financier et économique, de leurs implications en termes de justice à la fois entre niveaux de revenus, entre les femmes et les hommes, entre générations et envers les personnes en situation de handicap et enfin de leurs répercussions sur les régimes de protection complémentaire ».

• Les retraites : Constats et objectifs

Si le texte déclare : « il est essentiel de maintenir un système de retraite par répartition, solidaire et pérenne

financièrement. L'objectif principal de ce système est de garantir un niveau de pension satisfaisant pour toutes les générations. Le système de retraite doit viser des objectifs d'équité (notamment au regard de l'égalité entre hommes et femmes, de la pénibilité – tant en termes de prévention que de réparation –, de la situation des jeunes et des personnes en situation de handicap). Il est aussitôt ajouté de façon sibylline « de lisibilité et de liberté de choix ». Bien sûr on ne peut qu'approuver quand il est affirmé: « Le premier déterminant de la pérennité du système de retraites est la situation de l'emploi », mais là encore sans précision. Plus inquiétante cette idée ambiguë selon laquelle : « Toute évolution de notre système de retraite nécessite une réflexion globale, articulant prise en compte des priorités immédiates en matière d'équité et de pérennité financière du système à long terme, et intégrant l'ensemble des régimes, de base et complémentaires, dans le respect des prérogatives de chacun ». Cela présage quelle idée de réforme ? Et l'on avance « Pour assurer la confiance de nos concitoyens dans les régimes par répartition, il est nécessaire de les inscrire dans un cadre financier durablement équilibré, y compris s'agissant des régimes complémentaires, et d'améliorer le pilotage du système de retraite ». Cela veut dire quoi ? Les discussions à venir devraient, affirme-t-on, « s'appuyer sur les éléments de diagnostic et de prévisions réalisés au sein du Conseil d'orientation des retraites, instance reconnue pour la qualité de ses travaux ». Certes qualité et une certaine ouverture au pluralisme mais aussi fondamentalement, une instance qui sert les plans gouvernementaux libéraux ou sociaux-libéraux.

• **Chantiers prioritaires concernant le financement de la protection sociale et les retraites.** Prétendre consolider notre système de protection sociale :

Dans le cadre de la préparation des projets de loi pour la sécurité sociale des échanges auront lieu entre gouvernement parlement et acteurs sociaux, une concertation sera conduite tout au long du mandat par le Gouvernement.

Élargir et diversifier les sources de financement de notre système de protection sociale : le Gouvernement saisira le Haut Conseil du financement de la protection sociale dès le mois de septembre 2012, afin qu'il établisse un diagnostic sur les modalités actuelles de financement de notre protection sociale, le partage entre les besoins de protection sociale relevant d'une approche contributive et non-contributive, vieille idée chère notamment à Jean-Baptiste de Foucault, visant principalement à éclater la Sécurité sociale et surtout à réduire la part du financement par cotisations, en montant la CSG sur les risques dits non contributifs. Cela tendra à préconiser les évolutions « possibles » du système actuel, notamment s'agissant d'un type de diversification des recettes. Sur la base de ce rapport, qui sera remis au Premier Ministre au

premier trimestre 2013, le gouvernement engagera une concertation avec les partenaires sociaux.

Favoriser une meilleure régulation des dépenses :

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Conseil d'Orientation des retraites, Haut Conseil de la Famille... seraient saisis par le gouvernement afin de poursuivre l'identification des évolutions structurelles à mettre en œuvre pour s'assurer du caractère « soutenable » de l'évolution des dépenses et pour les financer de façon « pertinente ». On voit mal comment ces organismes technocratiques pourraient dégager des orientations progressistes en matière d'évolution des dépenses et des ressources de la protection sociale qui seraient définies dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Concernant les retraites : les thèmes prioritaires en matière de dialogue social et calendrier pour une réforme globale de notre système de retraite :

1) Une phase de diagnostic, sur la base d'un état des lieux de notre système de retraite et de ses perspectives financières réalisé par le Conseil d'orientation des retraites, se déroulera entre septembre 2012 et le début de l'année 2013. Un état des lieux plus précis sera élaboré sur les thèmes de l'équité du système de retraites (égalité femmes/hommes, personnes en situation de handicap, pénibilité), des déterminants du niveau de pension, de la place respective de la solidarité et de la contributivité, de la pérennité financière du système de retraite, de la transition emploi/retraites, et de « lisibilité » du système de retraites notamment information des assurés et poly-pensionnés.

2) Différentes pistes de réforme seraient formulées par une commission *ad hoc* à plus ou moins long terme, à la suite de consultations menées auprès de l'ensemble des acteurs concernés, et à partir des travaux du Conseil d'orientation des retraites, sur la base d'un cahier des charges négocié entre le Gouvernement et les partenaires sociaux. Parmi les pistes de réforme, l'une d'entre elles concernerait l'évolution de notre système de retraite à long terme : solidarités et simplification (???)

3) une phase de concertation entre le Gouvernement et les partenaires sociaux sur les évolutions « souhaitables » de notre système de retraite à partir du printemps 2013, le gouvernement échangera avec les partenaires sociaux sur les orientations qu'il souhaite retenir pour l'avenir de notre système de retraite. On le voit, langue de bois et vocabulaire technocratique tendent à occuper le terrain. Une avalanche de réunions dites de concertation ne peut masquer la non-réponse aux besoins sociaux et l'absence d'une réforme de progrès social des retraites. Dans les conditions actuelles, cela se présente comme une vaste offensive d'intégration sociale des syndicats. Seule la lutte à partir de propositions alternatives permettra d'infléchir une réforme juste et efficace des retraites.

Table ronde 7 : Moderniser l'action publique avec ses agents

Constats et objectifs :

Une concertation sur le rôle des services publics et les missions de la puissance publique est annoncée. Après plusieurs années de réforme menée de manière technocratique et non concertée, on réaffirme certes la place et les principes de l'action publique et des services publics dont le rôle est jugé plus que jamais indispensable pour le redressement du pays, la cohésion sociale et l'égalité des territoires. Une concertation avec les agents et leurs représentants viserait le maintien de services publics efficaces, mais c'est aussi pour déclarer que cela doit être compatible avec les exigences de redressement des finances publiques. On affirme vouloir renforcer et approfondir le dialogue social dans la fonction publique. Les différents acteurs, employeurs et représentants des personnels, devraient avoir les moyens de jouer pleinement leur rôle. Il s'agirait désormais d'ancrer dans le fonctionnement de l'ensemble des administrations les nouveaux outils et les nouvelles méthodes du dialogue social et de donner toute sa place à la négociation. Il conviendrait aussi de définir des mesures concrètes affirmant l'exemplarité des employeurs publics. La fonction publique devrait contribuer à remédier, à travers la gestion de ses agents, aux inégalités de la société : mieux intégrer les personnes en situation de handicap, faciliter l'accès des jeunes à l'emploi public, conforter la place des seniors, assurer une égalité réelle entre les femmes et les hommes, lutter contre les formes de précarité. Les employeurs publics devraient aussi être exemplaires dans leur gestion des ressources humaines en particulier sur les conditions de travail des agents publics et la prévention des risques professionnels, mais rajoute-t-on, en tenant compte du contexte de réforme et d'évolution des missions des services. Une concertation sur l'évolution des carrières et des parcours professionnels devrait être engagée. Le développement de parcours professionnels attractifs et diversifiés serait le gage de la qualité de nos services publics. L'ensemble des politiques menées au cours des dernières années doit être analysé pour définir de manière concertée les perspectives de travail et dégager les priorités à mettre en œuvre. Les représentants des personnels font part de leur souhait de voir intervenir rapidement des mesures collectives d'amélioration du pouvoir d'achat.

Chantiers prioritaires, méthode et calendrier :

1) Les participants à la table-ronde ont exprimé leur volonté de réaffirmer la place et les missions de la puissance publique et des services publics au service de la cohésion nationale, de l'intérêt général et du redressement du pays. Dès l'automne, le Gouvernement proposera un espace de concertation dont la composition et

le fonctionnement seront discutés avec les organisations syndicales et les employeurs publics. C'est dans ce cadre que seront notamment analysés le bilan de la RGPP, les orientations destinées à rendre l'action publique plus efficace et plus « lisible » et pour en évaluer les effets. Seront également discutés les travaux à engager sur les missions des services publics, leur l'organisation territoriale (accessibilité, égalité entre les territoires, déconcentration, adéquation des effectifs et des qualifications aux missions du service public) et les perspectives d'une nouvelle étape de décentralisation. Cette concertation sera déclinée sur le territoire, selon des formules prétendues souples et adaptées aux besoins locaux, en associant étroitement les agents et leurs représentants au diagnostic sur la situation des services publics et à la définition d'une nouvelle étape de « modernisation ». Le Gouvernement proposera, en outre, dès l'automne une consultation des partenaires sociaux sur les principes du service public et la déontologie de ses agents avant de déposer, si nécessaire, un projet de loi sur ce thème en 2013.

2) Le développement effectif d'un dialogue social de « qualité » et de la négociation pourrait être une priorité qui devrait s'ancrer dans la pratique de tous les employeurs publics. Un premier bilan des nouvelles règles du dialogue social sera réalisé et les employeurs publics seront invités à appliquer l'ensemble de ces dispositions pour garantir, au-delà des textes, l'effectivité du dialogue social. Le rôle des conseils supérieurs en matière d'organisation des services sera conforté. Une concertation sur la mise en œuvre de la réforme sur les moyens syndicaux sera engagée à l'automne 2012 et une négociation sur la prise en compte de l'exercice des fonctions syndicales dans les parcours professionnels s'ouvrira dès le premier semestre 2013.

3) Pour promouvoir « l'exemplarité des employeurs publics », une concertation sera ouverte dès l'automne 2012, pour mieux répondre aux enjeux de la diversité, du handicap, de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, mais aussi de la gestion des âges, qu'il s'agisse de favoriser l'accès des jeunes peu qualifiés à la fonction publique ou d'accompagner l'allongement des carrières professionnelles par une meilleure prise en compte des besoins des seniors. Une négociation pourrait être ouverte dès le 4^e trimestre 2012 dans la perspective d'aboutir rapidement à un accord sur l'égalité professionnelle dans la fonction publique. Des groupes de travail permettraient d'identifier les autres sujets de négociations qui pourront être conduits en 2013, et leur calendrier. Les questions de santé et de sécurité au travail seront abordées. Cette concertation viserait à définir de manière partagée les priorités à mettre en œuvre et les modalités de travail. Un accord cadre relatif à la prévention des risques professionnels sera proposé à la négociation dès la rentrée 2012, qui portera notamment sur le rôle et les

moyens des CHSCT ainsi que sur le renforcement de la médecine de prévention. La question de la pénibilité au travail doit être prise en considération. Le comité de suivi de l'accord du 31 mars 2011 relatif à la situation des agents contractuels sera réuni à la rentrée. Il viserait à confirmer l'attachement des employeurs publics et des organisations syndicales à la mise en œuvre pleine et entière de la loi du 12 mars 2012, en privilégiant l'accès à l'emploi titulaire, et à l'engagement dès l'automne des travaux relatifs à l'amélioration des conditions d'emploi et des parcours professionnels des non titulaires.

4) Enfin, un chantier sera ouvert sur les carrières et les parcours professionnels. Il commencera par une concertation, à l'automne, visant à établir un diagnostic partagé des politiques menées au cours des dernières années en matière de carrière, de rémunération et de parcours professionnels et à définir les priorités à mettre en œuvre pour les années à venir. Cela permettrait notamment de dresser un bilan de la politique menée en matière de fusion des corps, de développement des mobilités, de formation professionnelle, initiale et continue, ainsi que de la politique de rémunération dans toutes ses composantes (promotions, évolution des grilles indiciaires, place des régimes indemnitaires...). Les questions liées à l'action sociale et la protection sociale complémentaire seront également abordées. Cette concertation viserait aussi à déterminer de manière concertée l'ensemble des outils qui doivent être mobilisés pour favoriser la diversification et l'enrichissement des parcours professionnels des agents publics. Elle devrait également permettre de poser les bases d'une méthode de travail, autorisant, dans un «contexte financier durablement contraint,» une politique de rémunération préservant les perspectives de carrière des agents publics, garantissant une plus grande équité entre les ministères et entre les trois versants de la fonction publique et accordant une priorité à la situation des agents de la catégorie C. En fonction des résultats de ces travaux, une négociation de méthode, identifiant des axes de travail sur une période pluriannuelle, pourrait s'ouvrir début 2013.

Les orientations de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale pour repenser les politiques de solidarité

Par Stéphane Delaunay, responsable de la communication
et Matthieu Angotti, Directeur général de la FNARS

La solidarité fait aujourd'hui face à de nombreux défis d'ordre économique (financiarisation de l'économie, endettement des États, crise économique, chômage de masse, précarité des emplois...) mais également sociologiques (montées des individualismes, transformation des structures sociétales et familiales...). Les dysfonctionnements contre lesquels les politiques de solidarité doivent lutter sont de plus en plus nombreux et complexes. Pour autant, elles ne doivent pas perdre de vue l'objectif de donner à chacun une place autonome dans la société et doivent convaincre l'ensemble de la société des bénéfices communs de la prévention des situations d'exclusion pouvant résulter des accidents de parcours, de l'accompagnement et de l'insertion des personnes les plus fragiles. Elles doivent, en période de crise plus que jamais, lutter contre une vision à court terme focalisée sur des urgences budgétaires alors qu'elles constituent un investissement à long terme, en termes économique mais également humain.

Mobilisée depuis longtemps autour des enjeux de solidarité, la FNARS s'est engagée, avec les acteurs du social et les personnes en situation de précarité, dans la construction de nouveaux fondements pour les politiques de solidarité. Cinq grandes idées ont été développées pour construire un projet de société plus juste qui ne soit pas qu'incantatoire mais corresponde à une réalité concrète partagée par le plus grand nombre.

Idée 1 : Une protection sociale universelle

Face au constat que notre système de protection sociale aboutit aujourd'hui à une fracture entre les personnes insérées dans l'emploi et celles qui en sont durablement exclues, la FNARS propose la création d'un nouveau modèle garantissant pour tous l'accès aux droits fondamentaux : formation, emploi, santé et logement.

Repenser un système de protection sociale aujourd'hui inadapté

Notre système de protection sociale s'est construit historiquement sur une logique binaire : d'une part des cotisations sur les salaires, d'autre part le développement

de minima sociaux financés par l'impôt pour palier la précarisation du travail. Instauré pour lutter contre les situations de rupture sociale, **ce système entretient aujourd'hui un modèle de société dual**, avec d'un côté ceux qui travaillent régulièrement et bénéficient d'une assurance sociale de bon niveau, et de l'autre les victimes de la précarisation de l'emploi, qui perçoivent des revenus aléatoires ne permettant pas de vivre décemment. Les minima sociaux, qui devaient constituer un filet de sécurité transitoire, sont aujourd'hui une indemnisation du chômage par défaut, avec un accompagnement insuffisant vers le retour à l'autonomie. Transformés en indemnités précaires, ils stigmatisent les bénéficiaires, régulièrement accusés de profiter du système, tout en les maintenant dans des situations de survie.

Instaurer un droit à l'activité assorti d'une obligation de résultat pour le service public de l'emploi

Parce que les difficultés d'accès à une activité de qualité constituent aujourd'hui en France la première source de précarité et d'exclusion, et qu'elles ne cessent de s'accroître avec la crise, il importe d'instaurer le droit à une activité reconnue socialement et économiquement. Cela signifie d'abord que toute personne privée d'activité doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement socioprofessionnel lui permettant de retrouver le chemin de l'emploi. Lutter contre le chômage de longue durée implique également de redonner du sens au droit individuel à l'éducation-formation tout au long de la vie, en assurant un rééquilibrage de la formation professionnelle en direction des chômeurs, en particulier les moins qualifiés.

En contrepartie d'un devoir d'assiduité pour la personne accompagnée, le service public de l'emploi doit être soumis à une obligation de résultat, en proposant au moins deux offres adaptées d'activité sur une période de trois mois : formation professionnelle, emploi de qualité ou aide à la création d'entreprise.

Rapprocher les logiques d'assurance et de solidarité

Pour en finir avec une protection sociale à deux vitesses, la FNARS propose d'instituer une allocation d'activité unique et modulaire, rapprochant l'assurance chômage et les minima sociaux. Cette allocation articulera ainsi logique de solidarité et logique assurantielle, pour

garantir à chacun un niveau de revenu convenable, tout en prévenant les effets de seuil entre inactivité et emploi. Elle sera ouverte à partir de 18 ans à toute personne dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté, qu'elle soit en temps partiel subi, à la recherche d'un emploi ou en formation.

Logement : rendre effectif le droit au logement

La FNARS appelle à un « Grenelle du Logement » réunissant l'ensemble des acteurs concernés autour quatre orientations majeures : construire plus de logements compatibles avec les ressources des ménages, réformer les aides au logement pour améliorer la solvabilité des ménages, sécuriser les ménages en élargissant à tous la Garantie des Risques Locatifs, fonder la stratégie du « logement d'abord » sur un investissement massif en matière d'accompagnement social. Seul un accompagnement global et pluridisciplinaire peut garantir à certains l'accès et le maintien dans le logement.

Santé : instaurer un droit à l'accès aux soins pour lutter contre les inégalités de santé

La CMU et l'AME vont dans le sens d'un meilleur accès aux soins des personnes en situation de précarité, dans une logique d'universalité. Pour harmoniser les conditions de prise en charge, elles doivent être fusionnées. La FNARS souhaite que l'accès aux soins des personnes en situation de précarité devienne une réelle priorité, inscrite dans la loi de santé publique comme dans les plans territoriaux de santé. Il faut enfin développer les accueils sanitaires de proximité (centres et maisons de santé) et développer le travail en réseau sur les territoires (dans le cadre de l'accompagnement global des personnes).

Idée 2 : Des entreprises sociales et des entreprises engagées dans les politiques de solidarité

Afin de favoriser l'insertion dans l'emploi des personnes qui en sont éloignées, la FNARS propose de faire évoluer et développer un modèle ayant démontré son efficacité : l'insertion par l'activité économique.

Investir dans l'insertion par l'activité économique (IAE) pour favoriser l'accès à l'emploi

Depuis 25 ans, la restructuration du marché du travail se traduit par l'effondrement des emplois industriels, la progression des contrats de travail précaires ou à temps partiel, ainsi que l'augmentation de la fréquence des périodes de chômage. Face aux lacunes des politiques de l'emploi, les associations ont mis en place des activités innovantes pour favoriser l'accès ou le retour à l'emploi des personnes durablement éloignées du marché du tra-

vail. C'est ainsi que se sont développées les structures de l'insertion par l'activité économique (« IAE »). Elles permettent à des personnes d'exercer, tout en étant accompagnées et formées, des emplois dans des activités socialement utiles et non délocalisables : chantiers de rénovation et de construction, entretien d'espaces verts, nettoyage, gardiennage et sécurité, services à la personne, ...

Inscrite dans l'économie sociale et solidaire, l'insertion par l'activité économique est non seulement un modèle efficace pour faire face à la précarisation du marché du travail mais également un moteur important du développement économique et social des territoires. L'insertion par l'activité économique, aujourd'hui encore trop méconnue, doit rendre lisible ses modèles et renforcer l'insertion dans l'emploi ordinaire.

Privilégier l'accès direct à l'emploi au sein des entreprises, moyennant un accompagnement socioprofessionnel adapté

La FNARS propose de placer au plus vite en emploi ordinaire les personnes volontaires qui éloignées du marché de l'emploi, en accompagnant le couple employé/employeur sur la durée :

- En amont de l'embauche, avec une offre de services permettant de lever les freins à l'emploi du premier et de répondre aux attentes du second,
- En aval de l'embauche, avec une offre de services permettant une médiation professionnelle pendant l'emploi, y compris sur le lieu de travail.

Pour qu'elle soit développée massivement, cette stratégie nécessite que les employeurs jouent le jeu en acceptant ces embauches et l'intervention de médiateurs en interne : des mesures incitatives pour les employeurs (bonus/malus sur les charges sociales et patronales) peuvent y contribuer.

Simplifier l'organisation de l'insertion par l'activité économique via le déploiement d'entreprises sociales

L'empilement et le cloisonnement des dispositifs nuisent à l'intégration professionnelle qui suppose, pour être réussie, un parcours sans rupture, respectueux du rythme d'insertion de chacun. Créées à partir des structures IAE existantes, les « entreprises sociales » poursuivraient deux objectifs conjoints :

- L'encadrement, la formation et l'accompagnement des personnes éloignées de l'emploi, même les plus en difficulté, par le développement d'activités socialement utiles et non délocalisables, en préservant une logique individualisée pour les personnes qui en ont besoin ;

- L'accès à l'emploi ordinaire des personnes éloignées de l'emploi, dès que celui-ci est possible, puis la médiation professionnelle au sein des entreprises, pour permettre une intégration durable dans l'emploi.

Au service d'un projet de territoire, le développement de ces structures associatives, coopératives ou entrepreneuriales reposerait sur un diagnostic partagé entre acteurs de l'insertion, entreprises, collectivités locales, État, et institutions diverses (Pôle Emploi, CAF...).

Idée 3 : Une consultation sociale de proximité pour faire face aux accidents de la vie

Pour prévenir les phénomènes de rupture liés aux accidents de parcours, la FNARS propose la création et la promotion de consultations sociales de proximité.

De l'accident de parcours à la désocialisation

Source de fragilité pour n'importe quel individu, un accident de la vie (chômage, séparation, maladie...) peut, en période de crise sociale, enclencher des spirales de désocialisation aux conséquences lourdes et durables. C'est ainsi que l'on observe pour les générations nées après les Trente Glorieuses une chronicisation des problématiques sociales : cloisonnement dans des univers urbains ghettoïsés, multiplication des familles monoparentales en précarité, inaccessibilité du marché de l'emploi (notamment pour les jeunes sans diplôme), parcours de vie active chaotiques. En résultent un isolement et une mise à l'écart de la société. Ces phénomènes de désocialisation sont l'affaire de tous. D'abord parce que nul n'est à l'abri d'un accident de parcours. Ensuite, parce que la société, dans son ensemble, a intérêt à préserver la cohésion sociale en sachant accompagner les personnes en difficulté pour qu'elles trouvent ou retrouvent une place de citoyen. C'est en effet ainsi que l'on prévient la plupart des dégâts majeurs en termes notamment de santé publique ou de sécurité. En cas d'accident de parcours, la réaction doit être rapide pour être efficace, en proposant chaque fois que c'est nécessaire, un accompagnement social global et adapté.

Sortir des réponses cloisonnées et tardives : favoriser la logique préventive

Les nombreuses institutions actives dans le champ social ne sont pas suffisamment coordonnées entre elles. Elles répondent le plus souvent à travers des dispositifs cloisonnés, stratifiés et destinés à des catégories bien précises de personnes, rangées dans des « cases » (jeunes, bénéficiaires du RSA...). Alors qu'une personnalisation de la relation est indispensable, elles apportent des réponses standardisées et stigmatisantes, en décalage avec les situa-

tions et les problèmes que vivent les personnes. Les travailleurs sociaux constatent eux-mêmes qu'ils interviennent trop souvent tardivement, lorsque la situation de la personne s'est dégradée au point de nécessiter en urgence l'assistance d'un tiers : perte du logement, absence totale de ressources... Confrontés à l'augmentation importante de la précarité, ils privilégient les situations les plus difficiles. Afin d'éviter les dérapages vers des « dégâts sociaux » difficilement réparables, le recours à l'intervention sociale doit être rapide. C'est en la rendant banale, spontanée et accessible à tous que cette intervention sera en mesure de traiter efficacement les problèmes dès qu'ils surviendront. Les citoyens les plus aisés savent déjà recourir à ces formes de « coaching social » qu'il s'agit de généraliser pour les rendre accessibles au plus grand nombre.

Créer une consultation sociale de proximité

En s'appuyant sur les dispositifs existants, la FNARS propose d'instaurer une consultation sociale de proximité, où tout citoyen qui en éprouve le besoin pourra trouver un interlocuteur privilégié. Il ne s'agit pas de créer de nouveaux guichets mais d'organiser en réseau des compétences diverses et complémentaires : travailleurs sociaux mis à disposition par des associations et des collectivités locales, conseillers de Pôle Emploi, agents des CAF, personnels médico-sociaux, conseillers en orientation dans les lycées et universités...

Ces consultations doivent miser sur la qualité du premier accueil. Celui-ci conditionne en effet fortement le désir des personnes de s'engager dans des démarches et d'assumer ensuite une logique de droits et de devoirs pour rebondir. Trop de personnes abandonnent l'idée de solliciter des institutions du fait de premières expériences malheureuses. Ces consultations doivent permettre un accueil de proximité pour chaque citoyen. Elles ont pour objectifs de dresser avec la personne en situation de fragilité un état des lieux de sa situation, de la renseigner sur les droits, de la conseiller et la guider sur les démarches à entreprendre, de l'orienter si nécessaire vers des professionnels ou des institutions adaptés, enfin de suivre en continu l'évolution de sa situation, à travers une relation de confiance.

Elles doivent enfin intégrer une dimension « aller vers » (maraudes, rencontres sur le terrain, visites à domicile), pour s'attaquer au problème des populations invisibles : ces personnes en difficulté, souvent les plus jeunes, qui ne s'adressent nulle part et qu'on ne prend en charge que lorsque la situation devient critique. Dans une logique de banalisation du soutien social, cette consultation doit faire l'objet d'une communication positive auprès du grand public, sur le modèle du médecin généraliste référent.

Idee 4 : La participation des personnes en situation de précarité

Pour garantir des politiques publiques adaptées et efficaces, la FNARS souhaite que la voix des personnes en situation de précarité soit prise en compte dans leur élaboration.

La richesse de l'expertise des personnes en situation de précarité

Les personnes confrontées aux situations de précarité et les bénéficiaires des dispositifs de solidarité sont encore rarement associées à l'élaboration des politiques publiques. On postule qu'elles sont pour partie responsables de leur situation et sans réelle volonté de s'en sortir, ou bien encore qu'elles sont incapables de sortir de leur quotidien et de se mobiliser dans un cadre institutionnel, pour élaborer une analyse et des propositions quant aux dispositifs sociaux. Pourtant, de part leur expérience de vie et les réflexions qu'elles en tirent, les personnes en situation de précarité nous aident à éviter les erreurs de diagnostic et à formuler des réponses pertinentes et réalistes. Volontaires pour être associées à la conception et à la mise en œuvre des politiques qui les concernent, la plus-value de leur expertise est toujours démontrée.

Apprendre à co-construire les politiques publiques

Permettre à des personnes en situation de pauvreté et de précarité de participer à des groupes de travail et des instances de décision sur les politiques publiques, c'est à la fois leur redonner un statut de citoyen acteur et œuvrer à une meilleure efficacité des actions mises en œuvre. Leur participation doit s'inscrire dans un processus de co-construction des politiques publiques, tout au long de leur élaboration : diagnostic, élaboration, déploiement et évaluation. Les résultats de la participation des personnes en situation de précarité doivent être valorisés et permettre de véritables changements. Cela signifie également rendre compte aux participants des raisons pour lesquelles telle ou telle orientation ou proposition n'a pas été retenue par les décideurs politiques.

Un préalable indispensable : la création d'un cadre institutionnel

Pour éviter la participation « alibi », il est indispensable de mettre en place un cadre reconnu, où les personnes en situation de précarité peuvent élaborer puis diffuser une parole commune. Il s'agit de partir d'instances collectives, en petits groupes, où les personnes peuvent échanger et confronter librement leurs points de vue avec une animation de qualité. Puis d'envoyer des délégués de ces collectifs au sein des instances d'élaboration et de suivi des politiques publiques.

La FNARS propose de donner la parole aux personnes en situation de pauvreté en créant :

- Des conseils consultatifs en amont des instances régulatrices de l'action sociale : sur le modèle du Conseil Consultatif des Personnes Accueillies (CCPA) mis en place dans l'univers de l'hébergement, qui pourrait être repris en étendant son périmètre à l'ensemble des politiques publiques d'action sociale.
- Des collèges de personnes en situation de précarité au sein des instances d'élaboration, de suivi et d'évaluation des politiques publiques : ils permettront d'institutionnaliser le processus de participation. Un collège des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion doit ainsi être créé au sein du Conseil Economique et Social Environnemental (CESE) et des CESER (CESE régionaux), au sein du Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), du Conseil National des Villes, du Conseil National de l'Insertion par l'Activité Economique, etc. Au niveau territorial, il revient aux agences publiques (type ARS), aux services déconcentrés, aux établissements publics et aux collectivités territoriales de s'emparer de l'enjeu de la participation, pour mettre en œuvre des comités d'usagers et intégrer leurs représentants dans leurs instances de gouvernance.

Idee 5 : Des structures interdépartementales pour coordonner les services sociaux

Pour lutter contre le cloisonnement des politiques sociales, source d'inefficacité, la FNARS propose la création de structures interdépartementales chargées de coordonner l'action des différents acteurs. Chacune des politiques publiques conduites par l'État ou les collectivités locales comporte une dimension sociale. Ainsi, une politique de l'emploi vise à favoriser l'activité sur un territoire, mais aussi à résoudre les problématiques sociales qui empêchent le retour à l'emploi ; de même, une politique du logement ne s'évalue pas uniquement au nombre de logements construits mais doit aussi permettre au plus grand nombre d'y accéder et de s'y maintenir. Malgré la décentralisation et le rôle de chef de file confié aux départements en matière sociale, il n'y a pas de vrai pilote de l'action sociale sur les territoires. La juxtaposition, sinon les chevauchements de politiques sectorielles, de dispositifs autonomes propres à des acteurs éparpillés (État, collectivités locales, Pôle Emploi, CAF, centres communaux d'action sociale, associations, écoles...) sont autant de frein à l'efficacité de l'action sociale.

Conséquence : les dispositifs sont illisibles pour des personnes confrontées à des situations sociales difficiles, et aboutissent à des changements continuels de statuts, sources de confusion, de rupture et bien souvent d'abandon.

Créer des structures interdépartementales de coordination de l'action sociale

Face à la progression structurelle de la précarité, il devient impératif d'organiser la complémentarité des interventions publiques tant au niveau national que sur les territoires, de façon à gagner en efficacité et en lisibilité, avec les moyens disponibles. Afin de coordonner les différents secteurs de l'action sociale, des structures interdépartementales seraient créées. Elles regrouperaient les représentants des institutions et acteurs ayant une compétence relevant de l'action sociale (services de l'État, collectivités territoriales, associations, CAF, Pôle Emploi, représentants de la justice, de la santé, des bailleurs sociaux,...) et bien entendu des comités de bénéficiaires de l'action sociale.

Elles auraient en charge la définition de « projets territoriaux », intégrant des objectifs stratégiques et des orientations générales pour y parvenir. Elles auraient pour missions essentielles : la prévention des situations d'exclusion, la régulation et l'organisation de l'offre de services sociaux sur les territoires, l'observation et la réalisation de diagnostics partagés des besoins sur les territoires grâce à la mise en place d'observatoires régionaux de l'action sociale, et l'évaluation en continu des résultats des politiques d'action sociale.

Un service public de l'insertion des détenus

C'est à partir de ces structures interdépartementales que la FNARS propose notamment de mettre en œuvre **un service public de l'insertion des détenus** dans chaque département, associant le secteur public et les associations concernées, afin de remédier à l'insuffisante coordination entre les services pénitentiaires et les services sociaux. Ce service public permettrait de mettre en œuvre des solutions insuffisamment développées (éviter les incarcérations non nécessaires avant jugement, mieux préparer en amont les sorties de prison, développer les alternatives à la détention et les aménagements de peine) et qui, selon les nombreuses études menées sur le sujet, contribuent à limiter les récidives.

Des banques qui s'enrichissent sur le dos des hôpitaux !

Par le D^r Michèle Leflon, Médecin hospitalier,
Vice-Présidente de la Région Champagne Ardenne

Les charges financières des hôpitaux, liées à leur endettement, représentaient 748 M€ en 2011⁽¹⁴⁾. Elles correspondent en moyenne à 1,1 % des dépenses des hôpitaux, mais avec des variations très importantes : de moins de 0,1 % à plus de 5 % dans une trentaine d'hôpitaux. Ces charges financières sont passées de 400 à 730 M€ entre 2004 et 2010⁽¹⁵⁾.

Ces dettes sont elles légitimes ? Pourquoi une telle augmentation ? Vont-elles continuer à croître ? Comment y remédier ?

Toutes ces questions (et d'autres) ont été mises sur le devant de la scène avec les affaires des emprunts toxiques. Mais au delà de ces dérives (dont le traitement nécessite des mesures allant au delà du discours officiel), il convient d'analyser l'ampleur et les causes de ces charges financières indues pour un service public, avant de lancer des pistes d'une politique alternative d'investissements dans les hôpitaux, permettant la rénovation d'un parc immobilier encore trop souvent vétuste et l'acquisition des matériels médicaux modernes (rappelons par exemple que le taux d'appareils d'IRM est de 9,8 par million d'habitants en France, soit deux fois moins que la moyenne européenne et trois fois moins que le taux allemand).

I L'endettement des hôpitaux

L'encours de la dette des hôpitaux est passée de 8,9 à 24,1 milliards d'euros entre 2001 et 2010, dont 5,964 milliards d'euros d'emprunts structurés, plus de la moitié pouvant être considérés comme à risque, 45 % soit 2 689 000 € à très gros risque⁽¹⁶⁾.

Le rôle du plan hôpital 2007 est important dans cette situation : comme l'indique le rapport d'information de la MECSS de juillet 2012, « Cette évolution est directement liée à la relance des investissements immobiliers dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. En moins de dix ans, les investissements annuels des établissements pu-

blics de santé ont doublé, passant de 3,1 milliards d'euros en 2002 à 6,4 milliards en 2010. Les dépenses de construction ont représenté plus des deux tiers de l'effort d'investissement global. »⁽¹⁷⁾

Rappelons : « Pour 2003, l'appui à l'investissement atteindra 1 milliard d'euros. Ce financement comprendra, à la fois, des apports en capital à hauteur de 300 millions d'euros et des apports en exploitation à hauteur de 70 millions d'euros. Ces derniers sont acquis aux établissements pour une durée de 20 ans et permettront à ceux-ci d'emprunter jusqu'à 700 millions d'euros. » Cette citation du dossier de presse de présentation du plan hôpital 2007 par le ministère le 20 novembre 2002 le précise bien : les subventions apportées par le plan hôpital 2007 devaient en effet être complétées par des emprunts, avec d'ailleurs incitation à en chercher les conditions les plus avantageuses, ce qui a justifié des recours à des banques multiples – Dexia ne représente qu'un peu plus de la moitié des encours – et facilité les stratégies commerciales des banques, car, comme l'indique le rapport d'activité 2009 de la cour des Comptes, « En définitive, le succès des emprunts dits « structurés » auprès des collectivités et établissements publics locaux et des hôpitaux semble avant tout dû à une stratégie commerciale efficace des établissements financiers, centrée sur des produits permettant d'opacifier la concurrence et de reconstituer des marges. »⁽¹⁸⁾. L'endettement a avant tout progressé dans les CHU où il a été multiplié par 156 % entre 2005 et 2010, de 77 % seulement pour l'ensemble des autres centres hospitaliers⁽¹⁹⁾, tout cela ne constituant que des moyennes avec des situations extrêmement diverses. *Libération*, plus récemment l'hebdomadaire *Le Point*⁽²⁰⁾ ont attiré l'attention du grand public sur ces situations d'endettement.

Elles sont d'autant plus anormales qu'une partie au moins des charges financières n'ont pas lieu d'être (voir ci-dessous), mais elles ne doivent pas masquer une autre réalité, celle des difficultés de trésorerie, également source de dépenses indues et par exemple, selon le rapport de la

¹⁴ Rapport de la Cour des Comptes : la situation et les perspectives des finances publiques - Juillet 2012

¹⁵ Dexia : note de conjoncture Finances hospitalières – Avril 2012

¹⁶ Rapport de l'Assemblée Nationale fait au nom de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque – décembre 2011

¹⁷ Rapport d'information MECSS financement Établissements de Santé - juillet 2012

¹⁸ Rapport d'activité 2009 de la Cour des Comptes

¹⁹ Rapport d'information MECSS financement Établissements de Santé - juillet 2012

²⁰ *Le Point* – 14 juin 2012

Cour régionale des comptes de Bretagne, l'hôpital de St-Malo a vu progresser ses charges financières liées à sa trésorerie de 5 900 € en 2006 à 8 2532 € en 2009, le financement de deux ou trois emplois parti vers les banques ! Les emprunts structurés correspondent à la volonté des banques de reporter le risque financier de l'emprunt sur l'emprunteur, le risque étant variable, mais pouvant être très alléchant en diminuant les premières annuités, opacité commerciale et crise financière faisant le reste !

Et en ce qui concerne les hôpitaux, le risque a été pris par les directeurs seuls, du fait des transformations antidémocratiques de la gouvernance des hôpitaux, avec l'ordonnance du 2 mai 2005, qui, au prétexte de simplification administrative de la gestion des hôpitaux, a permis que le directeur de l'établissement soit seul compétent pour conclure un contrat d'emprunt, renforcée par la loi HPST supprimant les conseils d'administration des établissements de santé publics pour les remplacer par des conseils de surveillance. Le décret du 14 décembre 2011, s'il a imposé un contrôle du directeur de l'ARS dans les cas d'emprunts les plus lourds, ne change rien au caractère antidémocratique des textes précédents, tout au plus contribue-t-il à limiter les emprunts, à protéger les directeurs et, faut-il l'espérer, à éviter des emprunts toxiques par naïveté !

Sans être le plus dramatique, le cas de l'hôpital de St-Dizier, qui vient d'être reconstruit dans le cadre du plan hôpital 2007, est intéressant à rapporter car une bonne part des éléments en sont publics, ce centre hospitalier ayant été l'objet d'un contrôle de la Cour régionale des comptes de Champagne-Ardenne avec un rapport d'observations définitives paru en octobre 2009⁽²¹⁾ et son directeur entendu par la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale⁽²²⁾. Dans sa synthèse la Cour régionale des comptes notait simplement : « *L'infléchissement en 2007 de certains paramètres financiers et des indicateurs d'activité, ainsi que le déficit prévu de l'exercice 2008, justifient une certaine inquiétude quant à la phase transitoire que va traverser cet établissement : la période de déménagement et les premières annuités des charges financières liées au nouvel hôpital. A plus long terme, la présence d'emprunts structurés dans l'encours de la dette appelle à la vigilance* ». Ce rapport, qui commence à dater, justifiait presque la recherche faite pour minimiser les premières annuités des emprunts, quitte à hypothéquer l'avenir en recommandant uniquement de la vigilance pour le long terme. Qu'en est-il

exactement ? Les déclarations du directeur de ce centre hospitalier à la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale sur les produits financiers à risque précisent les emprunts : près de 40 % des 60 M€ d'encours de dette sont risqués, souscrits auprès de plusieurs banques, Dexia et la Caisse d'Épargne, deux d'entre eux basés sur des CMS (constant maturity swaps) et le troisième, à taux fixe de 3,05 % jusqu'en 2023, à taux variable ensuite, en fonction de taux de change dollar/franc suisse, bref, l'inconnue la plus totale ! Ce qui avait d'ailleurs permis à une organisation syndicale de cet hôpital, de contester le taux des emprunts qui avait circulé en octobre dernier : aucune prévision ne peut effectivement être faite, mais le risque est très réel : avec le cours du change du 10 août 2011, le taux de l'emprunt serait de 20,17 % !

II Perspectives et pistes de réflexion et de propositions

Les investissements tant immobiliers qu'en équipements sont plus que jamais nécessaires : ce n'est évidemment pas dans des partenariats public-privé que se trouve la solution : l'exemple de l'hôpital sud francilien en a montré les gâchis et on ne peut que se réjouir du dépôt à l'Assemblée Nationale par Jacqueline Fraysse, députée du Front de Gauche des Hauts-de-Seine, d'une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur le scandale du nouveau centre hospitalier sud-francilien !

Beaucoup plus intéressantes sont les propositions de *Pour une santé et une protection sociale solidaires* publié sous la direction de J.-L. Gibelin : « *que soit créé un budget d'État consacré à l'investissement hospitalier public, selon un plan pluriannuel et les évolutions nécessaires à l'activité et les progrès techniques, conformes à la politique de santé publique* ». Et pour les équipements et matériels lourds, proposition est faite de revenir à des emprunts auprès de la Caisse des Dépôts à taux zéro. Car si les hôpitaux n'alimentaient pas les banques, il pourrait y avoir 20 à 30 000 emplois supplémentaires dans les hôpitaux pour les mêmes budgets !

L'idée lancée actuellement est d'utiliser le grand emprunt pour les hôpitaux : ce serait effectivement préférable que ce grand emprunt soit consacré à des investissements publics, pas comme les plans hôpital 2007 et 2012 qui se sont adressés à l'ensemble des établissements de santé, ou comme l'attribution des crédits d'aide à la construction d'établissements pour personnes âgées de la CNSA : à Vouziers par exemple, un projet d'EHPAD est porté de longue date par l'hôpital public, un projet qui rencontre beaucoup d'obstacles, et c'est une construction

²¹ Cour Régionale de Comptes de Champagne Ardenne – Rapport d'observations définitives sur l'examen de la gestion du Centre Hospitalier de St-Dizier – octobre 2009

²² Rapport de l'Assemblée Nationale fait au nom de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque – décembre 2011

d'ORPEA qui est aidée par la CNSA : les prix de journées seront rédhitoires pour une bonne part de la population du secteur⁽²³⁾ !

Investissements, ou tout simplement abondements des lignes de trésorerie, une situation qui devient dramatique pour nombre d'établissements hospitaliers en ce début d'été 2012, rendent nécessaires deux mesures qui seraient un vrai changement :

- desserrer l'étau financier des hôpitaux publics et un ONDAM annoncé à 2,7 % en 2013 est notoirement insuffisant : la maîtrise du déficit de la Sécurité sociale ne peut passer par une réduction des dépenses mais nécessite une augmentation des recettes, des recettes qui pourraient être créatrices d'emploi si les cotisations étaient modulées en fonction de la volonté des entreprises de créer des emplois de bonne qualité, de former leurs salariés, de s'orienter vers la planification écologique.
- créer un véritable pôle public bancaire permettant d'investir dans l'avenir sans obérer les emplois actuels par des charges financières indues, enrichissant les banques privées. Et juste un commentaire, avec une pointe d'ironie : la Fédération Hospitalière de France propose la création d'un livret H au moment où le gouvernement retarde l'application promise pendant la campagne électorale d'un doublement du plafond du livret A. Plus que jamais, la mobilisation est nécessaire pour un vrai changement !

Une troisième réforme est tout aussi nécessaire permettant de réguler les investissements en fonction des besoins : c'est un accroissement sans précédent de la démocratie sanitaire. L'abrogation de la loi HPST en est le préalable : on a vu par exemple les dégâts faits par un directeur ayant tout pouvoir pour emprunter et il est indispensable de redonner de vrais pouvoirs aux conseils d'administration des hôpitaux, mais il faut aussi supprimer les Agences Régionales de Santé et remplacer la mascarade de concertation actuelle avec des commissions régionales de la Santé et de l'Autonomie dont une bonne part des membres sont nommés (y compris les représentants des usagers) par le directeur de l'ARS ou le préfet ou sous contrôle de ceux-ci (pour les directeurs d'établissement par exemple) par de vraies instances d'élaboration des réponses aux besoins de santé : le rétablissement des élections des représentants des salariés à la sécurité sociale est une étape incontournable. Car la répartition des investissements ne peut être le résultat de luttes de pouvoir et la Cour des comptes note elle-même que dans le cadre du plan hôpital 2007 « *des aides complémentaires ont été attribuées ultérieurement de manière sélective à certains EPS, suite à des interventions directes des ministres en exercice* »⁽²⁴⁾. Ce ne peut être non plus un alibi pour fermer des hôpitaux voisins et pour reprendre l'exemple de St-Dizier, la maternité de l'hôpital voisin de Vitry-le-François est maintenant menacée, ni pour fermer des lits pour forcer à une diminution de la durée d'hospitalisation, trop souvent source de complications à domicile !

C'est dire tout l'impératif d'une vraie démocratie sanitaire !

²³ RAA N°10 du 10 juillet 2012 spécial PRIAC – Préfecture de Région de Champagne Ardenne

²⁴ Rapport d'activité 2009 de la Cour des Comptes

Vers un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours

Par le D^r Alain Beaupin,
Président de la Confédération des syndicats de médecins salariés non hospitaliers

Une réforme du cadre d'exercice de la médecine de premier recours a été annoncée par la Ministre chargée de la santé. La présente note vise à attirer l'attention sur quelques points de vigilance à prendre en compte impérativement. On y exposera un point de vue sur l'état d'esprit des professionnels. La situation actuelle est caractérisée par une attitude maltraitante à l'égard des professionnels. Pour l'avenir, une attitude de bien-traitance est préconisée. On insistera aussi sur l'importance du cadre juridique des nouvelles structures, sur l'importance du statut des professionnels et sur celle du type de financement. L'important enjeu de l'intégration des services de prévention dans les nouvelles structures organisées sera abordé en guise de conclusion.

1 - L'état des lieux

Les esprits sont désormais mûrs pour envisager un nouveau cadre d'exercice de la médecine de premier recours. Plusieurs points font l'objet d'un consensus : la médecine s'y exerce en équipe, le pivot de l'équipe est la médecine générale, l'équipe est pluri professionnelle. Elle peut associer des généralistes, d'autres spécialistes, des professions paramédicales, et d'autres professions médicales (pharmaciens d'officine, chirurgiens dentistes, sages-femmes, biologistes médicaux). Il existe désormais une volonté politique forte de faire avancer certains valeurs : respect des tarifs conventionnels, accès universel au tiers payant, priorité à la réduction des inégalités de santé, mettre un terme aux inégalités territoriales d'accès aux soins.

Sur certains aspects, les avancées se feront au rythme de la maturation des esprits qui devront se convaincre que, cette fois enfin, on n'en veut pas à leurs intérêts. Il en est ainsi des coopérations professionnelles et des transferts de responsabilité. Sur d'autres points stratégiques, le dialogue devra être poursuivi avec les professionnels et les gestionnaires du système. Citons l'intégration des soins de premiers recours et de la prévention collective, l'évolution de la pensée médicale vers un modèle moins biomédical, le sevrage de la dépendance intellectuelle et financière vis à vis des intérêts industriels.

2 - L'expérience des modèles existants

Les maisons de santé

Les maisons de santé ont connu un grand engouement auprès des décideurs publics ces dernières années. Ces maisons de santé, on ne le dit pas assez, sont les successeurs du mouvement de la médecine de groupe des années soixante et soixante dix du siècle dernier. On se souvient que nombre de cabinets de groupe libéraux dans l'après soixante huit sont allés jusqu'à intégralement mutualiser les honoraires de leurs membres. Cette médecine utopique n'a pas résisté au choc des problèmes non résolus, ceux posés par la gouvernance et le financement. Les maisons de santé arrivent à leur tour au bout d'un cycle. L'expérimentation dite des nouveaux modes de rémunération (eNMR) visait à financer l'effet structure de l'exercice regroupé dont la valeur ajoutée commence à être mieux admise. On retiendra surtout de cette expérience l'omission initiale des problématiques liées à un fonctionnement organisé. Il aura fallu attendre trois ans après le début de l'expérimentation pour que les pouvoirs publics sécurisent les aspects fiscaux. Les questions de responsabilité et de gouvernance quant à elles, semblent avoir été laissées à l'appréciation des dieux de l'Olympe sensés veiller sur la Médecine et ses disciples.

Les centres de santé

Les centres de santé sont les héritiers des dispensaires. A ce titre, ils s'inscrivent dans des valeurs sociales, dont le tiers payant est le symbole. Ils sont gérés par des communes, des organismes mutualistes, ou d'autres acteurs privés. Les pratiques pluri-professionnelles sont inscrites dans leurs gènes, tout comme l'attention à la prévention et au bon usage des ressources. Leur positionnement se situe clairement dans la médecine de premier recours dont la médecine générale est le pivot. Pour autant ils intègrent l'usage français qui place certaines pratiques d'autres spécialités dans le premier recours. De même ils transgressent fréquemment la séparation du médical et du social, en intégrant des services sociaux, voire des services régis par d'autres dispositifs. Ils gèrent différents services de prévention pour le compte de l'État ou des collectivités territoriales (dépistage du VIH et des IST, vaccinations, dépistage des cas sujets contacts de tuberculose, PMI, planification familiale).

Les centres de santé disposent de la personnalité morale, ou à défaut inscrivent leurs activités au sein d'organisations qui en disposent. C'est ainsi que dans un centre de santé municipal c'est le Maire de la commune qui est appelé lorsque la responsabilité d'un praticien ou du service est examinée. Pour les aspects de responsabilité, la gouvernance générale des centres de santé est clairement identifiée, à la différence des maisons de santé.

Au niveau opérationnel la régulation s'effectue dans le cadre d'un dialogue entre praticiens et services administratifs, sans qu'on identifie toujours clairement les prérogatives des uns et des autres. Une chose est certaine, par construction la convention des centres de santé signée avec les seuls gestionnaires, limite sa portée aux seuls aspects organisationnels des centres de santé. Les pratiques médicales sont laissées à la seule appréciation des professionnels, le plus souvent pour le meilleur. On ne saurait donc s'étonner que dans un cadre aussi flou on observe une grande variabilité des pratiques. C'est ainsi que nombre de centres de santé fonctionnent selon un modèle dans lequel les professionnels sont rémunérés à l'intéressement voir exclusivement à l'acte. Il est inutile de développer les dérives auxquelles expose ce type d'organisation. Ce modèle économique invite objectivement à produire des actes unitaires rapides, aux frais de la collectivité. Il n'y a pas si longtemps, ce type de centre de santé pouvait être élevé au rang de modèle de bonne gestion. Il convient désormais d'en mieux apprécier la balance bénéfice risque.

3 - Le contexte

L'hôpital public

L'hôpital public est en difficulté. Il continue à répondre à un modèle de développement issu de la seconde moitié du XX^e siècle, sur lequel nous devons désormais nous interroger collectivement. Les esprits y sont profondément imprégnés de la croyance dans les vertus du progrès biomédical comme ligne d'horizon insurpassable. Cette croyance habite l'ensemble des acteurs, soignants et non soignants. Elle entre en résonance avec les représentations individuelles de nos concitoyens de leur propre santé et de la maladie. On pourrait résumer la problématique par une question : quelle est la finalité de la médecine ? Force est de constater que la réflexion sur ce thème est évincée de la pensée médicale occidentale contemporaine. Elle n'est pas non plus sérieusement discutée dans le débat public national. C'est ainsi qu'il serait illusoire d'attendre de l'hôpital public un rôle moteur dans le renouveau de la médecine de premiers recours.

A cette raison de fond, on ajoutera d'autres motifs pour rejeter cette piste. Citons l'état de grand désordre qui règne dans les esprits, la souffrance des professionnels exposés à un nouveau management public, à une tarification délétère, et à des procédures pesantes, hâtivement transposées du monde de l'industrie. Il ne serait pas raisonnable d'introduire une médecine de ville qui cherche son âme, dans le complexe jeu hospitalier auquel participent un management bureaucratique et des agents dont l'attitude oscille entre révolte, découragement et évitement. Il est sans conteste plus simple et plus efficace de renouveler la règle du jeu.

La médecine libérale

On commet généralement à son propos un contresens. La constance de ce contresens trouve sa source dans l'omission courante d'un fait. Contrairement aux apparences, le métier de médecin de ville comporte deux facettes : le métier de médecin, le métier d'entrepreneur individuel. Dans le modèle de la médecine libérale à la française, ces deux métiers sont simultanément exercés par un seul et même individu, ce qui laisse la quasi totalité des acteurs convaincus qu'il est encore possible de traiter sur le même plan les aspects professionnels et les aspects entrepreneuriaux. Et pourtant c'est impossible comme nous l'enseignent les médiocres performances d'une politique conventionnelle dépassée par les événements et usée après plusieurs décennies de labeur.

Élément encourageant dans ce morne paysage, le réel commence à acquérir une certaine visibilité. Les jeunes médecins, très majoritairement, ne veulent plus exercer en libéral. Ceux qui souhaitent exercer dans des structures d'exercice collectif se heurtent aux limites bloquantes d'un système conventionnel inadapté, organisé pour des individus, et cloisonné par professions.

Un management collectif des médecins par la maltraitance

Parler de maltraitance à propos de la manière dont les politiques publiques régissent leurs rapports avec les médecins peut sembler de prime abord excessif. Relever le phénomène pourrait être interprété comme une mise en accusation, au minimum une remise en cause, de l'envie de bien faire qui anime l'immense majorité des responsables du système de santé. Mais c'est justement de cela qu'il s'agit. Ce n'est pas parce qu'on est animé de l'envie de bien faire, qu'on fait bien. Ce n'est parce que la victime ne porte pas plainte, qu'il n'y a pas maltraitance.

Prenons l'exemple de la régulation des dépenses en médecine de ville. La situation pourrait être simple. Les pouvoirs publics fixent les règles du jeu après concertation avec les acteurs, puis les médecins, profession in-

telle que intellectuellement indépendante par essence, agissent en toute indépendance dans le cadre des règles du jeu ainsi fixées. Les règles évoluent au fur et à mesure des nécessités. Tel devrait être le fonctionnement normal du système de santé. Tel n'est pas le cas.

Le cadre est pourtant clair. Quelles sont les prérogatives de la puissance publique ? Sans être exhaustif on peut énumérer quelques unes de celles-ci. Elle fixe les conditions requises pour se prévaloir de la qualité de médecin, elle fixe le nombre de médecins et leur répartition par spécialités, elle fixe les tarifs conventionnels, elle arrête la liste et les tarifs des examens para-cliniques, elle autorise les équipements lourds, elle établit la liste et les prix des médicaments, elle organise la répartition qualitative et quantitative de l'offre hospitalière. Arrêtons là cette énumération, les instruments de régulation sont pour le moins très solides. Pour autant, la collectivité a considéré que les résultats économiques qu'elle a obtenus ne sont pas satisfaisants. La question de savoir si cette appréciation est exacte ou fautive sort du champ de cet exposé.

Les capis

Toujours est-il que la puissance publique, constatant une carence oblige, a décidé d'externaliser une partie de la gestion du problème auquel elle est confrontée. La condition préalable à la réalisation de cette externalisation étant de trouver un opérateur acceptant d'en faire son affaire, moyennant contrepartie financière. A savoir un agent qui pense y trouver à l'arrivée un bénéfice économique. C'est cette démarche qui sous-tend la rémunération à l'indicateur connue sous le nom de contrats d'amélioration des pratiques individuelles (capi).

On ne fera pas ici la synthèse d'une problématique qui mérite un traitement autonome. On se contentera de relever que la rémunération à l'indicateur est justifiée par des motifs économiques, et qu'elle se traduit par un avantage économique pour celui qui s'y inscrit, sans que le patient en soit toujours clairement informé. On relèvera également, ce qui est peu évoqué, et jamais contesté, qu'aucune preuve sérieuse n'existe en faveur d'une action positive du paiement à l'indicateur sur l'amélioration de la qualité de vie en bonne santé des patients inclus. Le débat sur ce sujet n'est pas clos, loin s'en faut, au regard de l'importance des enjeux pour les promoteurs et acteurs du dispositif, enjeux économiques et enjeux d'influence.

Les retours du terrain, notamment au sein de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, commencent à montrer les très grandes difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels pour adapter leurs pratiques aux contraintes du jeu. Animés d'intentions positives, les acteurs se trouvent confrontés à une

impossibilité d'agir selon les règles imposées auxquelles ils ont souscrit. Les signes de souffrance apparaissent. Le phénomène observé s'inscrit clairement dans le cadre de l'injonction paradoxale, amenant à évoquer le diagnostic de maltraitance. Nous soutiendrons la thèse que l'émergence de la rémunération à l'indicateur, qui impose par définition un suivi exhaustif et pour tout dire bureaucratique de ces derniers, s'explique avant tout par l'incapacité à décider de sortir du paiement à l'acte.

Les restrictions à la liberté d'installation

Prenons encore un exemple récent caractéristique de ce phénomène d'injonction paradoxale qu'il convient de dénoncer pour ne pas l'emporter dans les valises de la réforme attendue. Il s'agit de cette tentation de contraindre les jeunes médecins à s'installer dans des régions désignées. Si cette piste était suivie, à l'instar de ce que nous avons vu avec les capis, la puissance publique se comporterait comme se défaussant sur ses médecins d'un problème dont elle a la charge et qu'elle est incapable de résoudre. Incapable d'organiser les conditions de l'accueil des jeunes médecins dans les territoires, dans des conditions d'exercice attractives et de rémunération sécurisantes, elle voudrait que ceux-ci créent des cabinets privés, ce dont ils ne veulent plus entendre parler pour la plupart d'entre eux car ils n'ont aucune aspiration à devenir des entrepreneurs.

4 - Un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours

Le cadre juridique

Comme on l'a vu précédemment, les modalités d'exercice de la médecine de premier recours regroupées sont de deux types : maisons de santé libérales et centres de santé. Les rapports de ces structures avec l'assurance maladie sont régis par pas moins de dix conventions indépendantes les unes des autres. Les maisons de santé ne disposent pas d'un cadre permettant la sécurité juridique et la régulation interne, les centres de santé sont caractérisés par une grande hétérogénéité. Le cadre hospitalier ne convient pas.

Il est souhaitable de mettre en place un cadre réglementaire structuré répondant aux nécessités du temps présent. A l'instar des groupements de coopération sanitaire établissements de soins (GCS), articulés autour de l'hôpital, les territoires doivent pouvoir disposer d'un type d'organisation dont la médecine générale sera le pivot, à même d'intégrer ou d'associer l'ensemble des acteurs qui le souhaitent, notamment hospitaliers, de médecine préventive (médecine du travail, PMI, santé scolaire) et médico-sociaux.

Les conditions d'exercice professionnel

A côté de l'exercice libéral, le libre choix du salariat doit pouvoir être proposé aux médecins et aux professionnels de santé qui le souhaitent. Ce salariat doit être organisé dans des conditions sécurisantes pour les praticiens comme pour les organisations, mettant notamment ces dernières à l'abri des surenchères ou des difficultés de recrutement dans la situation de pénurie relative que nous traversons actuellement. Il doit permettre la mobilité géographique. Il doit d'emblée intégrer la possibilité d'évolutions professionnelles dans les différents secteurs du système de soins, à l'hôpital, dans la médecine de santé publique et dans la médecine de prévention actuellement dispersées dans les trois fonctions publiques sous des statuts divers désormais inadaptes aux besoins.

Le financement et son évaluation

Si l'on veut bien laisser de côté les dogmes du paiement à l'acte et du paiement à l'indicateur, l'espace est très ouvert pour adopter des modes de financement répondant à des critères évaluables. L'expérience des centres de santé réalisant les missions recentralisées (vaccinations, IST, tuberculose) pour le compte de l'État montre qu'il est possible de financer des missions de façon parfaitement transparente et évaluable. Les missions sont clairement identifiées, elles correspondent à un service précis et contrôlable. Elles engagent des moyens clairement définis et vérifiables. Elles donnent lieu à un dialogue de gestion périodique avec les Agences Régionales de Santé.

La nature des missions éligibles est aussi vaste que les besoins de santé à couvrir et les services à mettre en regard. Sans aucune prétention à l'exhaustivité on peut citer des missions par populations (les femmes enceintes, l'enfance et l'adolescence, le maintien à domicile des personnes âgées, les populations vulnérables, le handicap, la maladie mentale, les maladies chroniques) ou des missions par service (suivi vaccinal, planification familiale et IVG, enseignement universitaire, recherche en médecine de premier recours).

La littérature sur les modes d'allocation des ressources est suffisamment abondante pour que les décideurs soient plus confrontés à « l'embarras du choix » qu'à la pénurie d'idées. En tout état de cause si paiement à l'acte il doit y avoir, en complément des forfaits par missions ou par individu pris en charge, ce ne peut être que pour des actes techniques, comme l'imagerie, la biologie médicale ou pour des actes ponctuels comme en situation d'urgence.

5 - La place de la prévention

Quelle place la prévention doit-elle occuper dans la médecine moderne ?

Comme on l'a vu précédemment, le paysage sanitaire est actuellement dominé par le modèle biomédical. Longtemps, les services de prévention ont été constitués et défendus par la puissance publique en opposition au modèle biomédical et à la médecine d'organe. Il en allait de l'émergence puis de la défense d'un autre modèle de pensée. Pour autant, l'attitude défensive imposée par la nécessité d'assurer la survie de l'espèce a conduit à un enfermement des services de prévention organisée dans leurs propres limites. C'est ainsi que les acteurs de la prévention, dotés d'un courage admirable, doivent composer avec des tutelles diverses, pour qui la santé n'est pas une mission prioritaire, et avec des statuts multiples sans cohérence globale. Le tout sans qu'aucun projet cohérent ne semble se dégager, au niveau national comme au niveau territorial.

Le temps est venu de rechercher un nouveau positionnement des services de prévention au niveau territorial en les associant aux services de soins. Ils devront être confortés dans leurs moyens et élargis dans leurs missions.

Faisons en sorte qu'à partir de ce nouveau positionnement les services de prévention soient à même de se consolider et de largement diffuser au cœur de la médecine de premier recours leurs pratiques médico-sociales innovantes et économes de ressources.

Note relative à la branche AT/MP

Par M. Christophe Rondel,
Economiste de la santé, Attaché parlementaire

Selon le rapport remis le 11 juillet dernier par Jean-Pierre Godefroy (PS, Manche) et Catherine Droche (UMP, Maine-et-Loire), le montant cumulé des déficits de la branche AT-MP s'élevait au 31 décembre 2011 à 1,7 milliard d'euros. Une dette dont certains voudraient – notamment à droite – qu'elle soit transférée à la CADES. L'actuel rapport – par Jean-Pierre Godefroy – est opposé à cette solution au motif qu'un tel transfert aurait pour effet de faire supporter une partie des dépenses AT-MP par les assurés, ce qui n'est pas conforme à l'esprit du CNR. En ce sens, nous pouvons souscrire à son analyse.

Toutefois, il faudra sans doute être particulièrement vigilant dans les années à venir. Les déclarations des deux co-rapporteurs tendant partiellement à assimiler la branche AT-MP avec les autres branches : « *cette situation déficitaire est conforme à celle des autres branches dont les ressources sont assises sur la masse salariale, contrairement aux autres risques couverts par la sécurité sociale, aucune décision n'a à ce jour été prise afin de résorber la dette cumulée dont l'évaluation même reste, à la surprise de vos rapporteurs, quelque peu difficile* ». Or on sait que le PS est tenté par une substitution partielle du financement de la Sécurité sociale par d'autres ressources que les cotisations assises sur la masse salariale, par exemple par une part de cotisation sociale dont l'assiette ne reposerait plus sur la masse salariale mais sur la valeur ajoutée.

Rapport de la MECSS, des solutions insatisfaisantes

Le rapport de la MECSS propose trois pistes différentes dont l'examen mérite d'être attentif.

La socialisation de la dette

Comme le précise le rapport lui-même, cette première possibilité est celle envisagée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le transfert de la dette à la Cades et consiste en un transfert de la dette vers la CADES. Cette solution présente deux inconvénients majeurs. Tout d'abord, elle devrait être accompagnée d'une augmentation de la durée de vie de la CADES et/ou de la création d'une ressource supplémentaire via l'augmentation de la CRDS. Cette augmentation reviendrait à transférer une partie du financement de la branche sur les ménages,

c'est-à-dire sur les salariés, ce qui n'est pas conforme à l'esprit du Conseil National de la Résistance. Le rapport semble toutefois écarter cette solution, ce qui est plus que souhaitable.

Distinguer le financement de la dette conjoncturelle et celui de la dette structurelle

Le rapport propose également une seconde solution, qu'il présente comme « médiane » « *entre financement par les entreprises et socialisation* » et qui consisterait à faire supporter la part du déficit structurel 2009-2010, c'est-à-dire celle liée aux dépenses de la branche par les entreprises, alors que la part conjoncturelle du déficit – dont le rapport précise qu'elle résulte de « *la brusque dégradation de la conjoncture économique dont les entreprises ne sont pas responsables* », serait transférée à la CADES et donc socialisée. Cette analyse n'est pas sans soulever d'importantes interrogations qui sont autant de réserves. Peut-on souscrire pleinement à l'analyse des rapporteurs selon lequel une partie des déficits résulterait de la crise, alors que le rapport de la Cour des comptes, démontre combien l'essentiel de la dette sociale résulte des politiques de sous-financement mises en œuvre depuis des années ?

Peut-on considérer comme le précise le rapport que « *les entreprises ne sont pas responsables* » de ce déficit conjoncturel, alors qu'elles ont volontairement souscrit à des mécanismes de sous-déclaration, que certaines d'entre elles ne respectaient pas les procédures de déclarations afin de ne pas faire augmenter leur taux de sinistralité (qui fait varier le taux de cotisations) et que depuis des années, les entreprises font massivement le choix de favoriser la rémunération du capital, contre une politique d'emploi et de rémunérations de qualité ?

Enfin, peut-on accepter que la part dite conjoncturelle soit assumée par l'impôt au motif que les entreprises ne seraient pas responsables de la crise ? Est-ce à dire que les rapporteurs considèrent que les contribuables, c'est-à-dire les salariés sont partiellement responsables de cette crise, raison pour laquelle ils devraient partiellement régler l'ardoise sociale, qui plus est par un financement fiscal ?

Augmenter les cotisations sociales

Enfin, dernière proposition envisagée par le rapport, l'augmentation des cotisations sociales suivie d'une baisse une fois la dette sociale apurée. Une option que le rap-

port précise comme étant « *la plus conforme à la logique assurantielle de la branche* » mais qui semble ne pas retenir l'attention des rapporteurs.

Les préconisations la Cour des comptes sur la prévention des risques professionnels

Dans le même temps, la Cour des comptes travaille à l'élaboration d'un rapport sur la « *politique de prévention de la branche accidents du travail/maladies professionnelles du régime général* » qui devrait contenir certaines recommandations en ce qui concerne non pas exclusivement son financement – ce qui pourrait être son rôle – mais bel et bien sur une nouvelle orientation de la politique de prévention des risques professionnels, dans le but recherché de réduire les dépenses assumées par la branche AT-MP. Cela est étonnant puisque l'on pourrait penser que la recherche d'une nouvelle orientation des politiques préventives dans les entreprises devrait être de la responsabilité des partenaires sociaux et non d'une cour à vocation comptable. Cette étude n'est pas encore rendue officielle, toutefois, des journalistes de la revue « *Santé et Travail* » se sont procurés ce document provisoire.

« Le projet de recommandation n° 1 » : « adopter la valeur de risque comme principal indicateur de sinistralité »

Telle est la première recommandation de la Cour des comptes qui propose de modifier les indicateurs actuels, qui servent à estimer la sinistralité et le taux de cotisations. Les indicateurs actuels, nombre de maladies ou d'accidents en premier règlement, nouvelles incapacités permanentes, nombre de décès, taux de fréquence et de gravité, seraient substitué par un indicateur unique correspondant à la dépense engagée par les caisses. Si ce nouvel indicateur unique peut paraître séduisant dans la mesure où il semble permettre une adéquation entre un risque et son coût et donc assurer l'équilibre financier de la caisse, il ancre définitivement la branche AT-MP dans une logique exclusivement assurantielle. Qui plus est, les indicateurs existants permettraient de sanctionner financièrement les entreprises récidivistes, ce qui semblerait plus complexe si toutefois ce nouvel indicateur unique était retenu. Sans doute faudrait-il interroger dès la reprise les organisations syndicales à ce sujet. En outre, dans l'état actuel de sa rédaction, le rapport semble laisser croire que les actions de la branche devraient se consacrer aux pathologies les plus coûteuses : « L'ensemble des actions entreprises par la branche devrait donner lieu à une caractérisation fondée sur cette notion centrale de valeur de risque, qui est l'indicateur de sinistralité utilisé par les assurances en général ».

Quid des TMS et des risques psychosociaux ?

Qui plus est, le « pré-rapport » de la Cour des Comptes tend à laisser penser que les dépenses de la branche au titre des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), seraient surestimées. D'après la revue : « Les rapporteurs considèrent en effet que les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent « une sinistralité surestimée » et s'interrogent sur l'opportunité d'en faire une priorité d'action de prévention, comme cela a été inscrit dans la convention d'objectif et de gestion (Cog) entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et dans le plan national d'actions coordonnées des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) ».

On voit combien cette analyse est strictement comptable et tend à induire une réduction massive des dépenses de la branche assumée au titre des TMS. Pour justifier une telle mesure, la Cour des Comptes considère que les TMS présentent une faible sinistralité dans la mesure où elles n'entraînent pas de décès. La cour considérant que l'action préventive et les dépenses de la branche devant se concentrer sur les pathologies à forte sinistralité, il apparaît évident que dans cet esprit, les TMS pourraient ne plus relever de la branche AT-MP. La Cour des Comptes enfonçant le clou en considérant que les salariés pouvaient être eux-mêmes responsables de l'apparition des TMS : « *Si certaines tâches emportent quasi automatiquement à partir d'un certain niveau de répétition l'apparition de TMS, il est beaucoup d'autres facteurs indépendant du travail qui y contribuent aussi comme l'âge, les activités de loisir ou domestiques (les femmes sont plus atteintes que les hommes), le patrimoine génétique* ». *Poussant le raisonnement à son paroxysme, on pourrait se demander si les origines personnelles des TMS ne pourraient pas engendrer dans l'avenir, un financement des dépenses liées aux TMS par les salariés eux-mêmes.*

Bien que le rapport de la Cour des Comptes n'aborde pas cette question, on peut craindre que le raisonnement appliqué aux TMS soit calqué sur celui des troubles psychosociaux, dont les employeurs – pour se déresponsabiliser – ne cessent de prétendre qu'ils sont régulièrement la conséquence de faiblesses psychiques des salariés, sans liens avec les conditions de réalisation de leur activité professionnelle.

Conclusion

Au regard de ces deux rapports, il convient d'être particulièrement vigilant dans le débat qu'il y aura dans l'avenir sur le financement de la branche et sur les éléments prises en charges par celle-ci, particulièrement autour de la notion de « concentration » de l'action de la branche sur ses missions présentées comme réelles.

Billet d'humeur : Tout enfant est légitime

Par le D^r Michel Limousin,
Médecin à Malakoff

Est-ce que les gens naissent égaux en droits à l'endroit où ils naissent ?
in « *Né quelque part* », Maxime Le Forestier

L'été se termine et les salles d'attente se remplissent à nouveau. Des enfants, beaucoup d'enfants. Et parmi eux, les enfants pauvres. Faciles à reconnaître et toujours plus nombreux : ils n'ont pas eu de vacances, pâlichons, une certaine tension. Je n'ose leur demander ce qu'ils ont fait cet été. Et encore parmi eux, une catégorie plus difficile à identifier, les enfants en situation illégale. Pas de papiers. L'insécurité. Une tendance des parents à ne pas exposer leurs problèmes. Une famille stressée. Les difficultés d'argent pour se soigner. Pas toujours de toit. Le sentiment d'être illégitime. Il faut prendre en compte cette situation. Pas facile pour le médecin. Pas facile pour personne.

Nous sommes en 2012. Le gouvernement a changé ; il annonce une politique humaniste, des grands sentiments. O.K., c'est mieux que le mépris affiché précédemment. Des mesures ont été prises : arrêt de l'obligation de payer une somme de 30 euros pour bénéficier de l'Aide Médicale d'État, modification de circulaires, réduction des mises en centre de rétention administrative pour les enfants (sauf exception quant-même !).

Mais les expulsions continuent. Les camps de Roms sont fermés sans solutions de relogement. Tout ce qui a pu être déjà construit pour un peu d'intégration est par terre. Et toujours cet accueil aussi difficile dans les préfectures. Les lois ne changent pas.

La gauche doit parler en termes de droits. Bien sûr, on nous ressort ce qu'avait dit Rocard, il y a vingt ans : on ne peut pas accueillir toute la misère du monde. Mais alors allons-nous définir clairement quels sont les droits que nous donnons aux étrangers sur notre territoire ? Peut-on définir une telle politique autrement qu'en terme de droits (et de devoirs) ? Va-t-on sortir des ambiguïtés ? Une réflexion s'impose.

Commençons par les enfants.

Quels sont les droits dont dispose un enfant sans papiers en France ? Pourquoi ces droits seraient-ils conditionnels c'est-à-dire conditionnés à quelque chose ?

Un enfant est un enfant. Aucun n'a demandé à naître ou à vivre quelque part. Il est là. Rien ne peut justifier une inégalité par rapport à un autre enfant. Et si sa famille est passée clandestinement dans notre pays, il n'y est pour rien. Souvenons-nous de temps pas si anciens où des enfants étaient déclarés « illégitimes » et ne pouvaient pas bénéficier des mêmes droits que leurs frères ou sœurs parce que « mal nés, adultérins, non reconnus ». Ces temps sont révolus dans le droit français. Pourquoi continuer dans cette voie d'un autre âge ?

Proposons un principe général à appliquer plutôt que des grands sentiments à ressentir : **Tout enfant est légitime**. Légitime à vivre, à être là où il est, à recevoir les soins et l'éducation dont il a besoin. Légitime à vivre avec sa famille, son père et sa mère. Légitime à accéder au droit commun. A être respecté.

Et la France s'en portera mieux. Elle assurera son avenir. Elle limitera les frustrations de populations marginalisées. Elle a un besoin vital de jeunesse.

Alors il faut inscrire dans notre droit positif cette disposition. Donner des papiers aux enfants et à leur famille lorsqu'ils sont présents sur le territoire national. Favoriser une politique de regroupement familial. Permettre à ces enfants d'accéder à l'école et à l'éducation et aux familles d'accéder au travail, au logement, aux soins. Et en attendant supprimer comme l'ont proposé les parlementaires communistes sans succès ces dernières semaines, le délit de solidarité qui met en danger les personnes qui organisent la solidarité concrète vis-à-vis de ces personnes « illégales ».

Oui, la France s'honorerait de déclarer que tous les enfants sont légitimes à être là où ils sont.

Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ? Une contribution des professionnels de santé des centres de santé

NDLR : Ce texte a été élaboré par les D^r Alain Brémaud, Lydia Caillaud, Fabien Cohen, Jean-Victor Kahn, Eric May, M^{mes} Danièle Messant, Véronique Racine et le D^r Louis-Albert Steyaert, représentants des instances de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé, du Syndicat National des Chirurgiens Dentistes de Centres de Santé et du Syndicat National des Kinésithérapeutes de Centres de Santé.

Introduction

L'offre de soins ambulatoire, dite de premiers recours, médicale et bucco-dentaire, est amenée à connaître dans les prochaines années une profonde mutation. Elle doit faire face en effet aux nouveaux besoins de santé des populations, aux maladies chroniques et aux polyopathologies chez des patients toujours plus âgés. Ces maladies, par leur fréquence, posent la question d'une politique de santé qui mette en lien soins et prévention à la hauteur des enjeux sanitaires. Elles justifient aussi le développement de nouvelles pratiques médicales, pluri-professionnelles et coordonnées, moins axées sur les seules interventions curatives. Mais dans le même temps, le paysage sanitaire se prête peu en l'état aux transformations nécessaires: désertification médicale, aggravation des inégalités sociales de santé, modèle d'exercice libéral isolé à bout de souffle inadapté aux besoins... L'adoption par un certain nombre de nos confrères libéraux de nouvelles pratiques médicales d'équipe en structures regroupées participe à ce constat : l'offre de soins de premiers recours doit être totalement repensée, en partant des besoins des populations et des territoires. Mais pour que cette refondation soit réussie, qu'elle réponde aux attentes, elle devra associer tous les acteurs de santé mais aussi les élus et les usagers. Elle devra faire le bilan de l'existant et examiner toutes les expériences, passées et présentes, d'offre de santé originale ou alternative.

Parmi celles-ci, les centres de santé français ont aujourd'hui une place unique dans l'offre de santé. Seules structures ambulatoires à garantir l'accès aux soins pour tous, ils sont aussi des acteurs de santé publique et de promotion de la santé auprès des populations. Ils ont développé des pratiques innovantes au service des usagers. Pourtant, au moment où tout le monde s'accorde sur la modernité des centres de santé, que de nouvelles créations sont annoncées dans des zones rurales et suburbaines, de nombreux centres sont paradoxalement menacés dans leur existence par manque de financements. Et s'il est un frein au développement des centres qui est souvent évoqué, c'est celui de leurs coûts. Une réflexion sur les modèles économiques des centres de santé s'est d'ailleurs engagée depuis plusieurs années, menée tant par les

pouvoirs publics que par les promoteurs et gestionnaires des centres.

Les organisations des professionnels de santé des centres ne pouvaient rester en dehors d'un débat qui va déterminer l'avenir des centres mais aussi des pratiques des soignants qui y exercent. Elles ont donc décidé d'apporter leur contribution par ce document, fruit du travail collectif de plusieurs de leurs représentants. Ce document a pour objectif d'ouvrir le débat avec les promoteurs des centres et les pouvoirs publics pour créer avec eux de nouveaux modèles médico-économiques de développement des centres de santé. Cette démarche est apparue d'autant plus nécessaire que la multiplication de ces structures dans le pays serait une solution efficace, tant pour répondre aux besoins des populations, qu'aux aspirations nouvelles des professionnels de santé alors que l'on s'alarme (à juste titre) de la problématique de la démographie médicale et de la crise de vocation des soignants.

ÉTAT DES LIEUX

1. Les raisons objectives de promouvoir les centres de santé

Nous préconisons que soit défendue, développée, encouragée et facilitée la réponse sanitaire que représentent les centres de santé. Notre démarche ne vise pas à les promouvoir pour nous-mêmes ou pour eux-mêmes, mais bien parce qu'ils répondent aux besoins de santé exprimés, étudiés et répertoriés dans notre pays.

a) Les centres de santé correspondent aux besoins des populations :

- en facilitant l'accessibilité sociale aux soins et en contribuant ainsi à réduire les inégalités sociales de santé,
- en permettant d'enrayer les inégalités territoriales de réponse ambulatoire aux besoins de santé,
- en étant un outil, associant compétences et proximité, pour mettre en œuvre des actions de santé publique adaptées localement aux populations,

- en plaçant, dans la complémentarité sanitaire et sociale, préventive et soignante, l'usager au centre des préoccupations de santé publique,
 - en sécurisant les patients par un lieu centralisé avec un plateau technique adapté et une équipe pluri-professionnelle compétente.
- b) Les centres de santé proposent une pratique moderne
- en répondant aux exigences modernes de soins coordonnés et de pluridisciplinarité,
 - en pratiquant la prévention et l'éducation sanitaire hors les lieux de soins,
 - en proposant le juste soin sans redondance, avec un dossier médical commun
 - en contribuant à l'enseignement et à la formation initiale et continue des professionnels.
- c) Les centres de santé sont une réponse aux attentes majoritaires des professionnels de santé
- En proposant des conditions d'exercice regroupé, un travail d'équipe, le salariat et des conditions de vie plus adaptées à la vie actuelle.
- d) Les centres de santé favorisent une organisation sanitaire plus rationnelle
- En étant à la fois complémentaires et alternatifs aux autres modes d'exercices ambulatoires, ils sont facilitateurs pour le travail en réseau et le nécessaire lien ambulatoire-hôpital.

2. Les atouts des centres de santé

Les centres de santé sont salués par tous qu'ils soient usagers, praticiens ou acteurs institutionnels. Ils présentent de multiples avantages liés à leurs spécificités.

a) Atouts pour la population

- Ils sont des structures sanitaires de service public, pluridisciplinaires, de proximité qui pratiquent le tiers-payant (et souvent l'avance mutuelle), les tarifs conventionnels. Ils accueillent les bénéficiaires des CMU et Aide Médicale d'État sans discrimination. Ils facilitent ainsi l'accès aux soins pour tous et participent à la réduction des inégalités sociales de santé.
- Ils permettent une réduction des inégalités territoriales : la pluridisciplinarité présente l'avantage d'offrir en un même lieu des soins diversifiés et un plateau technique adapté. Leur implantation au plus près des besoins des populations offre, souvent, des soins faisant défaut dans leur territoire géographique. C'est ainsi qu'ils sont, aujourd'hui pour nombre d'entre eux, le dernier rempart contre la désertification médicale rurale et urbaine. De nom-

breuses familles y ont d'ailleurs choisi leur médecin traitant. Ils sont de plus, par leur connaissance fine du terrain, identifiés par les différents groupes sociaux et ethniques qui composent ces territoires comme une réponse pertinente aux enjeux sociaux qui les traversent. Ceci d'autant qu'ils proposent à ces populations souvent les plus vulnérables, une médecine de qualité pour tous, évitant les ghettos sanitaires, contribuant ainsi à une bonne intégration.

b) Atouts pour les pouvoirs publics

- Ils favorisent une économie de santé et de prescription par leur fonctionnement au travers d'une optimisation des soins et d'une amélioration de leur qualité.
- Ils jouent un rôle unique en santé publique par l'organisation de campagnes d'éducation sanitaire, de dépistage et de promotion de la santé auprès de la population générale et/ou à destination de publics ciblés.
- Ils contribuent par l'exercice dans un même lieu des différents praticiens aux échanges et à l'enrichissement des savoir-faire complémentaires. Le nombre de consultations non pertinentes comme le recours aux urgences hospitalières inopportunes sont ainsi réduits.
- Ils optimisent par le dossier unique partagé, la coordination des différents acteurs autour d'un patient permettant ainsi une meilleure efficacité des soins, évitant une redondance des examens complémentaires et des prescriptions, facilitant ainsi le suivi des malades chroniques.
- Ils facilitent les échanges déontologiques formels ou informels qui contribuent à la qualité et à la sécurité des soins. Ils facilitent également l'accès aux circuits hospitaliers par l'intermédiaire des spécialistes travaillant dans les centres de santé.

c) Atouts pour les professionnels soignants

- Les centres de santé offrent un exercice salarié aux professionnels avec des horaires stables mais souples et une rémunération, pour beaucoup d'entre eux, à la fonction. Cette déconnexion (partielle ou totale) entre les actes et la rémunération permet d'investir la prise en charge du patient indépendamment de l'aspect financier, et donc d'y consacrer le temps nécessaire.
- Ils permettent, par l'exercice regroupé : un travail d'équipe, une rupture de l'isolement, des échanges, un sentiment de sécurité plus important et, probablement, une diminution du burn-out.
- Ils rendent possibles de meilleures conditions d'exercice par la délégation d'une grande partie de l'organisation logistique inhérente à l'activité

médicale (locaux, charges du personnel, mise en conformité, investissements ou remplacement de matériel médical, informatique...) et à l'organisation de l'accueil des patients (interface avec caisse sécurité sociale pour le paiement des actes et la gestion comptable).

- Ils permettent, grâce à l'appui des personnels administratifs et sociaux, une prise en charge globale des patients. Ainsi le « temps praticien », médical, dentaire, paramédical, n'est pas dispersé. Il est utilisé pour des soins, des actes de prévention, de recherche clinique ou d'épidémiologie par exemple.
- Ils sont fondés sur un exercice en équipe qui permet, par une organisation du travail adaptée, de répondre aux spécificités des publics à accueillir. Le brassage social et ethnique participe à la « richesse » de l'exercice du soignant, qui doit y faire preuve de son adaptabilité.

d) Des atouts qui ont montré leur efficacité

- Le dossier médical commun, les réunions d'équipe entre les différents métiers, les réunions de pairs où l'expérience des uns, les connaissances spécifiques des uns et des autres et leurs complémentarités sont autant d'atouts pour les patients et les professionnels.
- Les centres de santé sont un maillon de la chaîne sanitaire locale. Ils sont en lien avec les structures médico-sociales, municipales, départementales, les hôpitaux et les réseaux. Ils ont su tisser aussi des relations avec les médecins libéraux et les pharmaciens locaux.
- Les centres de santé sont des partenaires des universités et des acteurs de la formation médicale initiale. De nombreux médecins généralistes de centres de santé sont maîtres de stages et accueillent des étudiants en médecine, externes et internes de tout niveau. Les équipes des centres accueillent aussi des étudiants en kinésithérapie, des élèves infirmier(e)s... Aujourd'hui, des chefs de clinique en médecine générale sont intégrés dans les centres et contribuent à développer et à dynamiser le travail de recherche de leurs équipes.

3. La question économique dans leur promotion ou leur développement

a) Une diversité de gestion mais des contraintes économiques identifiables et semblables.

Les centres de santé constituent un vaste ensemble de structures de soins très hétérogènes tant dans leur fonctionnement que dans leur gestion. La loi reconnaît plusieurs types de centres de santé, polyvalent, infirmier ou dentaire, quel que soit le gestionnaire, municipal, mutualiste, associatif ou de caisse. Les centres de santé

polyvalents comportent une offre de médecine générale et spécialisée, de médecine dentaire, de rééducation et de soins infirmiers avec une pratique de tiers payant sans reste à charge. Même la composante odontologique est orientée pour favoriser les soins conservateurs, ne proposant la prothèse ou l'implant que lorsque ceux-ci apparaissent indispensables au plan de traitement. Cette démarche propre aux centres de santé présente des défis économiques opposant rémunération à l'acte de la structure (qui constitue la part quasi exclusive de ses recettes) et missions d'intérêt général :

- Les soins ambulatoires sont économiquement comparables à celle de la médecine « de ville » libérale de secteur 1 (sans dépassement), tout en ayant les contraintes économique d'un établissement de soins, sans leur financement. En effet, leur taille, le regroupement des spécialités, le nombre de patients pris en charge fréquentant les lieux, sont autant de contraintes qui les obligent à se doter de moyens de facilitation de la circulation, de nettoyage des locaux, de désinfection des matériels, d'élimination des déchets, garantissant un haut niveau de sécurité mais représentant un coût bien supérieur à celui de la médecine « de ville » libérale.
- Les personnels administratifs des centres de santé participent à l'accueil et à la prise en charge sociale des usagers. Par cette fonction, ils apportent la dimension sociale « d'éducation au parcours de soins » voire « d'orientation vers les interlocuteurs sociaux » caractéristique des centres. Celle-ci à un coût supplémentaire à ceux des actes médicaux, mais elle est considérée, aujourd'hui encore injustement, comme une mission relevant de la volonté politique du gestionnaire.
- Le tiers payant a un coût spécifique bien connu et évalué, indépendant de l'acte et donc de son produit. Plus encore, la prise en charge du ticket modérateur représente une avance de trésorerie et un risque d'impayé conséquent. Ces deux points, tant dans leur gestion que pour le suivi des impayés comme pour le montant des créances non recouvrées, sont une composante importante du surcoût non compensé de l'acte en centre de santé.
- Le risque d'impayés devrait être couvert par ceux qui bénéficient de la démarche mise en œuvre dans les centres de santé : les assureurs complémentaires (mutualistes ou privés) pour la part qui les concerne et l'assurance maladie pour la sienne.
- La pratique du tiers payant, l'accueil des patients ainsi que la récupération du montant des actes tant auprès de l'assurance maladie que des complémentaires, obligent les centres de santé à doubler le nombre de leurs personnels administratifs et d'accueil. Au regard de l'économie de gestion qu'elle

représente pour les divers assureurs maladie et complémentaires, nous considérons comme légitime qu'ils contribuent à leur financement.

- Les actions de santé publique font partie des missions des centres de santé, et à ce titre devraient bénéficier d'un financement pérenne. Ces actions de proximité auprès des populations, nécessitent de recruter des acteurs complémentaires et compétents et rendent indispensables des prises en charge pour de longues durées. Les financements des actions de santé publique doivent prendre en compte pour chacune, formation, organisation, réalisation, évaluation, montage de dossier ainsi que les moyens d'associer à ces activités soignants et paramédicaux, administratifs et accueil, groupes de malades ou d'habitants et partenaires occasionnels ou durables.
- b) Des contraintes d'organisation inadaptées aux impératifs économiques d'aujourd'hui
- Si l'avenir n'est plus aux offres de soins morcelées mais les plus complètes possibles, l'augmentation de l'activité est à la fois une justification de l'offre de soins des centres de santé et une nécessité économique. Les centres de santé remplissent les conditions qui permettent d'offrir une permanence des soins optimisée, du fait de l'exercice regroupé et du travail d'équipe (éventail des plages d'ouverture dans la semaine comme au quotidien, remplacement des praticiens en congés ou en maladie, ouverture pendant les vacances et les ponts). Mais cela nécessite un assouplissement des conditions d'exercice des soignants salariés en termes de volumes horaires et de répartition de ceux-ci, pour permettre les nocturnes, l'ouverture en continue, l'accès direct aux soins de premier recours. Les dépenses ainsi engendrées pour répondre à ces besoins nouveaux, doivent pouvoir faire l'objet de nouveaux financements de l'État.
 - Le juste soin au juste prix, le travail d'équipe et la coordination des soins évitant la redondance de prescriptions comme l'hospitalisation ou le renvoi inutiles aux urgences, la prise en charge de populations défavorisées (souvent plus difficiles pour communiquer, expliquer, faire adhérer aux traitements, convaincre de se soigner, ayant des priorités vitales autres), la diversité des problématiques sociales, culturelles, linguistiques auxquelles les équipes sont confrontées, représentent des investissements en temps, des compétences et des qualités de recrutement qui ont un coût certain et spécifique aux centres de santé. Celui-ci devrait être reconnu et financé par les pouvoirs publics au regard du bénéfice sanitaire qu'il représente pour les patients et du bénéfice économique pour la société.

4. Rappel : le cadre réglementaire des centres de santé

a) Loi et décrets régissant les centres de santé :

- les missions définies par la Loi (Code de Santé Publique, article L6323-1)
 - Soins sans hébergements
 - Santé publique et prévention, éducation pour la santé, éducation thérapeutique des patients et actions sociales
 - Pratique de la délégation du tiers payant (code de la sécurité sociale, article L322-1)
 - Formation initiale des soignants (accueil des stagiaires en formation des différentes professions de santé)
 - IVG ambulatoires (CSP, article L2212-2)
 - Peuvent appliquer des protocoles de coopérations interprofessionnelles (CSP, articles L4011-2, L4011-3)
- Conditions de création et de gestion d'un centre de santé après validation par l'Agence Régionale de Santé :
 - Par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé.
 - Par l'établissement d'un projet de santé tendant à favoriser, l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.
 - Par un règlement intérieur
 - Par un mode de rémunération des « médecins »⁽²⁵⁾ basé sur le salariat

b) Les rapports avec l'assurance maladie : L'Accord National

- Si la loi accorde à tout centre de santé une subvention dite « Teulade » (compensant partiellement ce qui est fait pour les libéraux) pour dédommager en partie la part patronale des charges sociales liées au salariat, l'application des conventions « médicales » négociées avec les libéraux, ainsi que l'application du tiers payant, elle a néanmoins considéré utile de lier directement les centres de santé à l'assurance maladie par un accord national négocié paritairement, l'État par décret ayant décidé d'exclure les professionnels de santé. Celui-ci a été signé le 19/11/2002 pour 5 ans et prorogé en 2008.
- Il est destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie :
 - Respect des tarifs conventionnels
 - Liberté de choix des usagers
 - Structures de proximité au plus près des assurés et de leurs besoins
 - Pratiques spécifiques et organisation des soins

²⁵ Ainsi formulé dans la loi mais qui recouvre pour nous l'ensemble des praticiens

- Promotion de la qualité et mise en place d'une démarche d'évaluation
- Contribution des centres aux évolutions du paysage sanitaire français
- Participation à une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé
- Pour les assurés bénéficiant d'une complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires des conditions permettant aux assurés d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur.
- Télétransmission des FSE
 - D'autres dispositions
 - relatives aux tarifs :
 - ils doivent être conformes aux tarifs de la convention des professionnels de santé libéraux.
 - Les conditions d'application au centre de santé des conventions nationales des professionnels de santé libéraux feront l'objet d'un examen au sein des instances conventionnelles prévues dans l'accord national.
 - Le centre de santé dentaire s'engage à dispenser aux assurés sociaux l'ensemble des soins conservateurs, prothétiques, chirurgicaux, radiologiques courants. Il s'engage à ne pas développer une pratique exclusivement centrée sur les actes hors nomenclature.
 - Formation professionnelle conventionnelle :
 - financement par la CNAM de formations agréées ouvrant droit à indemnité des centres pour pertes de ressources.
 - Options de coordination médicale, dentaire et infirmière. Facultatifs, elles devaient contribuer à favoriser :
 - la qualité des soins
 - la prévention et les actions de santé publique
 - le suivi médical et la continuité des soins
 - l'amélioration des conditions d'accès aux soins
 - l'optimisation des dépenses de santé
 - elle offre un financement forfaitaire par patient signataire de l'option de coordination
 - Aide à l'informatisation :
 - une subvention forfaitaire unique.
 - Aide à la télétransmission
 - des forfaits structures et forfait professionnel de santé annuels qui visent à compenser exclusivement les surcoûts liés à la télétransmission.
- Instance Nationale de Concertation : celle-ci devait associer État, Assurance Maladie, Promoteurs des centres de santé et Professionnels soignants de ceux-ci. Elle devait étudier l'adaptation des conventions libérales aux centres de santé et la mise en place de mesures et projets spécifiques aux centres de santé. Décidée par le législateur, sans décret d'application, elle n'a jamais vu le jour malgré sa pertinence.

LES FREINS AU DÉVELOPPEMENT DES CENTRES DE SANTÉ ET DES PROPOSITIONS POUR Y REMÉDIER

Il semble, malheureusement, que, de principe, les centres de santé sont l'objet de discriminations variées par rapport à une profession médicale, odontologique et para médicale libérale majoritaire jusqu'à maintenant. Ainsi, ils sont écartés du droit à percevoir le forfait pour la coordination des soins des patients en Affection Longue Durée, de la reconnaissance financière de la pratique de la maîtrise de stage de médecine générale, de certains financements pour la formation, de la rétribution pour les dépistages des cancers colorectaux, des possibilités de financements pour participer à la permanence des soins... Ils sont oubliés ou relégués aux strapontins dans diverses instances... La liste est longue, sur des champs nombreux et dépendants de divers textes.

Au-delà de ces désagréments conséquents, les freins principaux au développement des centres de santé sont de quatre ordres : législatifs et réglementaires, territoriaux, organisationnels et financiers.

1. Les insuffisances et les manquements des textes législatifs et réglementaires

Les textes ont défini avec une relative précision les missions des centres et leurs conditions réglementaires de fonctionnement de même que les relations avec les caisses d'assurance maladie. Mais ils restent insuffisants et ne sont pas incitatifs à la création de nouvelles structures. Ils n'ont pas déterminé des modèles institutionnels homogènes. L'hétérogénéité qui caractérise les différents cadres statutaires des centres est perçue par beaucoup de décideurs, d'élus, ou de professionnels de santé comme un facteur d'incertitude, une difficulté, un handicap au moment des choix (création, aide au développement, promotion...). Elle doit être gommée par le traitement d'un certain nombre de points qui constituent autant de freins ou de difficultés au développement des centres.

Ainsi à l'examen de quelques grands chapitres de ces textes, sur quoi le législateur doit-il revenir ?

◦ **Les missions :**

Il nous semble important de faire en sorte que le législateur garantisse par la loi, l'effectivité et l'homogénéité d'application des missions multiples et identitaires des centres. Elles ne font pas débat en l'état. Il est donc important que notamment les missions de santé publique, sociales et de coordination des soins soient remplies par tous les centres de santé existants ou à créer. Bien entendu, dans le même temps, il faudra en garantir les financements.

◦ **Les conditions de création d'un centre de santé :**

Les conditions rendant nécessaire la création d'un centre sont totalement absentes des textes de loi au même titre que rien ou presque ne répond à ces questions pourtant essentielles : **quand et ou créer un centre de santé, pourquoi, par et avec qui ?**

Pourtant, la convention elle-même dit que les centres de santé doivent participer à l'évolution du paysage sanitaire français et donc répondre avec d'autres aux besoins identifiés des populations et à leurs évolutions.

- **Quand et à quels besoins doit répondre la création d'un centre de santé ?** indépendamment de l'absence d'une politique nationale et régionale (via les ARS) de développement des centres, notons l'absence d'obligation de réponse à des besoins identifiés, sanitaires ou d'accessibilité aux soins (désert médical, accès social), sur le territoire d'implantation d'un centre : si le projet de santé d'un centre doit inclure la notion de réponse aux besoins, il n'est néanmoins pas opposable ni précisé suffisamment.
- **Qui doit créer un centre et avec qui ?** Notion à préciser pour garantir l'adéquation entre le gestionnaire, ses intérêts, son projet, sa viabilité économique, et celui du centre et des besoins de ses usagers. Ainsi, un centre créé par une clinique et intégré dans ses locaux aura-t-il pour objet principal l'accès aux soins de la population du territoire où la clinique est implantée ou celui d'assurer le recrutement de l'activité de celle-ci (plateau technique, chirurgie, hospitalisation...) ? Et, quand il s'agit de prendre en compte les besoins d'une population dans une dimension de santé publique et sur un territoire déterminé, quelle place donner aux élus territoriaux, aux usagers, aux syndicats, aux représentants de l'État dans la création et la gouvernance d'une structure gérée par une association, un établissement de santé, une mutuelle ?
- **Autre point de la loi aux conséquences notables :** la loi HPST a substitué, à l'agrément sous conditions techniques, la seule obligation de déclaration et d'enregistrement auprès de l'ARS pour l'ouverture d'un centre de santé. Cette décision à visée simplificatrice et d'apparence facilitatrice, laisse la porte ouverte à la création de centres par des promoteurs peu préoccupés par la qualité des prestations, la sécurité sanitaire, et par la réponse médicosociale que devrait apporter leur structure. Une nouvelle procédure d'agrément est sans doute à imaginer.

◦ **Le statut des structures :**

Municipales, mutualistes, associatives, de caisses d'assurance maladie, ces structures souffrent de l'hétérogénéité de leur cadre statutaire, public ou privé. Elle en trouble la perception et détermine des modes de fonctionnement et des activités très différentes selon les structures. Le modèle économique des structures et leur

viabilité sont impactés par leur statut, de même celui des personnels médicaux et administratifs : les obligations en terme de résultat des comptes d'exploitation d'un centre n'est par exemple pas le même entre celui géré par une association et celui par une municipalité.

Un nouveau modèle de centre est à rechercher qui mette en adéquation, statut, missions et financements pour assurer la pérennité de leur action, en ne faisant pas porter à un seul promoteur local le coût de cette structure et en concevant une autre gouvernance respectueuse de la diversité des attentes.

◦ **Le statut des professionnels de santé de centre de santé :**

- Au regard de l'entreprise

Il n'en existe pas. La loi ne définit qu'une obligation, celle du mode de rémunération des « médecins », le salariat. Qu'entend-on par « médecins » ? Terme trop restrictif à élargir à tous les professionnels de santé. Qu'entend-on par salariat ? Cela va de la rémunération à la fonction à celle exclusivement à l'acte.

Les « statuts » des professionnels de santé sont seulement déterminés par les statuts juridiques des centres: de droit privé pour les associations et les mutuelles, de droit public, celui de la fonction publique territoriale pour les collectivités (mais non titulaires)... Même si la majorité des centres respectent le code du travail et/ou le code des collectivités, ils aboutissent à une situation hétéroclite pour les soignants des centres, entre centres et souvent au sein d'un même centre, en dehors des conventions collectives comme pour les praticiens de la Mutualité, mais qui se caractérise par :

- Une réelle précarité
- Des droits très différents d'une structure à l'autre (congrés, formation...) même au sein d'un même groupe de centres de santé (ex : les centres municipaux ou la Mutualité)
- Un statut de salarié à géométrie variable entraînant, selon les structures, des rémunérations à la fonction (surtout dans les centres municipaux), proportionnelles à l'activité ou mixtes (fixe et à l'activité) (pour partie des centres associatifs ou mutualistes).
- Des niveaux de rémunérations qui peuvent varier du simple au double, pour certaines disciplines, d'un centre à l'autre, pour toutes les catégories de personnels médical ou para médical et, par ailleurs, en dessous de ceux des professionnels libéraux ou hospitaliers, à activité et fonction équivalentes.
- Dans le contexte de la crise de la démographie médicale, l'attractivité des centres et de leur pratique d'équipe est réelle mais inégale. Elle s'exerce surtout sur les médecins généralistes et les chirurgiens dentistes. Elle est insuffisante, compte tenu de cette absence de statut, pour les spécialistes et les paramédicaux (kinés, infirmiers, mais aussi mani-

pulateurs radios...). Pour inscrire les centres dans le paysage sanitaire, il leur faut pouvoir recruter des professionnels de santé et renouveler leurs équipes. Il faut aux centres des moyens nouveaux pour faire face à la concurrence de fait créée par la chute des effectifs de soignants qui menacent de les vider de leurs spécialistes et de nombreux autres personnels soignants.

- Il faut donc définir une base statutaire commune aux professionnels de santé des centres de santé, attractive, qui reconnaît leurs spécificités, garantit des droits homogènes et un mode comme un niveau de rémunération adaptés par discipline (qui tiennent compte des responsabilités, des pratiques des praticiens, des contraintes et de l'environnement sanitaire). Le salariat à la fonction doit être privilégié pour garantir un exercice de qualité prenant en compte les diverses missions et le rôle social des centres.

- Au regard de leur profession

Les professionnels de santé des centres sont exclus d'un certain nombre de dispositifs bien qu'ils s'y inscrivent malgré tout par leurs actions, leur mise en œuvre n'ayant été prévue par la loi que pour les libéraux. Ainsi, l'accueil et l'encadrement des stagiaires de médecine générale par des maîtres de stages exerçant en centre de santé est inscrit comme une mission des centres de santé dans la loi. Mais le mode de rémunération prévu exclusivement par honoraires ne prévoit pas celui de médecins salariés. Pour ce qui concerne les chirurgiens-dentistes des centres de santé, l'Ordre les en écarte. Leur accès au dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) est, en l'état actuel, compromis pour tous. La disparition dans la loi du principe d'indemnité compensatrice des structures qui a été pourtant conservé pour les libéraux va constituer un frein à l'accès à la formation continue des professionnels de santé des centres.

◦ L'Accord National :

La renégociation de cet accord en 2012, sans modification des décrets de 2002, se fera entre la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et les organisations gestionnaires représentatives. Nous continuons à considérer comme inadmissible et contraire à l'intérêt des patients l'exclusion des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé à cette table de négociation, pour le moins sur tout ce qui relève de leur exercice professionnel, soit des champs importants de cet accord national.

D'une manière générale, nous pensons que de nombreux points de cette convention sont aujourd'hui dépassés et constituent des freins au développement des centres et à l'accomplissement de leurs missions :

- Cet accord ne doit pas être, au regard des missions des centres de santé, une simple transposition des conventions libérales. Nous demandons à sortir de ce cadre et exigeons l'élaboration d'une convention spécifique comprenant :

- la prise en compte de la mission d'accessibilité sociale des centres (tiers payant et gestion du ticket modérateur)
- l'éducation au parcours de soins faite auprès de chaque usager des centres
- le refus de toute discrimination dont sont victimes les centres par rapport aux libéraux dans le financement de missions pourtant communes, de certains actes, des charges sociales
- la mise en place de financements dédiés et spécifiques à ces structures.
- L'option de coordination des soins est obsolète, insuffisamment financée et ne correspondant pas à notre pratique. Il faut définir un nouveau dispositif et un mode de financement plus efficace de la coordination des soins (en prenant exemple sur l'expérience des Nouveaux Modes de Rémunération-NMR).
- La mise en place du DPC fait disparaître le dispositif de la Formation Professionnelle Conventionnelle qui permettait à tous les professionnels de santé des centres de bénéficier de formations de qualité financée par la CNAM : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers. Nous demandons que soit maintenu un tel dispositif pour parer à la discrimination qui touchera les centres de santé et leurs professionnels soignants avec le DPC.
- Il faut réévaluer les aides financières à la télétransmission et à l'informatisation au regard du coût des investissements nécessaires en équipement, logiciels et maintenance. C'est particulièrement vrai pour ce qui concerne le dossier médical informatique pluri professionnel et commun, qui participe à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation (démarche qualité, EPP,...) prônées par la convention.

2. Une couverture territoriale hétérogène à améliorer

1 500 à 1 700 centres de santé sont répartis de manière très inégale aujourd'hui sur tout le territoire français. Leur implantation, globalement hétéroclite, résulte de l'histoire, de la volonté politique des communes, des associations ou des mutuelles, de l'aspiration des professionnels de santé ou des usagers à créer de nouvelles structures de soins adaptées à certains besoins mais fondées sur des valeurs communes.

Globalement, on trouve :

- Les centres de soins infirmiers, les plus nombreux, essentiellement en zone rurale, et dans l'ouest de la France.

- Les centres médicaux et polyvalents concentrés sur à peine plus d'une vingtaine de départements en Ile-de-France (la Ville de Paris et la petite couronne), dans le Nord-Pas-de-Calais, dans l'est, la région Rhône-Alpes et la région PACA.
- Les centres de santé dentaire plus largement répartis sur le territoire français.

Il faut repenser cette couverture territoriale :

- Par une meilleure répartition par bassin de santé ou territoire de santé, afin de proposer une accessibilité sociale et géographique aux soins. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique au moment où les renoncements aux soins explosent et où la désertification médicale est une réalité que connaissent de nombreux territoires. Il s'agit parfois de répondre à des besoins populationnels identifiés et spécifiques (centres de santé communautaires) et/ou pour réorganiser une offre plus complémentaire entre la ville et l'hôpital (centres de santé hospitaliers).
- En apportant une réponse équitable aux attentes des usagers par le respect des tarifs opposables en médecine, tarifs sociaux en chirurgie dentaire, une pratique de la dispense d'avance de frais.
- En luttant contre la désertification médicale par l'attractivité que représentent ces structures pour les jeunes praticiens. Les expériences récentes ont montré que ces derniers revenaient dans ces territoires vidés de leurs soignants quand un centre de santé y était créé (centres municipaux de santé de La Ferté Bernard, de Conneré dans la Sarthe). En 2012, ce sont près d'une vingtaine de projets de ce type finalisés ou en cours qui ont été recensés par nos organisations.

Il faudrait pour cela, plus de démocratie sanitaire, à l'échelle nationale qui, dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de santé sur tout le territoire, garantisse à tous l'accès à des soins de qualité et de proximité. Dans ce cadre, une implantation de centres selon un maillage territorial qui prenne en compte l'offre de soins territoriale, les besoins des populations, l'accessibilité géographique aux soins répondrait à une partie des problématiques de santé publique posées.

3. Une gouvernance inadaptée, à réformer

a. Pour une meilleure prise en compte des centres de santé au niveau national et des instances régionales (ARS)

Les pouvoirs publics doivent repenser la place des centres de santé à l'échelle nationale comme régionale. Cela passe par :

- Une augmentation de leur nombre pour que le service public de soins de premiers recours qu'ils repré-

sentent pèse un poids plus important dans l'offre globale de santé. (Les centres emploient aujourd'hui seulement 14 000 professionnels de santé dont environ 4 000 temps pleins pour 1 700 structures et ne représentent que 1,5 % des dépenses de santé ambulatoires.)

- Une réelle place dans les ARS, en revoyant la loi HPST : elle ne leur consacre aujourd'hui que des strapontins consultatifs.
- Le rétablissement de « l'Instance Nationale de Concertation des Centres de santé » sur le modèle adopté dans les deux assemblées en 2002 mais annulé par la loi HPST en 2009. Cela permettra d'élargir la représentation actuelle, hétérogène et limitée à ses seules composantes gestionnaires regroupées au sein du Regroupement National des Organisations Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS), auprès des pouvoirs publics. Nous considérons comme légitime, celle des professionnels de santé. Exprimée officiellement, elle serait précieuse pour convaincre de la nécessité de promouvoir la création de centres sur tout le territoire.
- La reconnaissance des comités représentant les usagers des centres de santé, dans le cadre de leur « *Coordination nationale pour la défense et la promotion des centres de santé* ». Ils sont les premiers témoins de la contribution des centres à leur santé et premières victimes quand ceux-ci sont fermés.

Pour faire entendre distinctement la voix de toutes les composantes des centres, il est donc nécessaire de redéfinir la place des centres et de leurs représentants au sein des instances sanitaires exécutives que sont les ARS. Et dans le cadre d'une démocratie sanitaire pleinement exprimée, la représentation nationale des centres de santé devra être repensée et donner place aux côtés des organisations gestionnaires, des élu-es, aux organisations de professionnels dans les champs qui les concernent comme à celles des usagers.

b. Pour une réforme de la gouvernance au sein des centres eux-mêmes

Il ne peut y avoir de véritables projets de centre, de suivi de leur mise en œuvre, d'évaluation et de promotion, sans repenser la gouvernance des centres eux-mêmes, aujourd'hui totalement hétéroclite. Celle-ci est à différencier de la seule gestion du centre, plus restrictive et qui n'a pas pour objet que de mettre en œuvre les actions conformément aux projets validés par la gouvernance, dans un cadre budgétaire déterminé. Cette gouvernance locale doit associer les promoteurs ou personnes morales responsables des centres, les financeurs, les directions médicale et administrative, des représentants des personnels soignants et non-soignants et des usagers. Le

fonctionnement sera assuré par une direction médicale associée à une direction administrative. Ceci est à différencier des instances réservées aux personnels comme les Comités Médicaux d'Établissement, les commissions consultatives... aujourd'hui peu ou pas présentes (et/ou actives) dans tous les centres.

Une telle démarche nous semble conforme avec l'idée de projet de structure caractérisée par la pluri professionnalité, le travail en équipe, l'accompagnement social, quand il s'agit de s'assurer de la pertinence sanitaire de ces projets, de leur concordance avec les attentes des usagers, quand il s'agit de faire du centre de santé un lieu d'expression de la démocratie sanitaire. Dans le cadre d'un nouveau modèle institutionnel de centre de santé, une gouvernance nouvelle paraît devoir être définie, statutairement créée pour être commune aux structures, indépendamment de leur personnalité morale et de leur type de gestion, et reflétant aussi les apports divers de financements souhaitables.

4. Repenser le modèle économique des centres de santé

a. Par de nouvelles mesures financières

Les centres de santé, du fait de leurs missions de soins doivent, certes, continuer de par la loi, à bénéficier, dans le cadre du tiers payant, de toutes les conventions professionnelles, mais nous considérons qu'il ne saurait être question de tirer leur financement des seuls actes qu'ils prodiguent à leurs patients. Il faut donc que la loi soit revue pour leur permettre une latitude conventionnelle propre dégageant de nouveaux modes de financements pérennes (sous couvert de bilans et d'évaluations), tels que :

- La prise en compte du coût du tiers payant, pratiqué pour les patients, pour ce qui concerne les dépenses Assurance Maladie et Assurances Complémentaires. Cette pratique indispensable aux usagers (en contribuant à leur accessibilité aux soins) est une source d'économie pour les organismes d'Assurances Maladie et Complémentaires mais coûteuse pour les centres. C'est pourquoi nous considérons comme légitime leur prise en charge par un financement négocié et évalué (tenant compte du coût par patient, par passage ou par dossier ainsi que du bilan d'activité de chaque centre).
- La prise en compte du coût de la prise en charge des publics vulnérables qui fréquentent d'une manière significative les centres de santé. Le dossier médical commun, le travail d'équipe et la coordination des soins d'une part, et la prise en charge sanitaire de publics en difficultés sociales, linguistiques et culturelles d'autre part, représentent un investissement de compétences, de temps, de postes et de finances.

Nous proposons que ces dépenses soient reconsidérées par les pouvoirs publics, par la création de nouveaux actes forfaitaires. Il faudra ainsi inscrire dans le nouvel accord national, par la loi ou d'une manière réglementaire, le champ des missions qui feront l'objet de financements d'une manière forfaitaire (en fonction du nombre de patients fréquentant le centre et/ou chaque spécialité). Cela mettra fin au secteur optionnel, qui favorise une démarche de filiarisation, pour devenir un financement par objectif (coordination des soins, modernisation du plateau technique, formation, tiers payant, ...). Par ailleurs, un indicateur de prise en charge des personnes les plus en difficulté, tant médicale que sociale, devrait favoriser des financements complémentaires forfaitisés.

- La prise en charge spécifique et pérenne des missions de prévention, d'éducation sanitaire, de promotion de la santé et d'une manière plus large de santé publique. Pour cela il doit être prévu un financement pluri annuel destiné aux centres de santé par l'État (via les ARS). Outre ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé, ces financements pourraient tenir compte de la réponse, en offre de soins, dans des zones considérées comme sinistrées médicalement (au regard de l'offre ambulatoire libérale et hospitalière) et/ou socialement.
- Par ailleurs, les rôles joués dans la permanence des soins et aussi dans la formation des différents professionnels de santé doivent aussi être financés.
- Nous considérons, dans une refonte du statut des centres de santé, homogénéisés à l'échelle nationale, que les échelons locaux, départementaux et régionaux soient aussi contributifs à ces budgets. Les collectivités territoriales doivent être parties prenantes du financement de ces établissements de santé, au regard du niveau territorial assigné aux centres de santé, dans une démocratie sanitaire les associant aux décisions d'implantations des ceux-ci. L'implantation d'un centre de santé sur un territoire donné, doit pouvoir être soumis à l'autorité correspondante (commune, communauté d'agglomération ou rurale, canton, département, région). Une enveloppe définie par la loi, permettrait à la collectivité d'apporter son soutien au centre de santé, sur la base d'une convention, où un certain nombre d'objectifs seraient consignés.
- Nous proposons une participation financière de la Mutualité, de part son rôle de prévention et d'assurance complémentaire (tant que la prise en charge ne se fera pas à 100 % par l'assurance maladie) en contribuant à un fonds de péréquation destiné aux centres de santé par un pourcentage à négocier nationalement de son budget.

b. Par un nouveau type d'établissement

Une telle démarche demande à revoir la responsabilité des promoteurs actuels des centres de santé (collectivités locales, mutuelles, associations,...). Ils pourraient se désaisir partiellement, selon leur choix et à leur rythme, de la gestion directe de leur centres de santé. Cela nécessite de créer par la Loi, dans le code de la santé publique, pour les centres de santé à venir ou existant qui le voudraient, un *nouvel établissement de santé*, qui porterait le nom de « Centre de santé », géré par un conseil d'administration, comprenant, des représentants de toutes les structures apportant un financement, de la collectivité (élus) où est implanté le centre (commune, département, région), des représentants élus des personnels (administratifs et médicaux) et des usagers. Il sera créé un statut spécifique de ces établissements à l'image de celui des hospitaliers. Ce type de structure se fera pour les nouveaux centres de santé, sous forme d'établissement, de Groupement d'Intérêt Public, de Groupement de Coopération Sanitaire, de Groupements de Santé Territoriaux, ... Il sera accessible à tous les centres existants déjà pour les promoteurs qui le désireront. Ceux-ci accéderont ainsi, pour leur centre, au partage des coûts et financements, ainsi que des responsabilités et de la gouvernance. Tous les promoteurs actuels (municipaux, associatifs, mutualistes, privés, assurance maladie, hospitaliers, ... à but non lucratif) pourront ainsi poursuivre la gestion directe et exclusive de leur centre ou progressivement transformer leur structure vers le nouveau type proposé, bénéficiant ainsi de financements et du partage des coûts et de la gouvernance tout en restant membre néanmoins du nouveau conseil d'administration.

c. Par une nouvelle démocratie sanitaire

La création d'un centre de santé répondra ainsi à une exigence de plus de démocratie sanitaire dans la formalisation de la carte sanitaire de l'offre de santé sur un territoire, équivalent à un bassin de santé. Elle sera d'une manière quantitative une réponse aux besoins de santé et d'une manière qualitative à ceux d'une meilleure accessibilité sociale (tarifs sans dépassement, tiers payant sécurité sociale et complémentaire). Elle garantira à la population une diversité de l'offre de soins à la fois complémentaire et alternative à celle déjà existante. Elle devra répondre aux besoins de médecine générale comme de spécialités (dont le secteur dentaire) incluant le secteur psychiatrique (enfant et adulte) et le secteur paramédical, soit tout ce qui concerne l'offre de soins ambulatoire, y compris la pratique des examens complémentaires en biologie et imagerie. En lien avec les maternités, les hôpitaux, l'ambulatoire libéral, les PMI et les CMP et CMPP, le positionnement, la taille et le contenu des centres créés, seront fonction des besoins qui seront déterminés par un diagnostic local et intégrés dans un schéma départemen-

tal et/ou régional. L'instance de concertation devra être mise en place au plan national mais aussi régional. Cette dernière doit pouvoir regrouper, des représentants des élus locaux, des organisations syndicales des professionnels (en particulier des soignants), des CA (une représentation régionale sera créée), de l'État, de la CRAM, de la Mutualité, ...

L'instance nationale, sera la représentation nationale de l'État, de la CNAMTS, des CA (une Fédération sera créée au plan national) et des syndicats des professionnels (en particulier des soignants). En effet, les professionnels soignants sont particulièrement concernés par les choix opérés par les directions des centres et par les orientations définies dans les instances, doivent y être représentés. Ainsi, ils sont directement engagés pour les sujets des champs suivants : formation médicale, stratégie sanitaire, priorités médicales, choix éthiques et déontologiques, modalités de l'exercice médical, ...

LES CENTRES DE SANTÉ DANS UN NOUVEAU PAYSAGE SANITAIRE NATIONAL

Les centres de santé doivent trouver leur place dans un nouveau paysage sanitaire et social national qui, dans le cadre d'un service public de santé de premiers recours, garantisse l'accès aux soins et à la prévention de tous. Ce paysage devrait pour cela évoluer sur plusieurs points :

- Assurance maladie et prise en charge pour la population : système général solidaire et système complémentaire non discriminant.
- Tissu sanitaire : une offre de soins (soins, examens complémentaires) ambulatoires accessible à tous sur l'ensemble du territoire (démographie, tarifs opposables, tiers payant).
- Soins de qualité pour tous sur la base des critères et recommandations reconnus (compétence, coordination des soins, travail d'équipe, matériels médicaux adaptés).
- Prévention, éducation sanitaire, promotion de la santé réellement organisées, tenant compte des problématiques des populations et s'appuyant sur les acteurs de proximité identifiés.
- Organisation territoriale des soins et de la prévention (objectifs, programmes acteurs et financements définis).
- Formation initiale et continue redéfinies.
- Organisation réelle de la permanence des soins et des urgences (véritable service public).
- Indépendance médicale par rapport aux intérêts commerciaux.

Dans ce contexte, les missions des centres de santé seront confortées pour :

- Pouvoir répondre d'une manière alternative et complémentaire à l'offre de soins nécessaires pour tous dans un territoire donné,
- mettre en œuvre, sur la base d'un cahier des charges, des actions de prévention et de promotion de la santé, en lien avec la vie associative et les institutionnels du dit territoire,
- travailler en réseau médical et paramédical, et répondre aux besoins sociaux liés à la santé, en lien avec les structures sociales du territoire,
- être un lieu de formation et de recherche.

Dans ce paysage sanitaire et social national les missions et les qualités des centres de santé contribueront à la réalisation de celui-ci. D'ores et déjà, ils sont des outils d'une politique sanitaire au service des populations. C'est ainsi :

- qu'ils représentent une offre de soins de qualité (médecine coordonnée, travail d'équipe, dossier médical commun, plateau technique de niveau adapté, missions de santé publique), accessible à toutes et tous (tarifs, tiers payant y compris pour part complémentaire, accueil social) et économe (pratiquant le juste soin au juste prix),
- que leurs qualités justifient une définition et une organisation qui régissent leur distribution et leur implantation territoriales,

- que leurs équipes, du fait de leurs engagements, leur pluralité et leurs connaissances des problématiques des populations de proximité, constituent des acteurs privilégiés pour promouvoir et réaliser des actions de santé publique pertinentes. La réalisation de ces actions est d'autant plus efficace que ces équipes sont à la fois actrices du soin et de la prévention,
- qu'ils représentent des lieux de stage et sont de plus en plus des partenaires privilégiés de l'université,
- qu'ils représentent un corps de soignants salariés, mode d'exercice correspondant aux souhaits des nouvelles générations et adapté aux financements des actions de santé publique comme aux expérimentations de nouveaux modes de rémunérations des soins,
- que leurs structures, leurs équipes pluridisciplinaires (avec imagerie et examens biologique), leurs plages d'ouverture, en font des éléments à prendre en compte pour la permanence des soins et la prise en charge des urgences de niveau ambulatoire.

Les centres de santé, forts de leur expérience, s'inscrivent dans le présent et l'avenir sanitaire de notre pays, dans l'intérêt des populations. Cette contribution, à enrichir et approfondir avec nos pairs, nos partenaires et les pouvoirs publics, peut participer à cet avenir.

Nous n'avons le choix qu'entre le chaos universel et la Sécurité sociale universelle !

**Interview de Liliane Croizat, Pierre Caillaud-Croizat, Bernard Lamirand, métallurgiste,
Bruno Guérard, ancien inspecteur du travail**

La rédaction : Vous êtes quelques-uns à proposer la « Sécurité sociale universelle ». Qui êtes-vous ? Quelle est cette idée ? À quand remonte-t-elle ?

Depuis plus de dix-huit mois, soit depuis février 2011, des membres du Comité d'honneur Ambroise Croizat, constitué au sein de l'IHS CGT de la métallurgie (94, rue J.-P.-Timbaud, Paris 11^e) travaillent sur une proposition de Sécurité sociale universelle, développée par un Manifeste reproduit ci-joint. Au même moment, la commission Bachelet, convoquée par le Bureau International du Travail, devait préparer un rapport pour le G 20 de Cannes du 4 novembre 2011, avec l'idée de proposer un socle de protection sociale universelle. Mais ce G 20 ne sut qu'étouffer la question et les propositions de la commission Bachelet, reprises lors de la dernière session de l'assemblée de l'OIT, n'ont débouché que sur une relance très molle de la question.

Ce manifeste s'efforce de lancer, sous une forme simple, un objectif de réalisation universelle de prestations sociales minimales, obligatoires dans tous les États, assorti d'un plan de financement sur 20 ans. Mais il appelle aussi des objectifs et des chiffrages adaptés dans les grandes aires économiques, l'Europe, l'Amérique du sud et centrale, le Moyen orient, les rives de la Méditerranée... où des financements supplémentaires devraient être imposés.

Ce travail a pour ressort une affirmation chiffrée, selon laquelle, si l'on consacrait une fois par an, 1 091 milliards, soit à peu près l'équivalent des mille milliards que diverses réunions internationales distribuent, chaque année à plusieurs reprises, parfois en une nuit, pour sauver des banques ou diverses institutions financières, on pourrait assurer le démarrage de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale pour les quatre risques dans l'ensemble des États du monde et pour l'ensemble de la population mondiale.

Ensuite, au cours de nos travaux, fin 2011, notre étonnement fut grand de découvrir, que les droits individuels de Sécurité sociale (assurance maladie et accident du travail, retraite, besoins liés à la maternité et à la famille, chômage) avaient été proclamés par la Déclaration universelle des droits de l'homme, en décembre 1948,

donc depuis 64 ans, comme des droits individuels garantis à tous les individus vivant sur la planète et comme une obligation universelle pour les États et les Organisations internationales, chargés de les rendre effectifs pour les populations dont ils avaient la charge.

Mais de façon surprenante, depuis cette proclamation, ce fait est complètement occulté. Avec les années de la guerre froide, on n'a plus envisagé les droits de l'homme que sous l'angle des libertés d'opinion et des libertés physiques de circulation, alors que par les articles 22 et 25 de la Déclaration des Droits de l'Homme, les droits économiques et sociaux individuels sont tout aussi essentiels (voir les textes ci-joints). D'ailleurs, ces droits économiques et sociaux constituent une base et une condition indispensable des libertés d'opinion et des autres libertés, faute de quoi, celles-ci sont illusoire pour le plus grand nombre.

Depuis cette déclaration, on peut donc prétendre que les droits de Sécurité sociale, le droit à la santé, à la retraite, aux allocations de chômage, aux allocations familiales, font partie des principes fondamentaux et généraux d'organisation de l'humanité. Tandis qu'au contraire, d'autres principes tels que celui de concurrence libre et non faussée ou de liberté des marchés financiers, n'en font pas partie et sont en quelque de simples possibilités d'organisation des principes fondamentaux.

On peut prétendre aussi que les institutions financières internationales n'ont aucune compétence pour décréter des réductions du niveau des droits de l'homme économiques et sociaux, ou leur abrogation, et qu'il en est ainsi en particulier des droits de Sécurité sociale, lesquels relèvent d'un état général de droit et aussi de règles propres définies pour ces domaines par les institutions démocratiques compétentes, tant nationales qu'internationales, BIT et agences de l'ONU concernant la santé, la famille, l'emploi, etc.

En conséquence, toutes les opérations des rencontres et institutions internationales, tendant à réduire les régimes de retraite, de santé publique, de chômage, celles visant à constitutionnaliser des processus de réduction de ces droits ou à les imposer par des traités régis par

les seules règles financières, sont nulles et non avenues, comme contraires à des règles supérieures de droit international. Il en est ainsi tout particulièrement des décisions imposant des plans d'ajustements structurels et des plans d'austérité comportant des restrictions des droits sociaux.

Enfin, ces décisions créent des dettes envers les individus et les peuples, qui devraient relever de sanctions devant les tribunaux internationaux. Les gouvernants ou les dirigeants économiques et politiques en sont responsables et comptables ainsi que les institutions financières nationales et internationales qu'ils ont engagées.

La rédaction : L'idée que vous avancez repose-t-elle sur la cotisation ou sur la fiscalisation ? Pourquoi ?

Il est bien évident que les auteurs de ce manifeste sont attachés à l'œuvre d'Ambroise Croizat et aux réformes de la Libération, issues du Programme national de la Résistance. Ils sont donc fermement attachés aux principes de la Sécurité sociale alors mis en œuvre. Malgré les difficultés qui seraient engendrées par une extension universelle des systèmes sociaux, ils tiennent donc à des systèmes de Sécurité sociale fondés sur les cotisations salariales.

D'ailleurs, il est fort étonnant de voir comment les rédacteurs français de la Déclaration universelle des droits de l'homme ont réussi, sans hésiter et sans difficulté, à entraîner les composantes étrangères de cette construction juridique, en faveur de l'intégralité des réformes sociales du Programme national de la Résistance et du système de Sécurité sociale. Cependant, en décembre 1948, ce fut une victoire sans lendemain, les ministres communistes étant déjà chassés du gouvernement français depuis un an et demi et l'ère du néolibéralisme d'Après-guerre s'engageant. De plus, la France, alors l'une des grandes puissances coloniales n'était pas plus empressée que les autres nations d'élargir les systèmes de Sécurité sociale outre-mer.

Ces principes sont toutefois inscrits aujourd'hui dans les textes internationaux comme règles fondamentales de l'organisation de l'humanité. Parmi ces principes reconnus internationalement ne figurent pas le principe d'une Sécurité sociale fondée sur la répartition et la cotisation et non sur la fiscalisation, dans la mesure où d'autres États s'inspiraient au contraire de la fiscalisation ou de la capitalisation. Mais l'histoire des régimes européens ou Nord-atlantiques a démontré que seuls les régimes fondés sur la cotisation ont gardé leur force, malgré les attaques qu'ils ont subi, au long des années.

On voit le triste état des systèmes fondés sur la fiscalisation comme le régime anglais, ou même sur la ca-

pitalisation, comme le régime américain. Il est évident que tous les États, soumis aux pressions du régime économique néolibéral ne sont jamais empressés d'accorder des développements coûteux aux régimes fondés sur la fiscalisation. Ceux-ci deviennent rapidement des régimes d'assistance destinés aux plus démunis, le plus souvent fragmentés, et non des régimes d'assurance bénéficiant à tous.

D'ailleurs, à l'heure actuelle, le seul laboratoire en grande échelle, de l'extension des régimes de Sécurité sociale est la Chine, appliquant pour l'essentiel des principes très voisins du système français, avec des caisses de Sécurité sociale d'ordre public, des règles de gestion d'ordre public, ainsi qu'un système de cotisations sociales des employeurs et des salariés de niveaux élevés, voisins de ceux de la France. Cela ne va pas sans problèmes, notamment en raison de l'immensité du pays et de sa division en provinces, chacune de la taille d'un pays européen, avec plusieurs dizaines de millions d'habitants. Mais enfin, ce sont tout de même 400 ou 500 millions d'humains qui sont en train d'accéder à une couverture sociale d'ensemble.

La rédaction : Le Tiers-Monde peine à faire émerger les structures du salariat. Les organismes internationaux freinent cette évolution. Comment rendre pérenne l'autonomie de cette protection sociale et la rendre viable sur le plan économique ?

D'abord, ce ne sont pas seulement le Tiers monde et les pays du Sud qui ont des problèmes à faire fonctionner des régimes généralisés de Sécurité sociale destinés au salariat. On sait trop en Europe, et d'une façon générale dans les pays occidentaux, comment les règles du salariat sont contournées par toutes les formes de précarité et de démolition des codes du travail, comment les cotisations ne sont plus prélevées normalement pour des salariés toujours plus nombreux.

Il faut bien voir qu'un seuil difficile de civilisation a été franchi en Europe, en 1945, avec le développement de systèmes de Sécurité sociale. Ce seuil est vigoureusement combattu par de multiples forces. Mais il en est résulté aussi une différenciation croissante de l'état social des populations dans le monde, les frontières étant par ailleurs ouvertes par un libéralisme en plein développement, non seulement pour les opinions mais aussi, sous l'influence du capitalisme, pour les marchandises, les marchés monétaires, les machines... Les hommes et le travail ne peuvent faire exception. Les frontières seront toujours poreuses et le résultat en sera de toujours de plus grandes souffrances pour les hommes et les femmes qui tentent de les franchir, avec des milliers de morts sur ces frontières maritimes ou terrestres.

Si les systèmes sociaux, de droit du travail, les régimes de Sécurité sociale, à supposer qu'il en subsiste, sont de plus en plus inégaux de part et d'autre des frontières, des mers et des océans, l'avenir est inévitablement au chaos universel. À moins que l'on ne se décide pour la Sécurité sociale universelle, avec un nouveau seuil de civilisation universel, cette fois.

Les initiateurs de ce Manifeste pensent que la décision de rendre universels tous les droits de Sécurité sociale, tels que définis par la déclaration des droits de l'homme de décembre 1948, serait non seulement la base d'une relance mondiale de la croissance, mais également d'un grand développement économique, industriel, rural, social et culturel, comme le fut l'impact de la création de la Sécurité sociale en 1945 sur les Trente glorieuses qui ont suivi. Une telle croissance serait également la seule manière de développer le salariat dans les pays émergents et dans l'ensemble des pays dont les populations sont maintenues en dessous du seuil de pauvreté. Après une période de soutien international, ce serait le fondement de possibilités internes de financer de façon durable des régimes de Sécurité sociale pérennes.

Comme l'exprime le manifeste, cela ne peut aller sans des impératifs associés aux financements internationaux, conditionnant les aides à des créations d'institutions de Sécurité sociale et de ministères du travail garantissant que l'argent accordé parvienne bien aux individus bénéficiaires et ne soit pas ponctionné au passage par des oligarchies ou des spéculations internes ou externes.

Il est clair que de nombreux États, et pas seulement dans le Sud, ne sont pas parvenus à créer de véritables droits du travail et même des formes de salariat, à l'exception parfois de quelques faibles pourcentages de salariés employés par les sociétés étrangères. Le système des conventions du BIT destiné, après la seconde guerre mondiale, à développer les règles occidentales du salariat dans le monde entier, n'a pas été une réussite.

Imaginer des régimes de Sécurité sociale fondés sur le salariat, alors que la plus grande partie de la population vit dans l'économie informelle, supposera des adaptations. Ces milliards d'hommes et de femmes, qui ne sont pas entrés dans des systèmes juridiques et des économies monétisées, travaillent cependant, souvent dans des conditions physiques et économiques très dures. Ils produisent de quoi faire vivre leurs familles. L'économie capitaliste ne le reconnaît pas. Elle cherche à détruire leurs économies primitives et à imposer ses productions et son système marchand.

Mais ne peut-on pas concevoir que cette économie de production, souvent primitive, mais pas toujours, car elle

a accumulé beaucoup de savoirs faire, justifie, pendant une période de démarrage, un type de cotisation, pour financer les revenus différés de ce travail, pris en charge par cette fameuse aide du Plan Croizat de lancement de la Sécurité sociale universelle ?

D'ailleurs, ces États et ces producteurs ne pourront jamais rembourser ces cotisations basées sur une économie non monétarisée. C'est pour quoi, les initiateurs du manifeste considèrent que ces 1 000 milliards, environ, versés chaque année, ne devraient pas entraîner d'engagements de remboursement et seront acquis par les bénéficiaires, du fait de la dette qui s'est créée depuis 1948, date de la Déclaration des droits de l'homme. Cette dette a été contractée envers les peuples et les individus, par les marchés et le régime capitaliste, du fait que les États et des institutions internationales n'ont rien fait pour tenir les engagements qu'ils avaient proclamés, au titre des droits économiques et sociaux universels.

D'ailleurs on peut considérer que, même après ces 20 ans de relance économique universelle, appuyée sur le lancement des régimes de Sécurité sociale, des problèmes de financement des bases d'un système universel de Sécurité sociale subsisteront et qu'il y aurait là le fondement et la justification d'une économie non marchande ayant droit de façon permanente à un crédit de soutien. En effet, l'ensemble des humains ne cessera jamais de produire les réponses aux besoins, sans s'inscrire toujours dans l'économie monétaire. Il est souhaitable cependant que, dès que cela est possible, les créations monétaires justifiées par l'activité économique nouvelle s'inscrivent aussitôt dans des systèmes de cotisation permettant aux régimes sociaux de trouver des assises pérennes.

Quant à la viabilité économique des systèmes, le premier concept à affirmer est que les régimes de Sécurité sociale ne peuvent relever des mêmes règles que celles des marchés financiers et que la Sécurité sociale doit relever d'un espace économique non marchand, indépendant des marchés financiers, même si elle est reliée à l'économie marchande par les règles du financement par les cotisations.

La rédaction : Quels seraient les besoins couverts ?

Les premières conventions définies par l'OIT ont laissé aux États le choix de ne couvrir, pour commencer qu'une partie des risques définis comme relevant des systèmes de Sécurité sociale, parmi les 4 grands risques institués en Europe en 1945. Mais le système des conventions de l'OIT, tel que prévu en 1948, n'a pas atteint son but. Il faudrait certainement aller plus loin aujourd'hui. L'ère des révoltes est arrivée, non seulement pour les libertés politiques, mais aussi pour davantage de droits sociaux. Désormais, l'ensemble des systèmes de Sécurité sociale

devrait relever de règles d'ordre public. Les États et les institutions internationales doivent faire tout le nécessaire pour accorder leur dû à tous les humains.

Le manifeste prévoit que tous les grands risques doivent donc être financés, avec des adaptations selon les aires économiques. Il est évident que les démarrages des systèmes de Sécurité sociale ne peuvent se réaliser de la même façon dans les pays du Sahel, dans la Corne de l'Afrique, ou dans les nouveaux pays européens qui intègrent la Communauté européenne, sans avoir encore de régimes de Sécurité sociale.

De plus, une extension universelle ne peut que dépendre des luttes sociales et démocratiques qui influenceront nécessairement sur les formes et les contenus des systèmes de Sécurité sociale.

La rédaction : En quoi consiste votre proposition de « Forum mondial pour une Sécurité sociale universelle » ? Comment le mettre en place ?

Mettre en place une Sécurité sociale universelle ne sera pas une étape facile de l'histoire sociale de l'humanité. Il faudra affronter de nombreux problèmes, ne serait-ce que parce que plusieurs systèmes coexistent (les systèmes allemands, anglais, français, américains...). Les États disposant de systèmes de Sécurité sociale ne manqueront pas de tenter d'influencer les choix. Convaincus de la valeur du système issu du Programme national de la Résistance mis en place par A Croizat à la Libération, nous savons qu'il va falloir en convaincre aussi les peuples. Les systèmes créés en 1945 sont sortis des luttes vécues par les travailleurs dans des économies s'industrialisant depuis un siècle et demi, ainsi que des grandes catastrophes que furent les guerres mondiales liées aux conflits des puissances occidentales.

Depuis un demi-siècle, une Sécurité sociale universelle aurait pu paraître une évidence nécessaire. On peut s'étonner qu'elle n'ait pas davantage été l'objet de combats parmi les peuples qui n'en bénéficiaient pas. On a surtout connu les combats des peuples qui en bénéficiaient, comme en France, mais dont les acquis étaient sans cesse menacés et remis en cause. La première difficulté est donc qu'une mobilisation plus générale émerge.

Un premier travail consiste à formuler les concepts et à comprendre les difficultés. Il pourra aider à donner ensuite une issue positive aux luttes et aux épisodes révolutionnaires nécessaires au nouveau seuil de civilisation que représente l'institution d'une Sécurité sociale universelle. D'où l'idée d'un Forum mondial.

Déjà, en juillet 2012, s'est tenue l'Université d'été de la solidarité internationale, organisée par le CRID, un regroupement de 53 ONG, nationales et internationales, dont la CGT et des organisations syndicales. Un atelier s'est déroulé avec pour thème : « Vers une protection sociale universelle fondée sur les droits humains » où furent présentés le Manifeste et le plan Croizat de financement. L'an prochain, se tiendra peut-être en Tunisie, un forum important pour le développement de la Sécurité sociale, sur les lieux mêmes où se sont déclenchées les révoltes populaires de l'an dernier.

Les partis politiques, les organisations syndicales et les ONG sont au pied du mur, pour voir comment un processus, certainement difficile et laborieux, doit s'engager. Il faudrait qu'il débouche sur de grands objectifs de politique étrangère à prendre en compte au niveau des politiques gouvernementales et qu'il conduise à des décisions internationales.

Manifeste pour une Sécurité sociale universelle

Présenté par Liliane Croizat, Pierre Caillaud-Croizat, Bernard Lamirand & Bruno Guérard

Voici plus de 60 ans, la Sécurité sociale était généralisée en France et dans quelques pays d'Europe. Trois années plus tard, elle était proclamée comme une exigence fondamentale pour l'ensemble des populations du globe par la Déclaration des droits de l'homme de décembre 1948.

Depuis cette date rien n'a été fait et l'on s'enfoncé dans un chaos planétaire, social et financier, le monde ayant plongé dans la guerre froide et les guerres coloniales et néocoloniales. Un immense voile d'oubli a été jeté depuis 64 ans sur les dispositions sociales des articles 22 et 25 de la DDH, engageant tous les États signataires et les instances internationales à tout faire pour imposer cette Sécurité sociale universelle, le progrès social, l'élévation des niveaux de vie et l'égalité des droits de partout dans le monde

Le résultat en fut la misère pour des milliards d'humains, une crise économique grave, les entreprises et les emplois délocalisés, les fuites de capitaux, des flux migratoires de millions d'hommes et de femmes.

Dans le même temps où ils ont été confinés dans des limites étroites, les régimes de Sécurité sociale existant en Europe ont été grignotés, fragilisés et ils sont de plus en plus menacés. Cependant il a été démontré que ce financement non marchand de la consommation populaire fut l'une des sources de la croissance des Trente glorieuses et qu'il a permis aux pays ayant des régimes sociaux de bon niveau de mieux résister aux crises financières.

Aujourd'hui, zones de main-d'œuvre à bas prix, les pays dépourvus de régimes sociaux sont exploités sans limite. De partout, les inégalités s'accroissent à l'extrême. Plus de deux milliards d'hommes vivent sans droit, en dessous du seuil de pauvreté, plus de six milliard sans Sécurité sociale ni retraite. Au lieu d'être à l'initiative de mesures sociales généralisées, les institutions financières internationales imposent des plans d'ajustement détruisant les forces vives des peuples, contrecarrant le développement des économies.

En ces années 2011 et 2012 où surgissent des révoltes populaires sans précédent mais aussi des échéances électorales graves, des membres du comité d'honneur Ambroise Croizat, et des personnes aux opinions les plus diverses, ont décidé de diffuser un MANIFESTE pour une Sécurité sociale universelle rendue obligatoire sous l'autorité de l'ONU et du BIT et appuyée sur un Plan Ambroise Croizat de financement d'un peu plus de 1 000 milliards annuels sur 20 ans.

Aujourd'hui les urgences de l'heure exigent plus que jamais une telle réforme à l'échelle mondiale. Ils rappellent que des régimes de retraite, de maladie, d'allocation

familiales et de chômage auraient dû être développés de partout, depuis 64 ans, soutenus, contrôlés et gérés par des institutions de droit public et des ministères du travail en charge des problèmes de Sécurité sociale, de travail et d'emploi, avec des législations donnant aux travailleurs et à leurs élus des droits dans leur gestion, comme le demandaient l'ONU et le BIT et ses quelques 190 conventions, avant de s'enfoncer dans une torpeur néolibérale.

À l'heure où des milliers de milliards de dollars et d'euro volent au secours des banques dans la crise financière, l'attribution, à l'échelle des 7 milliards d'hommes, d'une allocation de 10 € mensuels par enfant naissant dans le monde, de 30 € mensuels de pension minimum vieillesse, pour tout homme ou femme atteignant les 55 ans, d'une assurance santé de 70 € par personne, soutenus par des droits de tirage spéciaux sur les institutions du FMI, seraient une goutte d'eau, face à la bulle financière spéculative.

Il est donc nécessaire d'engager un grand mouvement de lutte en faveur d'un développement universel des régimes de retraite, de Sécurité sociale, de chômage et d'allocations familiales, d'une réorientation des institutions financières mondiales au financement des régimes universels de Sécurité sociale d'une mise en place, dans tous les États, de ministères du travail et de la Sécurité sociale contrôlant effectivement l'application de ces régimes de Sécurité sociale, ainsi que l'arrivée effective aux individus et aux familles des droits et des allocations, sans que les dispositifs financiers puissent être ponctionnés, par des intermédiaires et des régimes corrompus, souvent en place dans des conditions peu démocratiques, sous la pression du grand capitalisme mondial.

Chaque État du monde doit être mis dans l'obligation par les instances internationales d'accorder ainsi à toutes les populations vivant sous son autorité le régime social et de Sécurité sociale le plus élevé possible.

Mais il faut aussi des moyens financiers importants pour que les institutions créées répondent aux droits concrets de tous les individus au sein de toutes les populations. Les institutions internationales doivent donc veiller au financement international, sans contrepartie et sans conditions, d'un régime social minimum universel.

Les signataires de ce manifeste appellent ainsi tous et toutes à agir par tous les moyens pour la création d'une Sécurité sociale universelle, sous l'autorité de l'ONU et du BIT. Ils demandent également que des représentants des travailleurs, de leurs syndicats et des populations soient intégrés dans les organismes et commissions créés pour la préparation de ces réformes.

Les notes de lecture

*Note de lecture par Evelyne Vander Heym
(septembre 2012) :*

Rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la Commission des Affaires sociales du Sénat Juillet 2012

Ce rapport prend toute sa place, très opportunément, dans le débat ouvert avec la présentation du Projet de Financement de la Sécurité Sociale 2013 le 2 octobre 2013 (PLFSS 2013). Il a fait l'objet d'une séance publique en la présence de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, le 1^{er} octobre. Ce rapport d'information, sous la présidence d'Yves Daudigny, présente un bilan approfondi et honnête sur le financement des établissements de santé, huit ans après la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

Dans une première partie, prenant appui sur les nombreuses auditions, la Mission relève les contradictions majeures inhérentes au mode de financement :

- la situation d'endettement des établissements de santé – doublement en cinq ans – qui traduit l'impact de l'investissement sur les charges financières (Plans Hôpital 2005-2012), alors que la marge de manœuvre des établissements se réduit, année après année, sans compter les difficultés d'accès au crédit et de trésorerie des établissements
- un financement par l'Assurance Maladie qui s'est complexifié, des enveloppes de plus en plus différenciées et fermées...

Les rapporteurs ont noté les grandes faiblesses de la construction tarifaire ; notamment : la faiblesse de « l'étude nationale des coûts », et l'opacité du processus de passage des coûts des dits Groupes Homogènes de Séjour (GHS) aux tarifs... La Mission soulève la question de la convergence tarifaire « sans état d'âme », considérant que c'est un objectif discutable. Quant aux Missions d'Intérêt Général et d'Actions à la Contractualisation (MIGAC), rejoignant en cela les critiques maintes fois exprimées, le Rapport note un ensemble extrêmement composite, en constante évolution et servant surtout, à réguler l'ONDAM !

Avant d'aborder la question de l'évolution « du modèle », les rapporteurs se sont interrogés sur les effets des conditions actuelles de financement. L'ensemble des auditions et visites sur le terrain leur ont imposé les évidences suivantes :

- l'effet inflationniste sur les actes et les prestations
- une incidence négative sur la qualité des soins

- une approche médico-économique néfaste à l'implication des équipes médicales
- un financement qui ne tient pas compte des fortes disparités entre établissements
- un mode de financement qui ne favorise pas les coopérations hospitalières
- un mode de fonctionnement qui mobilise un temps médical à autre chose que le patient
- une information médicale obsolète et sans moyens.

Ce constat, qui fait l'unanimité aujourd'hui, jusqu'à ceux qui ont élaboré, puis promu la T2A (!), amène la Mission à proposer trois grands axes d'évolution. Il ne s'agit pas de rompre avec le principe de tarification à l'activité, ni même les enveloppes fermées dans lesquelles ce mode de financement a agi comme un outil de régulation ; seulement le rapport débouche sur des préconisations qui peuvent être des dynamiques de transformation...

1. Trouver une autre pondération entre les composantes de la T2A et en définir des bases plus justes :

Le rapport souligne que la T2A est peu adaptée à certaines activités difficilement standardisables, réalisées dans des zones peu denses ou isolées mais indispensables à la couverture des besoins sanitaires ; il recommande une nouvelle classification (CCAM) permettant de financer plus justement le temps médical passé. Après avoir conclu que les grilles tarifaires des secteurs public et privé ne recouvrent pas les mêmes charges (on vous l'avait bien dit !), la Mecss recommande de suspendre la convergence tarifaire. Après avoir considéré que cette mesure permettrait de « dépasser certains clivages idéologiques », la Mecss préconise trois mesures qui seraient de nature à clarifier le périmètre de la T2A et donner un « vrai bol d'air » aux établissements étranglés financièrement :

- la Mecss estime illégitime que les tarifs financent les investissements immobiliers des hôpitaux. Elle propose de s'orienter vers un financement qui ne soit pas directement lié à l'activité, en privilégiant une logique de contrat de projet pluriannuel, avec des ressources type « grand emprunt »...
- Quant aux MIGAC, il s'agirait de tout mettre à plat ! Considérant que les activités de recherche et d'enseignement relèvent de la compétence de l'État, que leur augmentation a pesé sur l'ONDAM en tant qu'enveloppe fermée, la Mecss souhaite que ces crédits soient repris dans le budget de l'État, sans diminution de l'ONDAM
- La Mecss demande une réforme globale de la régulation des dépenses pour se rapprocher de l'évolution propre à chaque établissement... avec des tarifs pluriannuels afin d'améliorer la visibilité des établissements....

Les deux autres directions à prospecter selon la Mecss :

2. Garantir la qualité et la prise en charge des patients

Nous entrons là sur un terrain d'analyse qui louvoie entre « référentiels de bonnes pratiques », pertinence des soins, des indicateurs fondés scientifiquement... ? Aux équipes médicales et soignantes de rester vigilantes. La proposition de la Mecss se résume pauvrement à une enveloppe propre à la qualité des soins attribuée sur appel à projets !

3. Suspendre le passage des hôpitaux locaux à la T2A

Cette dernière recommandation qui semblait déjà acquise, est accompagnée d'une réflexion sur la place et la nature des activités des établissements de proximité : nous retrouvons là le discours de la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, M. Touraine, depuis sa nomination et les premières mesures d'expérimentations inscrites dans le PLFSS 2013 : « Le développement des pathologies chroniques qui touchent aujourd'hui quinze millions de Français rend nécessaire une évolution de la prise en charge des patients, d'autant que de nombreuses hospitalisations en particulier des personnes âgées sont évitables... » et « Une réforme structurelle est impérative, elle réside dans une réorganisation profonde du système sanitaire pour s'engager sur la voie d'un parcours global de santé... ».

Note de lecture du Dr Fabien Cohen, chirurgien-dentiste (septembre 2012) :

« Enquête nationale et synthèses régionales sur la santé et les conditions de vie des étudiants »

Ou « Les jeunes : faut-il les soigner ? »

C'est sur ce thème, que c'est tenu, le 15 septembre dernier, à La Fête de l'Humanité, un débat organisé par la commission santé/protection sociale du Parti Communiste Français (PCF). Une occasion pour La Mutuelle Des Étudiants (LMDE) de présenter sa dernière enquête nationale et synthèses régionales sur la santé et les conditions de vie des Étudiants⁽²⁶⁾, conduite par l'observatoire Expertise et Prévention pour la Santé des Étudiants (EPSE) avec l'IFOP. A vrai dire après lecture

de leur ouvrage, la question posée dans ce débat, méritait bien d'être lancée ! Près de 8500 étudiants ont répondu à 134 questions autour de quatre grands thèmes : la situation économique des étudiants ; l'état sanitaire et social ; l'accès aux soins ; le regard des étudiants sur la société. A noter que l'ouvrage aborde la santé des étudiants à travers huit thématiques : conditions de vie, état de santé, santé psychique, consommation de tabac, d'alcool et autres produits, vie affective et sexuelle, habitudes alimentaires, rythme de vie et loisirs. Diverses personnalités ont été invitées par la LMDE à enrichir l'analyse des résultats de l'ENSE 3, comme : Etienne Caniard, Président de la Mutualité Française, Carine Favier, Présidente du Planning Familial ou Emmanuel Zemmour, Président de l'UNEF.

Les résultats font la chasse aux idées reçues sur la situation sociale et sanitaire des étudiants.

Sur les principaux déterminants de santé, il est faux de prétendre, qu'en France, « *Le système d'aide sociale permet à tous les étudiants d'être autonomes* ». Ces résultats démontrent la précarisation croissante du milieu étudiant coïncé entre dépendance vis-à-vis du salariat (26 %)⁽²⁷⁾ et dépendance familiale (73 % des étudiants). Le système de bourse est cité que par 27 % des étudiants. Dans sa contribution, Camille Peugny, sociologue, souligne d'ailleurs que la forte dépendance familiale induit une reproduction sociale importante. Le système d'aide est insuffisant et ne touche pas assez d'étudiants.

L'accès à un logement indépendant, autre levier fondamental de l'autonomie des jeunes, reste également très difficile : 32 % des étudiants qui ne vivent plus chez leurs parents déclarent avoir du mal à payer l'alimentation, une partie du loyer ou l'électricité. Enfin, les résultats de l'enquête montrent que **plus de la moitié des étudiants vivent avec moins de 400 € par mois**, c'est-à-dire sous le seuil de pauvreté qui s'établit à 954 € par mois.

Dans ces conditions, on comprend que 20% d'entre eux jugent que leur état de santé s'est dégradé par rapport à l'année précédente ou que **34 % des étudiants aient renoncé à consulter un médecin** au cours des 12 derniers mois. Pour un tiers d'entre eux, ce renoncement est lié à des raisons financières. Dans le même temps, « Santé et conditions de vie des étudiants » révèle que **19 % des étudiants ne sont pas couverts par une complémentaire santé**, au regard des 6 % de Français qui ne sont

²⁶ Baudier A., Dobbels D., Szeftel G. Santé et conditions de vie des étudiants. Enquête nationale et synthèses régionales, éditions 2011-2012. Paris. Mutualité française, 2012, 304 p.

²⁷ L'enquête de l'Observatoire de la Vie Étudiante (OVE) 2010 montre même que plus d'un étudiant sur deux a une activité rémunérée pendant l'année universitaire

pas protégés⁽²⁸⁾. Une complémentaire jugée indispensable pour consulter un dentiste, un ophtalmologue, un gynécologue ou des spécialistes. Avec ce système de soins, les étudiants en concluent un désaccord avec l'affirmation : « En France, chaque personne a la possibilité d'être soignée quelles que soient ses ressources financières. » Il valide ainsi la constatation des communistes que nous nous éloignons de plus en plus des objectifs de la Sécurité sociale tels que le communiste Ambroise Croizat l'avait développé au lendemain de la Libération.

L'ouvrage montre ainsi que les étudiants pâtissent des réformes successives de ces dernières années qui, de remboursements en franchises, rendent de plus en plus difficiles l'accès aux soins, alors même que le reste à charge des ménages n'a cessé de croître, comme le précise Thierry Beaudet, président de la MGEN, dans sa contribution. Cela s'exprime par un rejet croissant du système de santé et donc par un renoncement aux soins encore aggravé. Une situation qui conforte la proposition des communistes pour une prise en charge à 100 % de la santé des jeunes jusqu'à leur premier emploi.

Des étudiants qui expriment une peur en l'avenir, ne pas pouvoir réussir dans la vie (63 %). Au cours des 12 derniers mois, **38 % des étudiants ont éprouvé un sentiment de tristesse et de déprime**. « Santé et conditions de vie des étudiants » constate même que 20 % des étudiants sont concernés par un symptôme de trouble dépressif et 12 % ont déjà eu des pensées suicidaires. Ces difficultés psychiques ont un retentissement sur l'état de santé général. Ainsi, les étudiants qui présentent un symptôme dépressif se déclarent en moins bonne santé que les autres, et sans surprise, ont une image plus négative de leur corps. L'enquête fait également le constat inquiétant d'une consommation de médicaments psychotropes, anxiolytique, somnifère, antidépresseur, non négligeable. Ainsi, 12 % des étudiants y ont eu recours pendant l'année écoulée. Loin de l'image de l'insouciance et de la légèreté accolée à la période des études, les résultats de cette enquête nous éclairent sur les difficultés psychiques des étudiants et leurs préoccupations quant aux perspectives d'avenir qui leur sont données. Une situation qui ne les conduit pas pour autant, à une surconsommation de produits psychoactifs « pour la défonce », mais occasionnelle et festive.

Une condamnation de la politique stigmatisante de la jeunesse, s'accompagnant d'une politique répressive du précédent gouvernement et condamné par la Charte pour une autre politique des Addictions, initiée par la sénatrice Laurence Cohen. Dans sa contribution, le D^r Olivier

Phan, Responsable médical du centre Emergence de l'Institut Mutualiste Montsouris, plaide d'ailleurs pour une politique de prévention qui s'appuie davantage sur l'espoir que sur la peur.

Une prévention qui fait aussi défaut en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST hors SIDA), puisque 41% des étudiants se disent mal informés sur ce sujet comme en matière de contraception où des progrès sont également à faire pour diffuser l'information sur les différents moyens disponibles. Aujourd'hui, la pilule est majoritairement utilisée par les étudiantes (76 %) qui semblent méconnaître les autres méthodes. Cet enjeu est d'autant plus important que 32 % des 16-25 ans ayant eu recours à une IVG en 2007 utilisaient une méthode de contraception médicale⁽²⁹⁾. Une prévention qui est une des missions de sensibilisation auprès des jeunes, traditionnellement assurée par les mutuelles étudiantes qui reste aujourd'hui trop peu financée par les pouvoirs publics au regard des enjeux de santé qui en découlent.

On l'aura compris, cet ouvrage est indispensable pour mieux connaître la santé et les conditions de vie des étudiants, comme encore sur leur alimentation, dont l'enquête montre que celle-ci est plutôt équilibrée, si ce n'est la situation économique et sociale de l'étudiant. Une inégalité sociale qui se retrouve aussi dans le manque de sommeil, rarement un choix, mais une relation étroite avec les « temps subis » notamment le salariat, les temps de transport... qui empiètent sur les « temps choisis » : 42 % des étudiants ne pratiquent aucune activité sportive contre 11 % pour la population générale.

Pour changer dès maintenant la santé des étudiants et des jeunes, le Gouvernement devra s'inspirer de cette lecture, que nous recommandons de toute urgence, avec une attention pour chaque région grâce aux fiches de synthèses régionales.

²⁸ Irdes – Chiffres 2008 publiés en 2011

²⁹ Étude de la DREES

Le courrier des lecteurs

« A propos de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) »

*Par Jean-Luc Gibelin,
administrateur CGT de la CNRACL*

La CNRACL est en situation de trésorerie délicate. Elle doit avoir recours à l'emprunt tous les mois. Des mesures financières et de trésorerie sont envisagées. La CNRACL a été excédentaire financièrement jusqu'à l'exercice 2011. Les réserves ont lentement diminué. La dégradation de l'équilibre financier est due à des charges autres que le paiement des pensions. A noter que même en 2012, le montant des cotisations perçues est supérieur au montant des pensions versées.

La compensation entre régimes est maintenant du niveau du déséquilibre entre recettes et dépenses. Le principe de la compensation est bien cohérent avec le concept de solidarité mais si sa mise en œuvre oblige un régime équilibré à emprunter, cela mérite d'être réinterrogé. La compensation de la décentralisation qui devrait devenir positive pour la CNRACL en 2016 est actuellement une charge supplémentaire. Pour rappel, la CNRACL a beaucoup contribué notamment avec la surcompensation entre régimes de retraite.

Les projections font apparaître un déficit de 183 M€ en 2013, 329 en 2014, 445 en 2015, 551 en 2016.

Les solutions financières avancées sont d'une part le transfert des réserves d'un fonds au même périmètre et financeurs ainsi que le transfert de 0,1 % de cotisation employeur et d'autre part, l'augmentation plus ou moins importante de la cotisation employeur. Pour sa part, le groupe CGT au CA a rappelé la nécessité de revoir la politique de blocage indiciaire subie par la fonction publique depuis des années ainsi que la politique de l'emploi qu'il faut inverser pour en finir avec la RGPP. Plus pragmatiquement, nous avons avancé la piste de la mise en œuvre et de l'accélération de la loi sur la titularisation des non-titulaires de la fonction publique. Nous y avons insisté car cela pourrait se faire à volume d'emploi identique et serait un premier pas facile à lancer. Cela aurait un coût quasi nul pour les employeurs mais serait très utile pour la caisse. La CNAV et l'Ircantec ne seraient pas en danger de leur côté avec ce glissement. Il faut qu'il soit rapide et significatif en masse. Nous avons fait chiffrer que pour 10 000 cotisants supplémentaires cela faisait 80 M€ de recettes supplémentaires par an. C'est un point qui pourrait être appuyé voire faire l'objet d'une

campagne massive, ces salarié-e-s sont déjà recruté-e-s, ils et elles font déjà le travail et cette mesure serait vécue par les intéressé-e-s comme une mesure de justice sociale. Au delà, les propositions avancées sont l'augmentation des cotisations employeurs. Le niveau est variable mais ce serait sur au moins deux ou trois exercices et de manière sensible.

Le danger est à plusieurs niveaux. Tout d'abord, cela va être contre productif dans la perspective de la titularisation des contractuels. Plus la cotisation augmente, plus le « surcoût » à la titularisation sera sensible et utilisé pour retarder ou ajourner les titularisations notamment dans le cadre des plans de retour à l'équilibre budgétaire de nombreux établissements publics. Au delà, les financiers vont faire le calcul de ces augmentations et cela pourrait se traduire par une diminution de l'emploi, par une pression sur les contractuels. Enfin, cela pourrait être utilisé par ceux qui veulent en finir avec le système par répartition à prestation définie pour insister sur le « haut niveau » de cotisations, de « charges sociales » qu'il induit.

Les mesures de trésorerie envisagées sont l'encaissement au dernier jour du mois au lieu du 5 du mois suivant et le paiement des pensions le dernier jour ouvré au lieu de J-2 jours ouvrés avant le dernier jour du mois. Pour rappel dans le régime général, les pensions sont payées le 10 du mois et devraient être avancées au 1^{er} du mois (décision du gouvernement Sarkozy). Il faut noter que le système de la CNRACL fonctionnait sur le niveau des réserves. Les pensions du mois étaient payées avant que les cotisations soient encaissées, c'était donc les réserves qui permettaient le paiement des pensions. Prévoir d'encaisser les cotisations avant de payer les pensions est donc une proposition de « bon sens » et légitime au plan technique. Le groupe CGT a maintenu son opposition à ce que les retraités payent les conséquences de la compensation alors que leur régime lève plus de cotisations que le montant des pensions versées. Pour autant, si nous n'avancions pas rapidement sur la proposition immédiate de titularisation, les changements de dates vont s'imposer.

Au-delà, il me semble indispensable de critiquer les projections du Comité d'Orientation des Retraites concernant la diminution de l'emploi dans nos deux fonctions publiques. Autant, ces projections peuvent peut-être se justifier pour l'ensemble du monde du travail, autant, les priorités de santé publique, les urgences de sécurité et de service à la personne de la fonction publique territoriale militent dans le sens d'une augmentation de l'emploi dans les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière. En tout état de cause, cette piste mérite d'être soutenue et de revenir sur emploi statutaire et non sur l'utilisation des contractuels.

Enfin, le cabinet de la ministre des affaires sociales, annonce une réforme systémique lors du rendez-vous traité de 2013. Ce rendez-vous est prévu dans la réforme de 2010. Un moratoire sur cette loi permettrait de repenser totalement le cadre du rendez-vous 2013 mais il faut la décision courageuse du moratoire...

« Tiers payant contre génériques », le chantage au fric contre la santé publique !

Par Michel Katchadourian

Depuis le 6 juin 2012, les pharmaciens sont mis en demeure de proposer systématiquement un générique aux patients sous réserves de sanction, comme récemment une pharmacienne des Deux-Sèvres vient d'en faire les frais. Ce dispositif « Tiers-payant contre génériques » est désormais généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation (régime général, régime agricole, régime des indépendants). Un dispositif négocié par les syndicats libéraux du secteur sur le dos des usagers puisque, désormais, le tiers payant sera réservé aux seuls assurés acceptant la substitution ou pour lesquels le médecin prescripteur aura porté, à la main, la mention «non substituable» sur l'ordonnance. Pour les personnes âgées de plus de 75 ans qui prennent des médicaments depuis longtemps, la CPAM acceptera la prescription du même traitement. Une manière de reconnaître les problèmes sanitaires liés à une telle substitution, notamment pour les malades en ALD, quel que soit leur âge !

Cette décision intervient dans un moment où, de plus en plus, des professionnels de santé reconnus, des associations de malades, des consommateurs dénoncent publiquement les effets pervers des médicaments génériques. N'est-ce pas l'Académie nationale de médecine qui a souligné, en février dernier, que le générique n'était «pas la copie conforme» de l'original ?

Lors d'une question écrite à l'Assemblée nationale, André Chassaing, député communiste, interrogea le Ministre de la santé à propos du prix, de l'efficacité et de la sûreté des médicaments génériques. A son interrogation sur le fait que dans nombre de cas, le prix au

cachet du médicament générique est très supérieur à celui de l'original, notamment lorsque la boîte de génériques a une contenance inférieure, il attend toujours une réponse. Car dans ce cas, où est l'intérêt de l'assurance maladie et des patients, si les génériques à l'unité sont en définitive plus chers ? Pas étonnant, dans ces conditions, que les malades, ayant l'impression d'avoir été abusés par les campagnes d'information de la CNAM et par celles de leur complémentaire santé, demandent à leur médecin qu'il leur prescrive l'original plutôt que la copie. A ce sentiment populaire, nous voulons y associer d'autres désavantages comme le fait que les laboratoires de génériques ne financent aucune activité de recherche. La qualité du médicament (pureté de principes actifs, des excipients) n'est pas assurée et provoque parfois des effets secondaires non négligeables.

C'est pourquoi nous sommes favorables avant tout au maintien de la production par les laboratoires « éthiques » avec dès le début de la commercialisation, un prix réglementé et revu à la baisse. Nous refusons un système basé sur le principe de la carotte et du bâton, surtout quand ce dernier est pour les malades alors que l'on cherche à s'attirer les bonnes grâces des pharmaciens par une meilleure rétribution s'ils vendent des génériques, en les menaçant de sanction s'ils ont l'outrecuidance d'être du côté du malade. Cette guerre du tous contre tous, cette « concurrence libre et non faussée », ne peut que produire des catastrophes sanitaires à terme ! Que les médecins perdent leur liberté de prescription, le contrôle de leur prescription ne nous semble ni efficient, ni conforme à l'idée d'indépendance, du secret médical pour le bien commun, de cette profession. Nous exigeons du Gouvernement Hollande/Touraine des réformes dans ce domaine de la santé, comme dans d'autres, mais pas à n'importe quel prix, sans concertation avec tous les acteurs, et surtout pas au détriment des plus faibles, des plus malades, alors que les puissants, les plus fortunés continuent leur fiesta ! Nous ne sommes pas hostiles au principe d'économie des deniers de la Sécurité sociale mais la sécurité sanitaire n'a pas de prix, et il y a bien d'autres moyens comme la cotisation sur les revenus financiers pour sauver la Sécu. C'est bien pourquoi nous proposons un pôle public du médicament de la recherche et de la distribution. Que lorsqu'un médicament tombe dans le domaine public son prix soit mécaniquement revu à la baisse, sans modifier leur composition initiale, molécule et excipients !

Les documents des Cahiers

Document unique :

Déclaration finale de la Conférence internationale de Santé tenue à Nanterre les 12 et 13 mai 2012

NDLR : La rédaction a décidé de publier dans les documents des Cahiers cette déclaration qui fixe un cadre européen à tous ceux qui veulent une autre Europe dans le domaine des politiques de santé et de protection sociale. Elle voit dans cette démarche une perspective de rassemblement à l'échelle du continent pour proposer et lutter.

Dans un contexte de crise du capitalisme, la santé des peuples s'est considérablement dégradée à l'échelle européenne par la crise économique, écologique et sociale qui aggrave les inégalités.

L'année qui s'est écoulée a connu une accélération de la crise en Europe. Une seconde crise bancaire s'amorce en Europe ; les politiques d'austérité menées conjointement dans tous les pays, et par l'Union Européenne, sont en train d'aboutir à une récession généralisée, voire en Grèce et dans d'autres pays, à une véritable dépression.

Par couches successives, les dirigeants européens veulent rendre l'austérité plus forte et plus irrévocable au travers de la ratification du Pacte budgétaire et du Mécanisme Européen de Stabilité (MES).

La dette publique, le chômage, la pauvreté et les inégalités augmentent à une vitesse alarmante.

L'austérité présentée comme inévitable et la dette comme une fatalité, sont devenues partout le prétexte à de dures attaques contre les systèmes de santé publics et de protections sociales et les droits sociaux. La Grèce, qui est le cas emblématique de toute l'Europe, est en train de vivre une crise humanitaire et sanitaire sans précédent. Les plus touchés aujourd'hui sont les pays d'Europe du Sud et d'Europe orientale.

Les plans d'austérité sur la santé et la protection sociale sont pris sous la pression des multinationales de la santé et des systèmes d'assurances privés. Ces multinationales jouent un rôle majeur dans la destruction des droits sociaux, des conventions collectives et droits syndicaux (*négociation collective, liberté d'action syndicale, conditions de travail ...*), dans la baisse des salaires et de la part salariale dans le PIB (que la nouvelle surveillance économique, avec le contrôle des « coûts salariaux unitaires » va aggraver) et dans la précarisation des emplois (*retour du travail journalier, explosion du travail temporaire, faux indépendants dits auto-entrepreneurs ...*).

Ces politiques d'austérité constituent une violation du droit humain à la santé et détruisent les services publics sociaux et de santé. Elles concernent tous les assurés sociaux et frappent tout particulièrement certain-es citoyen-nes :

1. Les femmes, très majoritaires dans ces services publics qui occupent les emplois les plus précaires, premières licenciées lors des fermetures d'hôpitaux, de crèches, de centres pour la santé des femmes et des droits reproductifs, de structures de prises en charges d'handicapés, assument l'essentiel du « travail de reproduction sociale » que les politiques d'austérité re-transfèrent massivement vers la sphère domestique,
2. les malades de plus en plus taxés, les handicapés, grands sacrifiés de la crise exclus non seulement du travail, mais aussi souvent exclus des institutions censées les accueillir,
3. les migrant-es, sans papiers, souvent exclus des systèmes de santé et de protection sociale.

Au-delà de la nécessaire riposte nationale, dans chaque pays, ces mesures nécessitent une action concertée des professionnels de santé, des malades, de tous les citoyens, cela suppose une mise en commun des expériences des luttes nationales en défense de la santé publique et de la sécurité sociale, l'organisation d'une solidarité concrète lors des luttes, la réflexion sur la construction d'initiatives internationales pour la défense d'une santé publique universelle, égalitaire et solidaire.

A l'issue de la conférence de Nanterre (*France*), qui a eu lieu les 12 et 13 mai 2012, les participants issus des syndicats et des associations de luttes pour la défense de la santé et de la protection sociale, défendant un système de santé publique de haut niveau dans toute l'Europe, se sont prononcés en faveur :

- De la construction d'un espace européen d'échange, de mobilisation et d'action contre la privatisation des systèmes de santé et de protection sociale, ouvert à tous ceux qui souhaitent agir contre l'austé-

rité sur la santé des peuples, la régression des droits sociaux et de la protection sociale.

- De la mise en œuvre d'un programme européen alternatif aux visées libérales qui entend défendre la santé publique et la protection sociale comme des biens communs universels qui ne peuvent plus servir les profits privés des actionnaires des établissements de santé ou de la protection sociale. Un tel programme suppose de choisir la voie d'un égal accès à la santé, de la gratuité des soins, de la démocratie sanitaire, d'un financement public et collectif qu'il faut promouvoir.
- D'audits citoyens de la dette, notamment de la dette des hôpitaux, organisme sociaux et protection sociale avec un accent particulier sur l'impact de la dette pour les femmes.
- De la mise en place d'un réseau permanent d'échange d'initiatives et d'action contre la privatisation des systèmes de santé et de sécurité sociale et contre toute franchise médicale ou taxation des malades et toute mesure visant à réduire l'accès universel à la santé.
- De l'organisation de *conférences de presse coordonnées* autour de cette déclaration le 5 juin 2012 et d'appel à la solidarité avec le peuple grec.
- De l'organisation dans chaque pays d'une *semaine d'action européenne* pour le droit à la santé des peuples et contre le démantèlement des services publics de santé et la marchandisation de la santé du 1^{er} au 7 octobre 2012.
- D'une représentation de chaque pays au « *Village blanc Européen* » (campement de personnel de santé) à Varsovie pendant la semaine d'action.
- De l'organisation d'une Conférence européenne le 7 octobre 2012 à Varsovie.
- De la Coordination d'une *campagne de communication commune* avec affiches communes et pétition commune.

Conscients que l'action en faveur d'un système de santé public et protection sociale universelle ne saurait être l'apanage des seuls professionnels de santé, des associations de défense de la santé publique et concerne toute la société, les membres de la conférence :

- Souhaitent inscrire la spécificité de ce combat dans toutes les initiatives en vue de refonder un nouvel espace public européen et de faire vivre en son sein une campagne permanente en défense du droit fondamental à des services de santé publics et universels
- S'inscrivent dans la campagne européenne pour la non-ratification du pacte de stabilité européen et le retrait du MES.

Nanterre le 13 mai 2012





Réalisation, Impression:



Dépôt légal : novembre 2012

